

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS – PMGPP**

**A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ITAJAÍ S/C:
O Caso do CAPSad**

JANAINA MOURA MACHADO DA COSTA

ITAJAÍ (SC), 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS – PMGPP**

**A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ITAJAÍ S/C:
O Caso do CAPSad**

JANAINA MOURA MACHADO DA COSTA

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora no
Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da
Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, sob a
orientação do Professor Doutor Guillermo Alfredo
Johnson, como exigência parcial para obtenção do título de
Mestre em Gestão de Políticas Públicas.**

ITAJAI (SC), 2008

Esta Dissertação foi julgada APTA para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e aprovada, em sua forma final, pela Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas – PMGPP/UNIVALI.

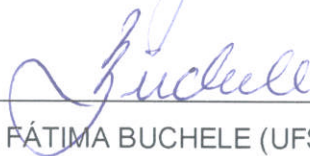


DR^a. ADRIANA MARQUES ROSSETTO
COORDENADORA

Apresentada perante a Banca Examinadora composta pelos Professores



DR. GUILLERMO ALFREDO JOHNSON (UNIVALI) – PRESIDENTE E ORIENTADOR



DR^a. FÁTIMA BUCHELE (UFSC) – MEMBRO EXTERNO



DR^a. ROSITA SAUPE (UNIVALI) – MEMBRO

Itajaí (SC), 05 de junho de 2008.

Ao meu filho ERICK...

... todo o meu orgulho.

Um filho querido cuja sensibilidade está além de sua idade!

Você é o meu bem mais precioso!

Eu amo você!!!!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, Autor da Vida, que esteve sempre ao meu lado, proporcionando saúde, dando-me forças e me iluminando todos os dias.

Aos meus pais, **Aldo e Tânia**, meus grandes intercessores, que me inspiram a ter coragem sempre, e que me acolheram em um período difícil da vida.

A **Adriana Rossetto**, Coordenadora do Mestrado, pela compreensão em meio a momentos difíceis.

Ao **Guillermo**, meu orientador, pela contribuição intelectual, conhecimento científico e ético.

Ao **Juliano**, secretário do Mestrado e amigo, pela gentileza em me ouvir e me incentivar a continuar sempre.

A **Monique**, grande amiga, que se mostrou interessada em me ver crescer ensinando-me a ser persistente e a não desviar da meta traçada.

A **Verônica, Léa e Heloísa**, grandes companheiras de trabalho, pelas contribuições ao meu desenvolvimento profissional.

A **Eliane Maria**, minha amiga, pois soube superar minhas ausências no CAPSad, oferecendo sua força e companheirismo ao longo de todo o tempo.

Ao **Carlos**, meu terapeuta, pela contribuição significativa no meu desenvolvimento pessoal, promovendo a TRANSFORMAÇÃO dos meus dias.

*“Nem tudo o que enfrentamos pode ser modificado,
mas nada pode ser modificado se não for enfrentado.*

Martin Luther King

*"Deixe-me ser o que sou, o que sempre fui...
um rio que vai fluindo... até alcançar o mar...*

Mario Quintana

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	01
LISTA DE FIGURAS.....	02
LISTA DE FOTOGRAFIAS	03
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	04
RESUMO.....	06
ABSTRACT	07
INTRODUÇÃO	08
1 CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	15
1.1 Estado, Municipalização e Saúde	15
1.2 Panorama histórico da reforma do sistema público brasileiro-anterior a década de 90 ..	23
1.3 Reforma do Sistema Público de Saúde durante a década de 90	29
2 CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	38
2.1 Antecedentes históricos internacionais da Saúde Mental.....	40
2.2 A Saúde Mental no Brasil: história e atualidade	41
2.3 Política de álcool e outras drogas: história e atualidade da política	50
3 CAPÍTULO 3 – A SAÚDE MENTAL EM ITAJAÍ	57
3.1 Caracterização Geral do Município.....	57
3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial.....	78
3.2.1 CAPS II	81
3.2.2 CAPSi	84
3.2.3 CAPSad	88
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
5 REFERÊNCIAS	103

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90.....	32
QUADRO 02 – Complexidade e abrangência populacional dos CAPS.....	48
QUADRO 03 – Atendimento Psiquiátrico no HMMKB de 1991 a 1998	66
QUADRO 04 – Caracterização do Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida.....	71
QUADRO 05 – Caracterização da Comunidade Terapêutica Nova Vida	74
QUADRO 06 – Caracterização do Centro de Recuperação Vale Ebenézer	76
QUADRO 07 – Caracterização do C.R.R. Resgate Dominante	77
QUADRO 08 – Caracterização do CAPS II.....	83
QUADRO 09 – Caracterização do CAPSi.....	87
QUADRO 10 – Caracterização do CAPSad.....	94

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distâncias do Município	58
FIGURA 2 – Município de Itajaí em destaque.....	60

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1 – CAPSad	89
FOTOGRAFIA 2 – Oficina Terapêutica de Tecelagem em Jornal	93
FOTOGRAFIA 3 – Leitos para repouso e desintoxicação	95
FOTOGRAFIA 4 – Assembléia de Organização da Unidade	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADHOC Administradora Hidroviária Docas Catarinense
AME Associação das Mentes Excêntricas
AMFRI Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BPA Boletim de Produção Ambulatorial
CAIC Centro de Atenção Integral à criança e ao adolescente
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas
CAPSi Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes
CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CELESC Centrais Elétricas de Santa Catarina
CEO Centro de Especialidades Odontológicas
CEREDI Centro de Referência em Doenças Infecciosas
CIB Comissão Intergestores Bipartite
CODESP Companhia Docas do Estado de São Paulo
CODIM Centro de Orientação e Diagnose Municipal
COMAD Conselho Municipal Antidrogas
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRESCEM Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher
CT Comunidades Terapêuticas
CTI Comissão Intergestores Tripartite
CTTMar Centro de Ciências Tecnológicas da Terra e do Mar
DAIS Departamento de Atenção Integral a Saúde
DATASUS Departamento de Informática do SUS
DINSAN Divisão Nacional de Saúde Mental

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

HMMMK Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

MP Ministério Público

MS Ministério da Saúde

MTSM Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

NOAS Norma Operacional da Assistência Social

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-americana da Saúde

PAB Piso da Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PJ Poder Judiciário

PORTOBRÁS Empresa de Portos do Brasil S/A

PSF Programa de Saúde da Família

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SENAD Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SIAB Sistema de Informações da Atenção Básica

SNS Sistema Nacional de Saúde

STR Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TECONVI Terminal de Contêineres do Vale do Itajaí

UNIVALI Universidade do Vale do Itajaí

UNODC Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

UPHG Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral

RESUMO

A saúde mental da população foi durante muito tempo tratada de forma excludente pelos sistemas de saúde do mundo inteiro. No Brasil, mais especificamente a partir da década de 80, vários acontecimentos concorreram para a construção de uma forma de vida diferente e de ação, na esfera da prática política, mais democrática e participativa, a partir de novos atores sociais e da formulação de políticas públicas. Nesse contexto destacam-se os movimentos da reforma sanitária brasileira e da reforma psiquiátrica que responderam tanto às novas exigências da implementação e gestão das políticas sociais face ao processo de descentralização do Estado, que reordenou o sistema de saúde brasileiro, quanto à transição do modelo restritivo e excludente dos hospitais psiquiátricos para uma lógica de assistência que se inseriu na comunidade. Dada à importância das mudanças paradigmáticas o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pela atenção e prevenção dos danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas a partir de 2003, atendendo recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro/2001). Com isso, possibilitou uma especificidade de CAPS por meio de uma tecnologia inovadora e complexa, que configurou um novo desenho na articulação com o SUS em ambiência local. Este estudo, portanto, pretendeu investigar o processo de descentralização da política de saúde, apontando o desempenho e os obstáculos na sustentação/consolidação da política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, no poder local. O grau de autonomia e a vontade política do governo atual concorreram para a formação de um perfil de atuação na área de saúde mental, que se configurou como expressão de interesses e pelo tipo de relacionamento estabelecido entre os diferentes níveis de poder. Esta autonomia criou oportunidade para implementação das decisões respaldadas pelo interesse coletivo, ou seja, compatíveis com o interesse público e o bem estar da população.

Palavras – Chave: Saúde Mental, Descentralização, Políticas Públicas, CAPS, Poder Local.

ABSTRACT

For a long time, the mental health of the population was treated, by the health systems worldwide, in an isolating way. In Brazil, particularly after the 1980s, various events led to the construction of a different lifestyle and form of action in the sphere of political practice, which was more democratic and participatory, based on new social actors and the formulation of public policies. In this context, the Brazilian health reform movements are highlighted, and the psychiatric reforms that responded to the new demands for the implementation and management of social policies brought by the process of decentralization of the State, which restructured the Brazilian healthcare system, and the transition from the restrictive and excluding model of the psychiatric hospitals to a healthcare logic that was closer to the community. Given the importance of these paradigmatic changes, after 2003, the Ministry of Health assumed the responsibility for attention and prevention of damage associated with the harmful consumption of alcohol and other drugs, fulfilling the recommendations of the III National Conference on Mental Health (December 2001). This enabled a specificity of CAPS by means of an innovative and complex technology, which constituted a new model in articulation with the SUS at local level. This study therefore investigates the process of decentralization of the health policy, outlining its performance and obstacles in sustaining/consolidating the policy of integral healthcare for users of alcohol and other drugs, in the local authority. The level of autonomy and political will of the current government lead to the formation of a profile of action in the area of mental health, which is configured as the expression of interests, and the type of relationship established among the different levels of power. This autonomy created an opportunity for the implementation of decisions supported by the collective interest, i.e. decisions that were compatible with the public interest and the well-being of the population.

Key Words: Mental Health, decentralization, Public Policies, CAPS, Local Authority.

INTRODUÇÃO

O centro de interesse no presente estudo está ocupado pela temática saúde mental/política de álcool e outras drogas, em razão do contexto no qual se insere a experiência profissional da autora, que por cerca de 13 anos vem desempenhando seu papel no tratamento das dependências químicas no município. Tal experiência foi até 2004 adquirida no Terceiro Setor, oportunidade ímpar para o desenvolvimento de sua consciência crítica, política, social, bem como senso de solidariedade e de sua melhoria na vida comunitária.

Por se dispor a gerir, coordenar e fomentar formas inovadoras de enfrentamento das questões sociais, a autora aproximou a sua experiência profissional à possibilidade de propor a implementação e instalação de uma política pública municipal voltada para o tratamento de pessoas com prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em contexto ambulatorial. A essa aproximação uniu esforços para elevar a sua compreensão pessoal da gestão de políticas públicas, por meio do Curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* oferecido pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí. Com efeito, por sua essência, o estudo é fruto de um exercício intenso da autora no pioneirismo de ordenar informações sobre o desenvolvimento da política de saúde mental, face à inexistência de trabalhos anteriores a este, no município.

Feitos esses registros, já é possível tratar mais especificadamente da relevância do estudo que se apresenta. Nesse sentido, é importante acentuar que a saúde mental da população foi durante muito tempo, tratada de forma excludente pelos sistemas de saúde do mundo inteiro. Inserido neste contexto, o processo de reforma psiquiátrica - que ocorreu distintamente em alguns países – concorreu para uma mudança paradigmática, direcionada tanto para o atendimento do portador de sofrimento psíquico, quanto para a queda das barreiras de segregação e exclusão, mesmo que paulatinamente. Assim, a saúde mental pôde ser reconhecida como essencial para o bem-estar geral das pessoas, da sociedade em geral e dos países, despertando uma nova perspectiva, que percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, e, supera (ainda que lentamente) a dicotomia saúde mental/saúde física, na medida em que se torna complexa e profunda a influência de uma sobre a outra.

Desse modo, a transição paradigmática do modelo restritivo e excludente, desperta uma abordagem cuja lógica se insere na comunidade, comprometida com a emancipação das pessoas, especificamente, no que tange as perturbações mentais e comportamentais¹. Esta nova abordagem, que trata dos cuidados voltados para a comunidade compreende os serviços próximos à residência das pessoas; a possibilidade de atender as múltiplas necessidades; a identificação de recursos comunitários e a possibilidade de se criar alianças saudáveis com outros órgãos - alavancando um trabalho intersetorial, direcionado para o tratamento na comunidade, superando a perspectiva do tratamento institucional.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS)² para o ano de 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofriam com os transtornos mentais ou neurobiológicos, além de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso do álcool, tabaco e outras drogas.

Ainda de acordo com os dados divulgados pela OMS em 2001, estima-se que, aproximadamente, em nível global, 10% da população (de uma variada faixa etária) dos centros urbanos, consumiam abusivamente substâncias psicoativas³, incluindo em maior dimensão, o álcool e o tabaco, concorrendo para a decadência da saúde pública mundial⁴. Em relação ao uso do tabaco, o Banco Mundial (1999) *in* OMS (2001) estimou que em países de elevado rendimento, os cuidados de saúde para problemas decorrentes do tabagismo correspondiam de 6% a 15,1% dos custos anuais dos cuidados de saúde. Atualmente cerca de um em quatro adultos (ou 1,2 bilhões de pessoas) fumam.

¹ Perturbações mentais e comportamentais (ou transtornos) poderiam ser entendidas aqui como condições clinicamente significativas que se caracterizam por alterações no modo de pensar, alterações de humor ou ainda comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (OMS, 2001)

² A OMS – Organização Mundial da Saúde, é uma agência especializada em saúde, fundada em 07 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, Suíça, mas possui representações regionais em todos os continentes.

³ “Substâncias psicoativas são drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo” (BRASIL, 2002, p. 441).

⁴ Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004a).

O fenômeno contemporâneo do consumo de substâncias psicoativas assumiu em termos globais uma problemática em saúde pública (e não só criminal), que ameaça seguramente valores políticos, econômicos, sociais e culturais de Estados e sociedade, afetando um número considerável de pessoas, tendo uma grande variedade de conseqüências sociais e na saúde dos indivíduos.

Além dos problemas relacionados à saúde (individual e coletiva), empreende outros danos de confluência psicológica e social, como a baixa produtividade, os custos com tratamento, prisão, acidentes de trânsito, violência e criminalidade, depressões clínicas, transtornos de conduta, enfim. Logo, as conseqüências do uso produzem notável prejuízo a qualquer nação. Entretanto, estudos recentes têm demonstrado veementemente que a dependência de substâncias é claramente tratável, tendo efeito não apenas àquele que faz uso de substâncias, como também na sociedade, com uma diminuição dos danos psicológicos e sociais, além de outros fatores decorrentes do seu uso.

O CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas publicou em 2002 os resultados do “*I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*” (CARLINI, 2002), realizado em 2001, nas 107 cidades com mais de 200.000 habitantes. De acordo com a pesquisa, 19,4% dos entrevistados relataram que consumiram algum tipo de droga (exceto tabaco e álcool) pelo menos uma vez na vida. Cerca de 6,9%, tinham fumado maconha; 5,8% tinham usado inalantes; 2,3% tinham usado cocaína; 1,5% tinham usado estimulantes, e 3,3% tinham usado benzodiazepínicos. No que se refere ao acesso às drogas, 45,8% relataram que era fácil comprar cocaína, 15% tinham visto alguém comprando ou vendendo drogas. A pesquisa também indicou que 35% dos entrevistados, não tinham o ensino fundamental completo ou eram analfabetos.

Existem vários indicadores de que as políticas de saúde em geral, e de saúde mental para atenção às pessoas que usam/abusam de álcool e outras drogas, em particular, merecem a implementação em diferentes níveis de governo, do global ao local. Com efeito, muitos acontecimentos têm concorrido para a construção de uma forma de vida diferente e de ação, na esfera da prática política, mais democrática e participativa, a partir de novos atores sociais, redes

e formulação de políticas públicas. Conforme Ramos (2005), não mais com a atuação de um Estado provedor, mas a partir de um novo paradigma, tal qual um Estado parceiro da sociedade civil.

Nos anos 70 e 80 do século passado a descentralização das políticas públicas consistiu em uma das grandes reivindicações democráticas no Brasil (ARRETCHE, 2002). O legado deixado pelo regime autoritário e centralizador da ditadura militar apenas indicou para um caminho que se esperava ser mais eficiente, mais participativo, mais transparente e que produzisse *accountability*⁵.

Por certo que a passagem de um regime com fortes traços de tradição autoritária e burocrática que corroborava as decisões centralizadas, para um sistema com características mais democráticas, tornou evidente uma mudança importante dos papéis desempenhados pelos atores e de seus recursos de poder envolvidos nos determinantes das políticas públicas.

A partir da Constituição Federal de 1988, o debate em torno da agenda de reforma do Estado adquiriu contornos diferenciados. Segundo Costa (2002) as instituições políticas brasileiras atravessaram profundas modificações, mais especificamente no âmbito da saúde pública, tendo em vista a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Entre as diretrizes políticas na nova ordem dos Estados nacionais, consolidadas pela Constituição, estavam os fundamentos de uma total transformação do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, é mister compreender que o SUS foi instituído em meio a recuperação das bases de um Estado federativo (ARRETCHE, 1999; 2003), num momento em que estados e municípios necessitavam ser incentivados a aderirem a gestão de políticas públicas. No entanto, segundo

⁵ Para Ramos (2005, p. 71), “O conceito de *accountability*, de difícil tradução, significa algum tipo de ‘prestação de contas’, balanço social ou responsabilização do Estado frente à sociedade”.

⁶ O SUS é um sistema de saúde cuja formulação política e organizacional dos serviços e ações foi reordenada por meio da Constituição Federal de 1988, e está baseado nos seguintes preceitos: universalidade, equidade e integralidade. Sua organização e funcionamento foram regulamentados pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 – A Lei Orgânica da Saúde – e pela Lei Complementar n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe inclusive sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Souza (2004) a descentralização no Brasil parece muito longe de ser abrangente⁷. Mesmo assim, o SUS é um caso bem sucedido de política intergovernamental cooperativa, pois envolve um grande volume de recursos e cobre todo o território nacional, demonstrando que é possível construir políticas de grande impacto social, baseadas na cooperação entre unidades federadas heterogêneas.

Concomitantemente ao processo histórico da democratização do País, da recuperação das bases federativas e do processo de descentralização, vários movimentos sociais exerceram pressão sobre o Estado na luta por direitos de cidadania, por igualdade e inclusão social, por meio da habilitação da sociedade para conviver com a diferença.

Considerando a Reforma Psiquiátrica um processo que vai muito além do campo político, social, econômico, como também cultural teve, com a promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril 2001, a consolidação da própria reforma como uma política de governo. Algumas experiências relacionadas com CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, começaram a aparecer seguidamente com a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental.

Todavia, existe uma lacuna nas políticas públicas de saúde em relação ao álcool e outras drogas. Essa omissão do Estado contribuiu para a disseminação de alternativas de tratamento, inspirados em modelos de exclusão dos próprios usuários do seu cotidiano (BRASIL, 2005). Um viés ao próprio movimento da desinstitucionalização.

Somente em 2002 o Ministério da Saúde (MS) incorporou uma Política de Atenção Integral (e comunitária) aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS, estabelecendo uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, articulada à rede de atenção psicossocial. Os CAPSad – Centros de Atenção

⁷ A visão que domina a descentralização retrata a transferência orgânica e organizada de autonomia política, fiscal e de gestão de políticas. É concebida como transferência de autoridade do governo federal para governos subnacionais (estados e municípios), tornando como fixa a autoridade total dos níveis de governo sobre a sociedade e a economia (RODDEN, 2005).

Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, são os dispositivos estratégicos dessa rede. (BRASIL, 2005).

A investigação do processo de descentralização da política de saúde, apontando o desempenho e os obstáculos na sustentação/consolidação da política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, no governo local, é o objetivo central desta dissertação.

Nessa perspectiva, a presente dissertação divide-se em três capítulos. O Capítulo 1 - A Política de Saúde no Brasil - apresenta uma abordagem histórica, ainda que em termos bem gerais, de como foi se delineando o Sistema Público de Saúde no Brasil até os seus mais recentes desdobramentos. Especialmente a partir da Constituição Nacional de 1988, que estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde, organizado em rede e envolvendo a participação social como princípio descentralizador e cooperativo.

O Capítulo 2 - A Política de Saúde Mental no Brasil - assinala a busca incessante de novos modelos em Saúde Mental. Aponta os desafios vivenciados durante o processo da Reforma Psiquiátrica, isto é, de rompimento do modelo tradicional de assistência, baseado na exclusão da pessoa do seu convívio social por meio de internações em hospitais psiquiátricos por um longo período de tempo, até a configuração atual de base comunitária, inserida no Sistema Único de Saúde. Esta nova configuração se concentra na política de expansão dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, na consolidação e qualificação dos mesmos para melhoria da cobertura assistencial, apesar dos problemas que se interpõem ao bom andamento das ações, bem como as incertezas da política pública. Inserido neste contexto, a constituição da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas preencheu uma lacuna que há muito tempo existia na saúde pública voltada para os transtornos decorrentes dos prejuízos causados pelo uso de álcool e outras drogas.

O Capítulo 3 - A Saúde Mental em Itajaí - reúne informações da construção histórica da assistência em saúde mental / álcool e outras drogas no município de Itajaí, a expansão, perspectivas, possibilidades e resistências, sobretudo à política de álcool e outras drogas.

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura relacionada aos temas, com ênfase nas publicações mais recentes e atualizadas, por meio de livros, artigos, pesquisas, periódicos especializados, monografias, dissertações e teses.

A pesquisa documental e histórica sobre o atendimento ao portador de sofrimento psíquico tratados no hospital geral municipal durante a década de 90 restou infrutífera, conforme relatado no estudo, devido à ausência de trabalhos de conclusão de cursos de graduação e pós-graduação nas instituições de ensino superior da região, e a indisponibilidade das informações requeridas do hospital.

Entretanto, para o levantamento e ordenamento das informações municipais, especialmente para a discussão da configuração atual do sistema de saúde, bem como as alternativas de tratamento antes oferecidas, foram realizadas diversas entrevistas informais com variados atores, incluindo representantes de instituições não governamentais e governamentais, de diversos setores.

Para além do oferecimento de uma contribuição teórica pioneira na discussão do processo de construção da Política de Saúde Mental de Itajaí, é fundamental reconhecer que este esforço foi levado a efeito, por permitir o acesso a informações mínimas, que não estavam ordenadas em outro lugar, e que certamente poderá conceber outras formas mais inovadoras e criativas de gestão pública em saúde mental.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Apesar das características de um Estado federalista que conferia aos Estados e Municípios os serviços de saúde, o pensamento político em quase todas as décadas do século XX fundamentava-se em um sistema de governo centralizador do poder, tanto nas políticas sociais como no conjunto do exercício governamental.

Aspectos históricos apontavam para dois tipos de atenção a saúde da população até a década de 80: a saúde pública (incluindo as ações de vigilância epidemiológica e de promoção do saneamento do país) e a medicina previdenciária (que se fortaleceu com o avanço da medicina assistencial-hospitalar). As formas de proteção social no período favoreceram apenas os cidadãos pertencentes ao mercado de trabalho formal, beneficiários da Previdência.

A Constituição de 1988 foi o marco para o processo de descentralização no país, ainda que fossem vivenciados problemas conjunturais que afetavam as políticas sociais em consequência de alguns fatores, dentre eles: o baixo crescimento da economia, a redução do nível de emprego formal e o grau elevado de sonegação, além da ampliação dos direitos sociais.

Decerto, as reformas ocorridas incentivaram tanto uma maior descentralização na gestão como uma maior centralização do poder. No caso da saúde, as propostas estimularam o aumento da participação dos níveis subnacionais de governo tanto na provisão dos serviços quanto no financiamento.

O objetivo do capítulo não é o aprofundamento dos acontecimentos muito anteriores à década de 90, mas o de demonstrar como os movimentos anteriores foram necessários para a configuração da reforma do sistema público ocorrido principalmente na década de 90.

1.1 Estado, Municipalização e Saúde: do Estado de Bem Estar Social a hegemonia Neoliberal

Conforme Draibe (1989), a maior parte das políticas sociais se institucionalizaram no período compreendido entre as décadas de 30 e 70. Segundo a autora as políticas sociais passaram pelo assentamento sobre as questões previdenciárias e trabalhistas durante o período de

30 e 40 garantindo maior proteção aos trabalhadores urbanos, contudo, foi no período das décadas de 45 e 64 que a educação, saúde e assistência social foram incorporadas ao que se designou chamar de política social.

Entrementes, o modelo de Estado que desenvolveu políticas públicas de bem estar social (benefícios sócio-econômicos) como compromisso maior do governo, mediante intervencionismo e protecionismo, é conhecido como *Welfare State* (Estado do Bem Estar Social). A base deste modelo está apoiada na idéia de que existem direitos sociais - benefícios mínimos de renda, educação, saúde, alimentação, habitação e outros serviços - que não poderiam ser desagregados à existência de qualquer cidadão.

Com a flexibilização nas relações trabalhistas e com um alto grau de instabilidade e falta de garantias no emprego formal, aumentam as expectativas públicas de que o Estado possa desenvolver políticas compensatórias ou preventivas como renda mínima, seguro desemprego, treinamento e outras para o trabalhador vulnerável à implantação de novas tecnologias e ao alto nível de competitividade que as organizações enfrentam numa economia globalizada. (RAMOS, 2005, p. 52)

Embora seja difícil localizar temporalmente o surgimento e desenvolvimento das diversas formas de *Welfare State*, alguns autores acreditam que foi a partir das primeiras décadas do século XX, devido às transformações na organização da economia e da política, que os países industrializados europeus e norte-americanos perceberam a sua importância (SOUZA, 1999, p. 1). Há evidentemente, na análise do *Welfare State* pelos estudiosos, um argumento central, que é o de regulação da economia capitalista, a partir de dois eventos: a Crise de 29 nos EUA e a Segunda Guerra Mundial. Do ponto de vista político, após a Segunda Guerra Mundial, sua expansão e desenvolvimento foram concebidos a dois aspectos importantes: a urgência de regular a mobilização dos trabalhadores e as alianças políticas de classe.

Nestes termos, o Estado do Bem Estar Social estimulou uma mudança significativa na forma de organização das famílias, incentivando uma demanda agregada. Indubitavelmente ocorreu uma transformação do Estado em caráter estrutural e funcional, conferindo-lhe o papel de controlador de produção e provedor de sistemas de solidariedade, frente à modernização. Para Souza (1999, p.08), “[...] o *Welfare State* seria tanto uma resposta às demandas por igualdade socioeconômica e por institucionalização de direitos sociais (civis e políticos) quanto à demanda por seguridade econômica e social.”

O paradigma intervencionista e provedor do *Welfare State* entrou em crise na década de 70 e não mais produziu o bem-estar social e os benefícios da qualidade de ser cidadão (RAMOS, 2005). Dentre os elementos que assinalaram a crise destacam-se: o Estado de Bem Estar Social sobrecarregado pelo seu crescente papel na distribuição de serviços e rendas; a geração de demandas e conflitos criados por intensas funções do Estado; e o aumento dos impostos com fins de maior intervenção do Estado, sufocando a inovação e o investimento. Contudo, segundo Almeida (1997) mobilizações políticas e sociais no período evidenciaram as fragilidades dos esquemas estatais de proteção social, respaldando uma resposta neoliberal⁸. Como resposta à crise, um novo enfoque despontou no debate social, que foi a descentralização do Estado. Ramos (2005, p. 56) encerra que: “Descentralizar as decisões e flexibilizar as ações operacionais estão, portanto, no núcleo da agenda que tem como objetivo transformar o papel do Estado [...]”.

No Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, os movimentos sociais e outras entidades representativas da sociedade civil, mantiveram-se associados, mas evitavam contato com as formas tradicionais de solidariedade, bem como com a comunidade empresarial. A proposta, na verdade era exatamente o de romper com o chamado “assistencialismo”⁹. Dada a existência do regime militar, também não se pensava em cooperação com o governo.

Segundo Marques (1997, p. 67) este período (décadas de 70 e 80) incorporou grandes transformações na vida social, como descrito a seguir:

[...] Podemos observar a desestruturação do padrão de acumulação implementado com maior força no Pós-guerra, com transformações nas estruturas produtivas, nas relações de produção, nos padrões de consumo, nas formas de sociabilidade e nas diversas espacialidades da economia mundial. Paralelamente e de forma articulada, os Estados de Bem-Estar foram paulatinamente desmontados.

Caracterizado como a *década perdida* o contexto dos anos 80, assinalou alguns fatos: crise econômica, endividamento nacional e investimentos externos reprimidos, além do esforço no plano político para consolidar a democracia. As transformações mundiais nesta década

⁸ Entende-se por neoliberalismo, a corrente de pensamento político que defende a argumentação resumida na conhecida expressão “menos Estado e mais mercado”. A concepção de Estado e de governo neoliberal se caracteriza na idéia de que quanto menor a participação do Estado na economia, maior a autonomia e o poder dos indivíduos. Essas idéias ganharam visibilidade a partir da década de 70.

⁹ Termo pejorativo que caracterizava este paradigma intervencionista e provedor do *Welfare State*.

concorreram para as mudanças nas relações econômicas e de poder entre os Estados nacionais. A desregulamentação da economia (reprimindo os recursos para o social e, portanto, causando um desarranjo das políticas sociais), a flexibilização do trabalho e a desinstitucionalização da família permitiram uma ruptura na concepção dos direitos sociais antes assegurados (OLIVEIRA, 2000). O Estado tornou-se imobilizado e perdeu crédito, resultado de um crescimento desfavorável e desordenado (BRESSER-PEREIRA, 1996), com dificuldades consideráveis para consolidar a democracia, enrolado em interesses privados, pouco contribuindo para a promoção social (NOGUEIRA, 2004). O esgotamento do Welfare State diminuiu a importância dos mecanismos até então utilizados para o controle dos desenvolvimentos econômico e social e a resposta neoliberal diante da crise foi muito variada.

[...] o Estado brasileiro mostrou-se incapaz de distribuir competências e utilizar recursos de maneira impessoal e equitativa. Disso resultaram várias deficiências do sistema, como ineficiência e ineficácia dos programas sociais; superposições de competências, objetivos e clientela-alvo; regressividade dos gastos sociais; altos custos de implementação e administração; distanciamento entre formuladores e executores e os beneficiários das políticas [...] (SOUZA, 2001, p. 16)

Nessa composição, a partir da década de 1980, diversos estudos sobre políticas setoriais que jamais tiveram projeção no debate sobre as políticas públicas, começaram a entrar na agenda pública. Além disso, foi neste contexto que se firmou a idéia de que a democracia, além de um fim em si mesmo, é igualmente condição essencial para a eficácia da ação do Estado.

Segundo Rodden (2005, p. 09) “A estrutura básica dos governos encontra-se em processo de transformação no mundo, à medida que a autoridade política e os recursos migram do controle dos governos centrais para os subnacionais”. Para Viana, Lima e Oliveira (2002), a transformação de uma dinâmica institucional orientada por um modelo unitário, para uma dinâmica institucional atual da intervenção pública no modelo federalista, é caracterizada por grande flexibilidade. Esta flexibilidade institucional naturalmente torna a realidade da política pública algo complexo, permeado por intensas negociações, conflitos e cooperação com vistas a fins comuns, seja economicamente, social ou culturalmente, por meio de programas de financiamento conjuntos. Destaca-se nesse processo a participação de diferentes atores e níveis de governo imbuídos dos mais variados tipos de legitimação e recursos que facilitam os processos da relação inster-institucional, interserviços e interníveis de governo, de tal forma que as políticas sejam implantadas com algum grau de eficiência. Nota-se que o papel do Estado no

sistema de saúde foi paradoxalmente fortificado por meio das funções reguladoras e reordenadoras dos complexos sistemas de provisão dos serviços, no momento de hegemonia da economia liberal e das propostas de flexibilização e corte dos gastos estatais.

Tais preocupações ocuparam a agenda pública dos anos 80 e 90 e ganharam relevância, então, as questões relativas ao desenho institucional. Foi assim que os estudos se voltaram para a verificação da qualidade da intervenção pública, por meio do acompanhamento dos níveis de eficiência, efetividade e eficácia de políticas e programas¹⁰.

Não obstante, na vigência do processo de democratização, era evidente que diversos obstáculos para a efetivação de ações governamentais, em particular no campo das políticas sociais, continuavam a imperar¹¹. Tornava-se urgente à ampliação da análise de políticas públicas visando conhecer as condições e a capacidade do Estado de efetivar as ações públicas. Naquela ocasião, com a aproximação do governo dos cidadãos, a valorização da política local constituiu dimensão importante das propostas de democracia participativa.

Os desdobramentos desses cenários de profundas mudanças políticas e econômicas assinalaram no campo sanitário a indução de propostas de restrição da autonomia profissional médica, de reestruturação da dicotomia público/privado e da necessidade de descentralização. Esses elementos tornaram-se base para o estabelecimento da própria Reforma Sanitária Brasileira, que incorporou a saúde na Constituição Nacional de 1988 como direito do cidadão e um dever do Estado. De fato, a expressão seguridade social consignou um padrão de proteção social que se desejava abrangente e redistributivo.

¹⁰ É neste contexto, fruto de uma conjuntura de mobilização de energias sociais antes represadas pela ditadura, que se desenvolveu a formulação de políticas públicas orientadas para atender aos interesses da maioria, especialmente dos mais pobres, além de se somar aqui à necessidade de enfrentar o déficit social acumulado e recuperar a máquina administrativa, torná-la eficiente e moralizá-la. (PAULICS, BAVA, 2002, p. 49)

¹¹ O intenso processo de urbanização que ocorreu nos idos de 70 e 80 inscreveu duramente nas cidades a marca da segregação social. Ao se privilegiar determinados bairros, sucatear e sacrificar políticas, como a produção de habitações populares impulsionando o surgimento de favelas por toda a parte, criou-se um legado para as novas administrações democráticas que seus recursos financeiros e de gestão não estavam capacitados a enfrentar. (PAULICS, BAVA, 2002, p. 48)

A Constituição de 1988 ao enunciar o caminho para o processo de descentralização, estabeleceu também as competências comuns para a União, Estados e Municípios e, confirmou princípios de reestruturação do sistema de políticas sociais. Conforme Draibe (2003), o discurso hegemônico estava pautado nas orientações: 1º o direito social como fundamento da política; o comprometimento do Estado com o sistema, projetando um acentuado grau de provisão estatal pública e o papel complementar do setor privado; 2º a concepção da seguridade social como forma mais abrangente de proteção e, 3º no plano organizacional, a descentralização e a participação social como diretrizes do reordenamento institucional do sistema.

Para Cohn (2001) os debates acerca do Estado e as políticas públicas na atual conjuntura, são marcados por questões concernentes às suas limitações fiscais, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial. Entretanto não surpreende mais esta percepção da ineficácia com que os governos tratam dos problemas econômicos, das práticas de corrupção, da insegurança resultante da violência urbana.

Se por um lado o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais. (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001, p. 269)

Contudo, ao longo da década de 1990 a situação mudou. Nesta década o regime democrático no país foi institucionalmente organizado. O processo de redemocratização vivido pelo Brasil coincidiu com a expansão do neoliberalismo, com sérias implicações na forma como os brasileiros se relacionariam, nos anos seguintes, com os debates em torno da cidadania e ao exercício de seus direitos. Todavia, concomitantemente, a realidade continuou mostrando-se insatisfatória para a grande maioria da população. A contestação do discurso hegemônico começou a se dar no âmbito dos "direitos humanos" universais; a luta social perdeu o enfoque capital-trabalho e vinculou-se às questões da cidadania. A vida pública inseriu-se nas iniciativas privadas e a cidadania foi personalizada. Esse redirecionamento foi provocado, sobretudo, a partir de uma preocupação mais geral com o Estado e posteriormente com as políticas sociais.

Segundo Giddens (2000), o processo de globalização da economia está associado a uma aceleração (transformação) do tempo e do espaço. Contribui para o combate à inflação com a abertura do mercado para produtos importados, aumentando as opções de escolha e da capacidade de consumo das famílias, porém seus efeitos negativos – o desemprego, precariedade do trabalho, a exclusão social e a má distribuição de renda – configurou-se em um terrível aumento das desigualdades sociais e econômicas, ditando a lógica da necessidade de reformas, exigindo um Estado novo.

A globalização, em suma, é uma complexa variedade de processos, movidos por uma mistura de influências políticas e econômicas. Ela está mudando a vida do dia a dia, particularmente nos países desenvolvidos, ao mesmo tempo em que está criando novos sistemas e forças transnacionais. Ela é mais que um mero pano de fundo para políticas contemporâneas: tomada como um todo, a globalização está transformando as instituições das sociedades em que vivemos. (GIDDENS, 2000, p. 43)

A expectativa estava estabelecida sobre um Estado descentralizado que começou a articular seus programas em parceria com os movimentos sociais, oferecendo um perfil diferenciado às políticas sociais brasileiras. Houve surgimento de novos movimentos sociais com novos atores, avanços tecnológicos, instituições da sociedade civil, e outras associações de cidadãos. A idéia de descentralização, participação e sociedade civil, caracterizaram-se como alternativas que contribuíram para a gestão e implementação de políticas públicas (NOGUEIRA, 2004).

No contexto da política de saúde Viana, Lima e Oliveira (2002) assinalam que o SUS em sua concepção original integrou os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária, bem como serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, em um único sistema nacional. Esse modelo envolveu múltiplas variáveis e arranjos, frutos de acordos políticos e da exigência de instrumentos técnicos e operacionais que necessitam ainda hoje ser desenvolvidos para garantir a unicidade do sistema. Contudo, para os mesmos autores, o modelo de descentralização apesar de todo o esforço do governo central em induzir e regular o processo, ainda tem pouco impacto nos indicadores de oferta e acesso aos serviços.

Não obstante, continuam fortes os debates em torno da capacidade efetiva dos municípios brasileiros exercerem a sua autonomia para elaborar e por em execução políticas públicas voltadas para o seu território. Para Monnerat, Senna e Souza (2002) a ampliação da

capacidade decisória dos governos locais é alvo de uma intensificação de análises que já vem acontecendo nos últimos anos e que está estreitamente ligado ao processo da descentralização desde o início da década de 90.

Desse modo, os municípios brasileiros possuem maior autonomia política, ainda que diversas outras questões acarretam na limitação dela mesma. Monnerat, Senna e Souza (2002) põem a termo os atributos ou variáveis locais que são necessários a fim de elevar a capacidade da esfera municipal em gerir de forma eficiente as políticas públicas locais, quais sejam: capacidade econômica, grau de desenvolvimento urbano, perfil de distribuição de renda, localização geográfica, competência técnica, capacidade de governança, capital cívico, dentre outros. Mais além, Rodden (2005), aponta que a avaliação do partido e o próprio desempenho no nível local, são fatores que estão intimamente relacionados com o sucesso de uma autoridade subnacional. Arretche (2003) sublinha que por meio de análises de sistemas descentralizados de saúde, as ações dos governos locais são reguladas pela autoridade central.

Nesse propósito, do ponto de vista do processo político, no âmbito local se manifestam as formas ainda mais inovadoras de ação governamental, gestão pública e participação dos cidadãos (AIMEIDA e CARNEIRO, 2003). Ressaltando o pensamento destes autores (2003, p. 125), os mesmos procuram expor as atitudes da elite local diante dos temas políticos, a saber:

[...] o desempenho das instituições públicas e a sua capacidade para atender de maneira menos ou mais eficiente o interesse coletivo não resultam só de arranjos institucionais e dos incentivos que eles criam. Dependem também das atitudes da elite e da população, que formam o contexto subjetivo que dá sentido e vida às instituições e constitui a substância da convivência civil em regimes democráticos.

Apesar do que já foi apontado, no Brasil, em linhas bem gerais, é o Ministério da Saúde que está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde. Por esta razão, as políticas dos governos locais são substancialmente dependentes das transferências desse Ministério, que por vez regula as decisões dos governos locais porque controla o financiamento (ARRETCHE, 2003). Monnerat, Senna e Souza (2002) afirmam que nesse contexto, o governo estadual fica paralisado e ausente em sua função de regulador e coordenador do sistema, especialmente quando se trata da transferência direta de recursos para o município. Assim ocorre, na medida em que se destacam as novas funções do governo estadual que não se

organizou para desempenhá-las e por isso, diminuindo o seu papel de intermediário da relação município/governo federal.

1.2 Panorama histórico da reforma do sistema público brasileiro - anterior a década de 1990

Por certo a saúde no Brasil passou a ser encarada como uma questão social nas primeiras décadas do século XX, em meio a uma importante expansão econômica e de crescimento urbano¹² (BODSTEIN, 1987). A atitude assumida pelo Estado era centralizadora e autoritária interferindo amplamente no controle sobre a vida dos cidadãos. Nesse contexto, a política de saúde esteve orientada muito mais no sentido de atender aos interesses econômicos em consequência do mercado de capital que se expandia, do que a preocupação direta com a saúde da população. A prática intervencionista assumida pelo Estado, especialmente na década de 30, tomou para si o controle dos conflitos sociais, instituindo ações bem verticalizadas, “[...] procurando ampliar a participação do governo nos mais variados setores, de modo a manter um controle efetivo sobre a administração, a política, e a economia.” (BODSTEIN, 1987, p. 29).

No período compreendido entre 1945-1950, a conjuntura sócio-econômica corroborou o crescimento de ideais democratizantes, expandindo o debate em torno da assistência em saúde antes implantada. Por sua vez, a organização da sociedade civil a partir de 1950 em termos políticos, e as novas estratégias de desenvolvimento econômico, concorreram direta e indiretamente para a formulação da política de saúde, apesar de não ser o suficiente para destacá-la como um item específico a ser enfrentado¹³.

A política de base desenvolvimentista que antecedeu o golpe militar fortaleceu influências sobre os setores sociais organizados que reivindicavam as chamadas “reformas de base”, por meio dos seus sindicatos e associações de classes. Nesse sentido, a sociedade brasileira revelou mudanças em seu perfil com a aceleração da urbanização na década de 50, trazendo para as

¹² “O reconhecimento da questão social, após 1930, portanto, dependeu diretamente do movimento das classes trabalhadoras, durante os trinta anos anteriores” (BODSTEIN, 1987, p. 31). Segundo o mesmo autor, nestas primeiras décadas os problemas sociais eram considerados e tratados de forma repressiva, em resposta ao movimento dos trabalhadores que se organizavam para realizar greves. Porém, em período de crescimento urbano, aumento populacional e expansão da indústria não fazia sentido reprimir as questões sociais pelo Estado.

¹³ Há de se salientar que em 25 de julho de 1953 sob a Lei nº. 1920, aconteceu a criação do Ministério da Saúde.

cidades uma grande massa de pessoas assalariadas, de modo geral, com baixa remuneração e más condições de trabalho. Em compensação garantiu a capacidade produtiva das pessoas, mantendo a assistência médica nos institutos de aposentadoria e pensões, em razão da arrecadação previdenciária e de subsídios.

No entanto, em se tratando de assistência em psiquiatria, apenas os comerciários e bancários dispunham do direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro. O convênio estabelecido para a hospitalização de previdenciários é entendido por Paulin e Turato (2004) como marco inicial das internações em hospitais particulares que o Estado financiava por meio da arrecadação previdenciária.

Para os mesmos autores, uma análise referente à mudança de perfil na saúde pública, bem como na assistência psiquiátrica brasileira, indicam o movimento militar de 1964 como o ponto de inflexão do poder desenvolvimentista-populista. Inserido neste contexto, a inclusão de uma mudança paradigmática voltada para a concepção capitalista-monopolista trouxe repercussões significativas na área da previdência e também em saúde mental.

Seguidamente ao golpe militar o modelo econômico se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na efetivação dos mecanismos de acumulação de capital. O próprio regime político que se estabeleceu pôde enfim, imprimir mudanças nas relações entre Estado e o conjunto de classes sociais. O governo militar legitimou seu poder político junto aos grupos sociais mais excluídos e investiu fortemente na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária para os demais setores da população que ainda não a possuíam. De modo indubitável os reflexos destas mudanças foram sentidos na área de saúde mental.

As crescentes exigências que se estabeleceram a partir de então contribuíram para ampliar a intervenção do Estado no setor. Fato este que culminou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, sendo a grande modificação no sistema de prestação dos serviços previdenciários, ocorrida no período. Este passou a ser o grande comprador dos serviços médicos privados. Naturalmente, a unificação dos institutos previdenciários fez com que a extensão da assistência médica atingisse setores ainda mais amplos da população. Os hospitais

psiquiátricos particulares, por exemplo, estabeleceram convênios com a Previdência Social, muito embora, algum tempo depois, quase toda a rede hospitalar do país, pública e privada, estivesse conveniada.

Em termos gerais esse processo de reorganização do modelo de assistência médica caminhou para formulação de uma nova política de saúde, restando ao regime previdenciário de toda uma população a dominância da assistência médica sobre a saúde pública, refletindo a hegemonia das classes dominantes que ditou as normas sociais após 1964¹⁴. Essa dicotomia existente entre saúde pública e assistência médica que se consolidou com a superioridade institucional da previdência social, fizeram com que o próprio Ministério da Saúde instaurasse sua perda de prestígio político e empobrecimento.

Já na década de 70 manifestações populares enfatizaram seu desagrado com as formas de organização do poder estatal, evidenciando um significativo distanciamento entre Estado e sociedade civil. O Estado, visando minimizar as tensões sofridas nas suas bases de sustentação, incorporou as políticas sociais como uma estratégia governamental, exigindo da previdência social maior destaque no fortalecimento da seguridade social. Com efeito, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social definiu ainda mais sua atuação.

Destacou-se no período a elaboração do Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído através da Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, buscando estruturar os serviços de saúde. Ainda com diretrizes pouco consolidadas, foi em consequência do SNS e posteriormente por meio de orientações das Conferências Nacionais de Saúde, que começou a se discutir a responsabilização do Estado em solucionar os problemas de saúde da população, incluindo as condições de vida e a assistência médica. As propostas de expansão da cobertura através de serviços básicos de saúde e da participação da comunidade, difundidas também pela OMS, marcaram o final da década de 70, em termos de política de saúde¹⁵.

¹⁴ Este fato se configurou na ampliação da participação de empresas privadas nacionais e internacionais, que beneficiaria por sua vez as indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos.

¹⁵ Foi nos anos 70, portanto, que eclodiu o movimento sanitário em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Contudo, foi a partir da década de 80, em resposta às diretrizes indicadas pela OMS e a VII Conferência Nacional de Saúde, que se manifestaram discussões voltadas para a descentralização e universalização do acesso. Algumas áreas mereceram destaque nos debates subseqüentes, dentre elas, a saúde mental da população. A partir de então mudanças institucionais e conjunturais no contexto mundial modificaram o papel dos governos, dos quais paradigmas ou modelos de políticas foram adotados em diversos países, incluindo o Brasil¹⁶.

Dessa forma é importante destacar o processo de Reforma Sanitária brasileira, que estruturalmente se iniciou a partir de diversos atores, incluindo as universidades, o movimento sindical e a partir de experiências regionais de organização de serviços. A Reforma Sanitária consolidou-se como movimento social na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocasião de grande representatividade da sociedade civil convergindo para a discussão de um novo modelo de saúde brasileiro¹⁷.

Segundo Bodstein (1987):

A Previdência Social, neste período atravessou seu momento de crise mais aguda, consequência do baixo padrão de vida da população, da ineficácia e do aumento dos gastos com serviços, da elevação dos débitos da União com a Previdência – tudo isso acompanhado pela instalação de uma política econômica de recessão que agravou a questão previdenciária (p.155).

O fim do regime ditatorial e centralizador foi marcado pelo movimento das DIRETAS JÁ (1985) e culminou com uma grande mobilização nacional por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹⁸ dando lugar em 1988, ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁹ por meio da nova Constituição de 1988. Em um contexto de crise do Estado e democratização do

¹⁶ A rede hospitalar teve destaque nos debates, particularmente no que se referia às doenças mentais, tendo em vista que foi o período em que se delataram as más condições dos grandes hospitais psiquiátricos do país.

¹⁷ O resultado do movimento foi a garantia da saúde enquanto um direito do cidadão e um dever do Estado, na Carta Magna.

¹⁸ Decreto nº. 94 657, de 20 de julho de 1987.

¹⁹ Definido e bem delineado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

país, o SUS representou um movimento importante de unicidade para a construção de um sistema de saúde inserido em uma lógica mais abrangente de seguridade social.

Considerando a conquista da universalização na saúde enquanto princípio constitucional e, a descentralização, participação e organização enquanto diretrizes do movimento sanitário, desenvolveu-se o pensamento de que a saúde deveria ser planejada baseando-se nas conferências. Além disso se abriu oportunidade para se formalizar os Conselhos de Saúde enquanto parte integrante do SUS. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária também contribuiu para transformar o texto da constituinte na Lei Orgânica 8.080/1990.

O processo de transição democrática fez emergir como uma de suas bandeiras a recuperação do federalismo (suprimido durante a ditadura militar) e a descentralização²⁰, por meio da elaboração da nova Constituição, que indubitavelmente promoveu um forte exercício de participação política na nação. Para Souza (2005) a Constituição Federal de 1988 não trouxe apenas a regulação de princípios, regras e direitos (sejam eles coletivos, individuais ou sociais), como também uma ampliação de políticas públicas. De certa forma, esta Constituição, opôs-se às constituições anteriores²¹, nos seguintes aspectos:

[...] (a) na provisão de mais recursos para as esferas subnacionais; (b) na expansão dos controles institucionais e societais sobre os três níveis de governo, pelo aumento das competências dos poderes Legislativo e Judiciário e pelo reconhecimento dos movimentos sociais e de organismos não-governamentais como atores legítimos de controle dos governos e (c) pela universalização de alguns serviços sociais, em particular a saúde pública, antes restrita aos trabalhadores do mercado formal, tendo como princípio diretivo a descentralização e a participação dos usuários (SOUZA, 2005, p. 110).

A Constituição Brasileira no Título VIII - **Da Ordem Social**, em seu Capítulo II – **Da Seguridade Social**, Seção II – **Da Saúde**, Art. 196, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

²⁰ Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 270) “[...] O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.”.

²¹ Constituições anteriores, a saber, a de 1891, 1934 e 1946.

A Lei 8.080 e 8.142 de 1990 regulam o Sistema Único de Saúde - SUS, determinando respectivamente a organização e o funcionamento do sistema público de saúde, bem como, o seu controle social²².

O SUS é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde (entendida nesse sentido mais amplo), prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e, também, pela iniciativa privada, esta em caráter complementar. Isto é, o setor público pode controlar serviços da iniciativa privada sempre que seus recursos próprios forem insuficientes para atender à população. (JORGE *et al*, 2003, p.39)

A nova política de saúde incorporou objetivos específicos, a saber: garantia de acesso a atendimento, descentralização dos serviços de saúde, hierarquização dos atos e serviços de cuidados, e participação popular²³. A sua organização está baseada nos princípios da Regionalização, Hierarquização e Descentralização. A própria legislação estabelece as responsabilidades de cada instância governamental, seja ela, federal, estadual ou municipal, muito embora o nível local (municipal) é o que demanda maiores responsabilidades.

Como se vê, as profundas modificações que ocorreram nas instituições políticas brasileiras, decorrentes da promulgação da Constituição de 1988, estavam sob a égide da indução e da criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais e locais. Resultado do processo de redemocratização, o nível local experimentou essas mudanças,

²² A Lei 8.080 determinou "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", incluindo as condições para a transferência de recursos para o setor, bem como os critérios de repasse de recursos para Estados e Municípios, entre outros. Como a Lei 8.080/90 teve vários de seus artigos vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor de Mello, após sua aprovação no Congresso Nacional, foi encaminhado ao Congresso um novo projeto de lei, que seria depois aprovado como a Lei 8.142/90. Esta estabeleceu as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, tratou da criação dos Conselhos de Saúde, e das transferências intergovernamentais de recursos para a saúde; das possibilidades de repasse regular e automático e da distribuição dos recursos entre Estados e Municípios

²³ Os princípios doutrinários do SUS: 1) universalidade – garante o acesso às ações e serviços a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou qualquer outra circunstância; 2) equidade – garante a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; 3) integralidade – atendimento em saúde a todas as necessidades da pessoa que é considerada como um todo; 4) hierarquização - entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; 5) participação popular - democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; 6) descentralização político-administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. (BRASIL, 1990)

impulsionado não apenas pelo processo, como também pelos organismos multilaterais de financiamento de programas sociais²⁴ (SOUZA, 2004).

Porém, ainda que a reorganização da assistência à saúde seja recente no país, envolvendo múltiplas variáveis, e com a confluência tanto de fatores sócio-econômicos, como também, políticos, culturais, demográficos e epidemiológicos, o que se vê, é que o SUS ainda enfrenta desafios e dificuldades na sua consolidação. Ademais, assim como Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 498) reflexionam:

É natural que se indague como é possível a convivência pacífica de uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, exige um pacto federativo mais cooperativo, como o SUS, com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade.

No texto que se segue estão assinalados alguns dos desafios enfrentados para a implementação do SUS na década de 90 após o rompimento com o modelo desvirtuado sobre o qual o sistema de saúde foi construído anteriormente.

1.3 Reforma do Sistema Público de Saúde durante a década de 90

Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 269):

Ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau desta complexidade.

Em razão das idéias neoliberais algumas das tendências apresentadas nesta década de 90 por Levcovitz, Lima e Machado (2001) foram: a) no plano econômico - abertura da economia, estabilização da moeda, controle da inflação, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais; b) no plano administrativo - reformas institucionais com vistas à redução do

²⁴ A redemocratização fixou o compromisso de restaurar a Federação, aumentando o poder político e tributário dos entes subnacionais, e consolidando a democracia, por meio do empoderamento (*empowerment*) das comunidades locais no processo decisório sobre políticas públicas. (SOUZA, 2004)

tamanho do Estado, com destaque para a descentralização e novas relações entre o público e o privado; e c) na área social - reforma da previdência, o aumento do segmento informal, e principalmente a inexistência de um sistema de proteção social consolidado.

Nestes termos, a própria reforma sanitária brasileira estava sendo construída em meio à tensão de todas as mudanças estruturais e institucionais. Para Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 270, a “década de 1990 testemunha a passagem de um sistema centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde”; marcado pela desigualdade social, pelas características do federalismo brasileiro e os traços do modelo médico-assistencial privatista, outrora organizado.

Conforme Brasil (1990, p. 03), as diretrizes políticas firmadas pela nova Constituição, delataram a necessidade de um reordenamento no sistema de saúde, destacando-se, dentre outros aspectos:

- um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as consequências da ausência de uma política de recursos humanos, justa e coerente;
- insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves frequentes, frequentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde.

A Constituição fez com que os governos locais aumentassem a sua capacidade de programar políticas e de arrecadar recursos próprios, quando abriu o caminho para a participação e para a municipalização por meio do princípio, que se aplica a maioria das políticas sociais, de que elas deveriam ser descentralizadas e participativas. O município, por sua vez, passou a ser o

principal provedor dos serviços de saúde, mesmo a partir de regras e de recursos federais, que visavam aos cidadãos locais a garantia dos padrões mínimos de atendimento e assistência²⁵.

Segundo Viana, Lima e Oliveira (2002), o SUS se constituiu impulsionado por dois fatores: 1º) o processo de sucessivas mudanças na política de saúde, mais intensamente a partir de 1970 e 2º) o processo de territorialização das políticas estimulado pela urbanização. A sua implementação apenas ocorreu nos primeiros anos da década de 90, após ser promulgada a Lei Orgânica da Saúde e de normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde com a finalidade de definir como os recursos seriam transferidos nas instâncias de governo, bem como as modalidades de pagamento dos serviços.

Há vários estudos indicando que esta transferência, especialmente no âmbito em questão – a saúde - tem sido um sucesso em termos quantitativos. Tal sucesso é creditado a uma política concebida como um sistema complexo de relações intergovernamentais que combinam incentivos e sanções aos entes subnacionais, reduzindo os conflitos entre os governos locais pela disputa dos recursos federais. Com efeito, existem hoje relações diretas entre o governo federal e os municípios decorrentes da descentralização das políticas sociais²⁶.

O Quadro 1 elaborado por Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 270) apresenta não apenas os avanços, bem como as dificuldades em diversos âmbitos para a implantação do Sistema Único de Saúde, conforme demonstrado a seguir:

²⁵ Nestes termos, a municipalização da gestão dos serviços de saúde, portanto, foi o elemento essencial da agenda de reformas do governo ao longo da década de 90.

²⁶ As mudanças no sistema público de saúde contribuíram para um novo redimensionamento do desenho institucional do Estado, por meio da transferência de responsabilidades do governo central para instâncias locais ou intermediários, mostrando-se mais habilitado para lidar com a gestão de políticas públicas em um país como o Brasil com toda a sua diversidade política, financeira, social e cultural. Por certo, muito além de envolver variáveis múltiplas, a sua concretização se dá através do estabelecimento de relações interinstitucionais, intersetoriais e interníveis de governo.

Quadro 1
Avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90

Âmbito	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	- Fontes estáveis para o setor - Mecanismos e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios	- Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde - Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios	- Não-implantação do orçamento da Seguridade Social - Instabilidade de fontes durante a maior parte da década (EC nº 29 só aprovada em 2000) - Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento
Relações público-privadas	- Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social - Caráter complementar do setor privado no sistema - Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado.	- Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal - Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios.	- Crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, por segmentação da clientela - Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo - Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações, cooperativas, etc).
Descentralização e relação entre os gestores	- Construção efetiva do federalismo na saúde, com definição do papel das três esferas de governo no SUS - Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios - Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política	- Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios - Estabelecimento das comissões intergestores (tripartites e bipartites (CITs e CIBs) como instâncias efetivas de negociação e decisão.	- Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema - Conflitos acentuados a competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal).

Gestão e organização do sistema	- Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema - Expansão e desconcentração da oferta de serviços - Adequação da oferta às necessidades da população - Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada.	- Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios - Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas.	- Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios - Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços.
Atenção aos usuários	- Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias - Mudança do modelo de atenção - Melhoria da qualidade de atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população	- Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS - Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações) - Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (por exemplo, saúde mental) - Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país - Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país	- Persistência de desigualdades no acesso - Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias) - Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país
Recursos humanos	- Formação e capacitação de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção - Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios - Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país	- Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades da federação e municípios	- Distorções na formação dos profissionais de saúde - Heterogeneidade de estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde - Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal - Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional

Controle social	- Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde - Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50 % de usuários - Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS	- Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação dos usuários	- Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas unidades da federação e municípios - Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações
------------------------	--	---	---

Fonte: Adaptado pela pesquisadora a partir de Levcovitz, Lima e Machado (2001).

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), a complexidade do quadro possibilita diversos enfoques de análise. Entretanto, ao se analisar a reforma sanitária brasileira, é possível inferir que ela foi construída na contramão das tendências hegemônicas dos anos 80 e assim sendo, a sua implementação nos anos 90 foi marcada por circunstâncias adversas.

De acordo com os autores, o consenso acerca da descentralização, favoreceu o avanço dos ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado. Ainda assim, o próprio avanço da descentralização não deixa de enunciar as dificuldades para se consolidar uma política de saúde nacional, pelo contrário, revela aspectos ainda incipientes em um sistema político federativo, como por exemplo: desigualdade social do país, persistência de um modelo médico assistencial privatista, aporte de recursos financeiros ainda inadequados, fraca capacidade gestora nos três níveis de governo, dentre outros.

Por isso mesmo, O SUS, de acordo com Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 498),

[...] em sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária – os ramos da medicina preventiva e curativa –, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma igualitária e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social.

Sendo assim, do ponto de vista formal, foram implementados gradativamente os preceitos constitucionais regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas pelo governo em 1991, 1993 e 1996 e a Norma Operacional da Assistência (NOAS) de 2001 que regularam o processo de descentralização²⁷. Elas orientaram os seguintes instrumentos, conforme apontam Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 500):

- a) a criação e ampliação das funções dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e (CTI e CIB), com a presença de representantes dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais (CONASS e CONASEMS/COSEMS);
- b) as transferências automáticas *per capita* – PAB fixo e variável;
- c) os incentivos ao desenvolvimento e à assunção de capacidades gestoras (aprendizado institucional), vinculados ao processo de habilitação, cujas modalidades estão previstas nas NOBs 93 e 96, para municípios e estados.

Há vários apontamentos recentes de variáveis microinstitucionais²⁸ propiciando a formação de modelos singulares em saúde, a saber: formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder – Executivo, Legislativo e Judiciário; grau

²⁷ A política descentralizadora na área da saúde contou com a formulação e a instituição de instrumentos reguladores próprios, as NOBs - Normas Operacionais Básicas (1991/1992, 1993 e de 1996) e a NOAS – Normas Operacionais da Assistência Social (2001 e 2002). Portanto, a adesão dos municípios ao SUS está consubstanciada à edição das NOBs que instrui e regula a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (VIANA, HEIMANN, LIMA, 2002).

Segundo Arretche (2003) e Monnerat (2002), a NOB/91 introduziu o princípio da habilitação ao SUS. A NOB/91 (entrou em vigor em 1994) e a NOB/92 regulamentou a sistemática de transferências de recursos aos estados e municípios, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas, sob 3 modalidades: incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. A NOB/93 regulamentou três modalidades distintas de habilitação dos municípios de acordo com a sua capacidade administrativa. A NOB/96 (implantada apenas em 1998) promoveu o fortalecimento do papel dos estados, imprimindo maior relevância à coordenação regional do SUS. Esta NOB revogou as NOBs anteriores alterando as modalidades de gestão local do SUS, que passaram a ser apenas duas: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde. O repasse dos recursos passa a ser feito ao fundo municipal com base num valor fixo per-capita (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços. O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste por sua vez, nos recursos para o custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. As NOAS ampliam as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecendo o processo de regionalização, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

²⁸ Variáveis microinstitucionais entendida aqui como poderes locais.

de associacionismo²⁹ e de capital social criados e desenvolvidos; perfis de financiamento e gasto local em saúde (VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002). Por certo, será a qualidade e a natureza desses perfis de atuação que responderão pelo desempenho da implantação de determinadas políticas setoriais em nível local³⁰. No entanto, como examina Arretche (2003, p.334), ainda “[...] Não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência”.

Entretanto, mais recentemente, mudanças significativas para a execução do SUS aconteceram como resultado de debates que envolveram técnicos e a direção de diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Através da Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi publicado o documento denominado Diretrizes do Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde, que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS nas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dentre as mudanças elencadas por meio do Pacto ressalta-se: a) a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária e cooperativa como eixo que estrutura o processo de descentralização; b) a integração de várias formas de repasse dos recursos federais; c) a unificação dos vários pactos atualmente existentes.

Com isso, espera-se efetivar acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes que venham a corroborar os princípios estabelecidos nele: respeito às diferenças loco-regionais, junção dos pactos anteriormente existentes, reforço na organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social, qualificação do acesso da população à atenção integral à saúde, redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorização da macro função de cooperação técnica entre os gestores e a proposição de um

²⁹ Entende-se por “associacionismo” a influência ou predomínio de princípios associativos.

³⁰ Há várias discussões de especialistas e estudiosos que realizam uma incursão sobre o papel que os governos locais vêm desempenhando a partir das transformações recentes, resultado da capacidade decisória do governo e da sociedade local.

financiamento tripartite que possa estimular critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ainda nas primeiras décadas do século XX no Brasil, se assistiu a um crescimento desordenado de hospitais (ou a ampliação dos já existentes), como uma ação meramente paliativa às demandas cada vez maiores. Restava ainda inalterada a distinção social do hospital psiquiátrico, cujo controle era reivindicado pelos médicos para si próprios³¹.

Devido à urgência que a situação exigia em razão da alta demanda e em resposta aos apelos gerais contra o livre trânsito de “doidos” pelas ruas da cidade, esta tendência pelo confinamento permaneceu constante ao longo da história da psiquiatria, justificando o grande clamor por mais verbas e mais hospitais. Nesse caso, seguiram-se construções de grandes hospitais a partir da década de 40 em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará.

Seja como for, inicialmente, a função primeira destas instituições foi a segregação, a exclusão dos “desviantes”, a própria negação e anulação dos sujeitos à margem da normalidade social. Persiste até tempos mais recentes, a denúncia de maus tratos, imundície, superlotação, assistência médica insuficiente, baixa qualificação dos atendentes, abusos na terapêutica aplicada e altas taxas de mortalidade entre os internos.

Caracterizado por esta função social de exclusão, na década de 50 aconteceu um grande aumento na construção de novos hospitais em vários estados, dentre eles, Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas, com características de hospitais-colônias. Contudo, as novas construções, não amenizaram a situação precária dos hospitais, ao contrário, permaneceu o total abandono e excesso de internos nos mesmos.

Segundo Paulin e Turato (2004) somente o Hospital do Juqueri chegava a abrigar 13 mil doentes. Acreditava-se que os “desviantes”, mendigos, libertinos, moribundos poderiam ser tratados em casas de internação, ou hospitais gerais. “O asilo, lugar da liberação dos alienados,

³¹ Todavia, os estudiosos concordam em situar como marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil o ano de 1852, quando foi inaugurado pelo imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome no Rio de Janeiro. O Hospício D. Pedro II foi inaugurado com 144 dos seus 350 leitos, número este que se elevou rapidamente nos meses seguintes, atingindo sua capacidade máxima após 1 (um) ano de funcionamento (SANTOS, 1994).

transformou-se no maior e mais violento espaço de exclusão, da sonegação e mortificação das subjetividades.” (AMARANTE, 1995, p. 491).

A terapêutica aplicada em hospitais como colônias agrícolas, constituiu-se como atividade sem propósito em um país que rapidamente se industrializava e se urbanizava³². Nesses termos, o trabalho nos hospitais-colônias ultrapassou a finalidade essencialmente terapêutica, na medida em que os resultados do trabalho ajudavam na manutenção da Colônia, caracterizando exploração de mão de obra. Segundo Tundis e Costa, 1994, p. 54:

No fim da década de 50 a situação era caótica: o Juqueri abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena, onde 3.200 enfermos “desdobram em verdadeira pletora” e com o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3.000 e só tinha capacidade para 1.700; os hospitais colônia de Curitiba e Florianópolis, de construção relativamente recente, já atingiam, cada um, a casa dos 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade dessa cifra. O Hospital da Tamarineira tinha um excedente de 300 doentes, “dormindo pelos corredores”; o velho asilo de São João de Deus, na Bahia, já não recebia mais ninguém, por estar com mais de duas centenas de pacientes ultrapassando a sua lotação; o pavilhão de agitados da Colônia Nina Rodrigues, no Maranhão, teve de dispensar o uso de camas e o recurso adotado foi deixá-los dormir pelo chão; a mesma situação experimentava o Hospital Psiquiátrico de Niterói, “que não podia manter tantos doentes naquele exíguo espaço”; o Hospital Colônia Eronildes de Carvalho, estava ameaçado de ruir, e em Cuiabá o velhíssimo Asilo de Caxipó da Ponte oferecia “o mais lúgubre cenário aos olhos das desalentadas autoridades que sofrem verdadeiros arrepios ante as cenas medievais ali existentes”.

Em nível internacional e em momentos distintos, foram realizadas experiências alternativas para tratar o doente mental, sendo conhecidas como: na década de 50 - Comunidade Terapêutica, por meio de Maxwell Jones (Inglaterra), Psicoterapia Institucional com Tosquelles (França), Psiquiatria de Setor (França); e na década de 60 - Psiquiatria Comunitária ou Preventiva influenciada por trabalhos de Caplan (EUA), e as experiências conduzidas por Franco Basaglia³³, na Itália.

³² O trabalho agrícola em pequenas oficinas nos anos 10-20 visavam extinguir as demandas que se apresentavam na época na área da assistência psiquiátrica, quais sejam: aumento crescente de internações e sua conseqüente superlotação, os gastos do Estado e a ineficácia da terapêutica adotada (JORGE *et al*, 2003). Em concordância com Santos (1994, p. 33), esta política de construção de hospícios colônias foi efetuada muito mais para atender aos interesses do capitalismo brasileiro que reclamava mão de obra, do que simplesmente uma forma de tratamento ou alternativa capaz de reduzir gastos do Estado. A essa época o trabalho tinha a função organizadora da sociedade em meio a exigência capitalista de se pautar a vida na capacidade produtiva.

³³ Franco Basaglia, líder do movimento reconhecido como Psiquiatria Italiana, desenvolveu inicialmente seus trabalhos em Gorizia, no período de 1961 a 1968. Foi um dos mais importantes e conhecidos psiquiatras do século XX, mentor e personagem da transformação da instituição e do saber psiquiátricos, com expressivas repercussões em todo o mundo, e, muito particularmente, no Brasil. (JORGE *et al*, 2003)

A seguir o texto aponta para as influências internacionais na política de saúde mental brasileira, mas especificamente a partir do movimento conduzido por Franco Basaglia, na Itália.

2.1 Antecedentes históricos internacionais da Saúde Mental

A partir da década de 60, Franco Basaglia liderou um movimento de caráter político propondo uma reavaliação da psiquiatria. Após um processo de transformações no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, local em que ele mesmo havia implantado um projeto de comunidade terapêutica, amadureceu um pensamento crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica. A intenção de Basaglia foi demonstrar que a instituição psiquiátrica deveria ser desconstruída³⁴.

Foi em Trieste em 1971 que Basaglia iniciou às grandes mudanças do aparato manicomial de gestão asilar da loucura, efetivando novas formas de relação entre médico e paciente, bem como entre loucura e a sociedade³⁵. Por certo, o movimento iniciado em Trieste propôs a construção de novas possibilidades, de novas formas de atendimento às necessidades dos loucos e de como lidar e tratar a própria loucura. Introduziram-se centros de saúde mental que funcionariam 24 horas ao dia, residências denominadas grupos de apartamentos para as pessoas (sozinhas ou acompanhadas por técnicos) e cooperativas de trabalho que posteriormente ampliariam as atividades para produção artística, intelectual e de prestação de serviços. (JORGE *et al*, 2003; TUNDIS e COSTA, 1994).

Em 13 de maio de 1978 uma comissão constituída por iniciativa do Estado se propôs a estudar e revisar a legislação italiana em vigor que datava de 1904. Basaglia não participou desta comissão, mas suas idéias foram incorporadas à nova lei que recebeu seu nome. A Lei nº 180 ou Lei Basaglia, proibiu a construção de novos manicômios e redirecionou os recursos destinados à saúde mental para a criação de serviços abertos. Previu, além de centros de saúde mental, as

³⁴ O ano de 1960 foi consagrado como o Ano Internacional da Saúde Mental. As novas propostas que se apresentavam possibilitaram uma ampla divulgação da psiquiatria preventiva e do movimento de Comunidades Terapêuticas. (SANTOS, 1994, p.46)

³⁵ Em Trieste existia um grande hospital psiquiátrico, o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, que sofreu um significativo processo de desmontagem de suas estruturas a partir de 1970.

unidades psiquiátricas em hospitais gerais para os serviços de diagnose e cura. Foi a partir desse contexto que aconteceu a ruptura da instituição manicomial³⁶.

A influência desses movimentos de reforma foi notada no contexto social brasileiro no final da década de 60 e início dos anos 70, inspirando iniciativas que contribuíram para a concretização dos centros e núcleos de atenção psicossocial no País. Por certo, o Brasil tem as diretrizes de política de saúde mental de inspiração basagliana. Estes serviços substituíram o modelo até então hospitalocêntrico, configurando-se posteriormente em uma rede de serviços de atenção diária, territorializados, diversificados e constituídos a partir de todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, ressaltando novas propostas de suporte social.

Todavia, neste período, embora já conhecendo as importantes transformações que estava sofrendo a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a assistência pública psiquiátrica do Brasil, persistiu em caminhar a passos lentos, mesmo em meio às modificações pelo qual passava a sociedade brasileira, que se modernizava.

2.2 A Saúde Mental no Brasil: história e atualidade

Decerto, a psiquiatra Nise da Silveira³⁷ destacou-se na mudança paradigmática do contexto de tratamento nos hospitais colônias. Na década de 40 mostrou-se inconformada com os agressivos métodos terapêuticos de tratamento prevalentes (choque insulínico e psicofarmacoterápicos). Apontou para um caminho que priorizava diversas atividades expressivas, com o interesse de se compreender o que se passava no mundo interno das pessoas asiladas. A psiquiatra alagoana procurava recuperar a autonomia perdida através da possibilidade

³⁶ As experiências italianas se diferenciaram de outras, porque aquela propagou a supressão dos grandes hospitais psiquiátricos, integrando a psiquiatria em uma reorganização territorial dos serviços de saúde. Em alguns de seus artigos a Lei deu lugar a possibilidade de se imprimir juízo de gravidade ao doente e contradições ao pensamento de Basaglia e ao espírito que a inspirou. Contudo, seus méritos são enormes e não se podem refutá-los. (JORGE *et al*, 2003; SANTOS, 1994; TUNDIS e COSTA, 1994)

³⁷ Nascida em Maceió, Estado de Alagoas, em 1905, formada em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926.

de expressão criativa e espontânea, por meio do contato afetivo a das influências da psicologia junguiana³⁸.

Fundou o Museu de Imagens do Inconsciente em 20 de maio de 1952, que teve origem nos ateliês de pintura e de modelagem da Seção de Terapêutica Ocupacional do Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II (a partir de 1946 organizada por ela mesma). A intenção era a de organizar no Museu as obras criadas nessas atividades, além de promover fonte de pesquisa para o estudo de imagens e o próprio acompanhamento da evolução de casos clínicos.

Apesar do movimento em torno da terapêutica ocupacional que incitou novas alternativas de assistência nos hospitais psiquiátricos, na década de 60 houve um significativo declínio da psiquiatria pública, com o crescimento da psiquiatria privada, que então assumiu a responsabilidade e os recursos disponíveis mediante convênios com o Estado (JORGE *et al*, 2003). Para Tundis e Costa, 1994, p. 60:

[...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

Mas, segundo Paulin e Turato (2004, p. 248), por ocasião do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1970 (Rio de Janeiro), foi lançada a Declaração de princípios de saúde mental. Nela constavam os seguintes itens:

- 01 - Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.
- 02 - Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.
- 03 - Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.
- 04 - Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

³⁸ Seu precursor Carl Gustav Jung, nasceu na Suíça, no dia 26 de julho de 1875 e morreu em 06 de junho de 1961. Psiquiatra suíço desenvolveu um extenso trabalho de estudo da alma humana conhecido como Psicologia Analítica ou Psicologia Junguiana.

- 05 - Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.
- 06 - Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.
- 07 - Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.
- 08 - Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.
- 09 - Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.
- 10 - Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o continuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios.

Na década de 70, todavia, predominou a hegemonia da prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil, consagrado como o grande e único agente terapêutico eficaz, em detrimento de uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica, que estava cada vez mais nítida na esfera internacional, por recomendação da OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Em 1978 a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) entrou em crise no Rio de Janeiro. Fato este que desencadeou intensas discussões sobre a assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos públicos. As denúncias registradas na área de saúde mental, e principalmente quanto à política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, concorreram para instaurar o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que estabeleceu as bases das novas propostas e ações contra o modelo manicomial.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) tornou-se o ator social estratégico nas reformas nesse campo. Tratava de uma rede informal que procurou visualizar uma possibilidade de inversão do modelo a partir do conceito da desinstitucionalização e da ressocialização, reforçando a concepção de desmonte dos dispositivos institucionais de cronificação, que por sua vez, submetia os doentes mentais a longo período de internação, atendimento desumano, uso abusivo e quase exclusivo de psicofármacos como alternativa de tratamento.

Contudo, a reforma psiquiátrica no Brasil (inserida em um contexto bem maior da Reforma Sanitária), foi desencadeada num momento de intensa mobilização social pelo retorno da ordem democrática³⁹. Com a “abertura democrática” ocasionada pelo processo social brasileiro, sobretudo no final da década de 80, evidenciada pelo fim da ditadura militar e a crise econômica que acometia o país, os grandes hospitais psiquiátricos brasileiros (que eram os únicos que ofertavam os serviços psiquiátricos no contexto nacional), foram desnudados a partir das denúncias das condições de maus-tratos, da impessoalidade, do distanciamento da realidade social e familiar dos doentes mentais, além de todo aparato político inerente da mercantilização da loucura⁴⁰.

Dada a importância da mudança de paradigmas, vários movimentos sociais exerceram pressão sobre o Estado na luta por direitos de cidadania, por igualdade e inclusão social (assim como a habilitação da sociedade para conviver com a diferença), especificamente no campo da saúde mental. De certa forma, aquela fraca participação na vida política, absorvida na luta diária pela sobrevivência, ganhou novos ares de um desenvolvimento que garantiu o exercício dos direitos civis, cívicos e políticos.

No final da década de 80, uma série de eventos importantes aconteceu, entre eles: a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (movimento pela concepção da saúde coletiva), e logo em seguida, em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental (marco da desinstitucionalização). No mesmo ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, consagrando o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”⁴¹.

³⁹ O Brasil, influenciado por todos esses movimentos mundiais de reforma e internamente vivendo a superação da ditadura militar pelo processo da redemocratização, viu as questões referentes à cidadania sendo incorporada à linguagem dos movimentos sociais na área de saúde e mais especificamente na área de saúde mental.

⁴⁰ Mantinha-se o questionamento sobre o modelo coercitivo, violento e intolerante da instituição manicomial e as precárias condições de manutenção administrativa e inexistência de perspectivas assistenciais humanas.

⁴¹ Tendo como protagonistas, também as associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longa internação em hospitais psiquiátricos. Foram estes aguerridos que denunciaram a violência dos manicômios.

A partir de então, ocorreu a mobilização pela aprovação do Projeto de Lei 08/91-C ⁴², de autoria do Deputado Paulo Delgado que determinava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, contribuindo evidentemente para o crescimento da consciência crítica quanto a situação psiquiátrica brasileira e o pensamento antimanicomial.

No ano de 1990 em Caracas, aconteceu a Conferência da América do Sul para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, patrocinada pela OMS e OPAS resultando na Declaração de Caracas⁴³ - documento que conclama os governos e demais atores do campo da saúde mental a promoverem mudanças na assistência ao doente mental. Oficialmente os documentos preliminares que institucionalizaram a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde estão embasados nessa Declaração.

Os eixos estabelecidos na Declaração de Caracas contemplam: 1) garantia dos direitos civis para os pacientes com transtornos mentais; 2) superação do hospital psiquiátrico enquanto unidade central de tratamento; 3) reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica visando reduzir a exclusão social dos pacientes com transtornos mentais e 4) construção de uma rede diversificada de serviços que garantam o acesso, eficácia e eficiência no tratamento.

Em 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços (donos de clínicas privadas conveniadas com o SUS) e foi o marco para a reversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo substitutivo, propondo indicações da necessidade de uma rede de atenção em saúde mental em âmbito ambulatorial.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em dezembro de 2001 garantiu nas três esferas do governo que as políticas de saúde mental seguissem os princípios do SUS. Nesta Conferência as discussões giraram em torno da implementação de conquistas expressas a

⁴² Este Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, foi o marco da luta da reforma nos campos legislativo e normativo.

⁴³ A Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas em 1990, representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas e contém as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

partir da publicação da Lei 10.216 de 06/04/2001⁴⁴, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, bem como nas Portarias do Ministério da Saúde que regulam a assistência em saúde mental no Brasil.

Ainda existem inúmeras barreiras que impedem o fortalecimento de uma rede de assistência em saúde mental, uma vez que, este modelo asilar centrado no hospital psiquiátrico ainda impera como único recurso terapêutico em algumas localidades. O panorama atual da Reforma Psiquiátrica aponta para um desenvolvimento desigual, muito embora a discussão sobre ela ainda denote a mobilização, e a vontade de ocupar o espaço de mudança possível na atual conjuntura. De acordo com Jorge e França (2001) isto é possível de ser identificado com a retomada do processo pretendido, ainda que por ora a passos lentos.

O governo brasileiro tem reduzido progressivamente os leitos psiquiátricos no país, bem como qualificado e expandido a rede de atenção à saúde mental que é parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, atualmente constituída de: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais⁴⁵ – UPHG, Centros de Convivência e outros programas envolvidos.

Nestes termos, até o final de 2001 as Portarias 189 de 19 de novembro de 1991 (regulamentava o financiamento dos novos serviços) e a Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992 deram as diretrizes para o funcionamento dos CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), estabelecendo regras mínimas para a implementação desses serviços em todo o território nacional.

Em 2002, o Ministério da Saúde expediu portarias que se complementaram para estabelecer novos critérios para a classificação de serviços de acordo com o porte do estabelecimento. A Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 foi publicada substituindo a Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992 e está incorporada no Sistema Único de Saúde. Esta portaria instituiu os novos parâmetros técnicos, a saber:

⁴⁴ Esta lei é fruto de inúmeros embates democráticos que evidentemente alteraram o projeto inicial do Deputado Paulo Delgado e tramitou por 10 anos no Congresso Nacional.

⁴⁵ Considera-se aqui Hospital Geral como aquele hospital que atende a todas as especialidades médicas.

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

Ainda destacando a Portaria 336/02, os CAPS visam: a) prestar atendimento em regime de atenção diária; b) gerenciar projetos terapêuticos; c) promover a inserção social dos usuários; d) oferecer suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, a estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área de abrangência; f) coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas e g) manter atualizada a listagem de pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Por meio dela, foi estabelecida distinção entre os CAPS⁴⁶, classificando-os conforme abrangência e complexidade, de acordo com o Quadro 2:

⁴⁶ CAPS I, CAPS II e CAPS III, e ainda criou outros dois bem específicos, a saber: CAPSi para crianças e adolescentes e CAPSad para pessoas com prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Quadro 2 Complexidade e abrangência populacional dos CAPS				
	População da Área	Horário de Funcionamento	Profissionais	Nº. de Usuários
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Das 8:00h as 18:00h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira	- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; - 1 enfermeiro - 3 profissionais de nível superior - 4 profissionais de nível médio:	20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes por dia, em regime de atendimento intensivo.
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Das 8:00h as 18:00h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira Pode contar com um terceiro turno até as 21:00h.	- 1 médico psiquiatra - 1 enfermeiro - 4 profissionais de nível superior - 6 profissionais de nível médio:	30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, em regime intensivo.
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	24 horas/dia de Segunda-feira a domingo, incluindo feriados e fins de semana	- 2 médicos psiquiatras - 1 enfermeiro - 5 profissionais de nível superior - 8 profissionais de nível médio: NOITE: - 3 técnicos/auxiliares de enfermagem - 1 profissional de nível médio FINAL DE SEMANA E FERIADO - 1 profissional de nível superior - 3 técnicos/auxiliares de enfermagem - 1 profissional de nível médio	40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/dia, em regime intensivo
CAPSi	Cerca de 200.000 habitantes	Das 8:00h as 18:00h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira Pode contar com um terceiro turno até as 21:00h.	- 1 médico (psiquiatra , neurologista ou pediatra) - 1 enfermeiro - 4 profissionais de nível superior - 5 profissionais de nível médio:	15 crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia

CAPSad	Superior a 70.000 habitantes	Das 8:00h as 18:00h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira Pode contar com um terceiro turno até as 21:00h	- 1 médico psiquiatra - 1 médico clínico - 1 enfermeiro - 4 profissionais de nível superior - 6 profissionais de nível médio	25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base na Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.				

As principais atividades desenvolvidas em CAPS são: atendimentos individuais, em grupo, para a família, comunitárias, tratamento medicamentoso, orientações, oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior, visitas domiciliares, atividades de suporte social, oficinas culturais, oficinas expressivas e geradoras de renda, desintoxicação ambulatorial, dentre outras.

De acordo com Rabelo *et al* (2005), a despeito de todas as considerações feitas até aqui, é importante assinalar que no âmbito de sua natureza clínica os CAPS estão embasados em conceitos que fundamentam sua prática, dentre eles a ampliação da noção de: a) sujeito: o conceito caracteriza-se por não pretender a intervenção. A noção de sujeito é o princípio primeiro da clínica dos CAPS e é inerente a liberdade. A estratégia da técnica está configurada na escuta, tendo o cuidado para que seja o menos intervencionista possível; b) território: no pensamento do geógrafo Milton Santos, é o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele estabelece toda a rede de relações existentes na comunidade; c) reabilitação psicossocial: aponta para um estado de habilitação permanente para todo e qualquer cidadão; d) clínica psicossocial: o conceito coloca o balizamento do perfil técnico das ações para todo e qualquer procedimento que satisfaça o cuidado na clínica do CAPS, que é indispensável para reabilitar o sujeito em seu território, incluindo-o como os demais indivíduos, na cidade; e) coletivo: o termo é construído pelos procedimentos grupais na clínica. Suas ações coletivas permeadas por atividades intensivas diversas, incluindo oficinas, grupos, assembléias, feiras e eventos, visando o aprendizado em geral, incluindo ações *intra e extramuros* ou comunitárias; f) alta: o conceito vai além da sua concepção original, uma vez que no estado mental acaba sendo substituído pelo cuidado, até quando for necessário; e g) profissionalização: considerando que o conceito está baseado em atividade para obtenção de renda permanente, e nesse sentido, o portador de sofrimento psíquico

imputa maior dificuldade para habilitação social em comparação aos outros cidadãos. Assim, exige da sociedade, por meio dos CAPS, um cuidado especial, singular, inventivo e desafiador.

O empenho dos gestores para a expansão dos serviços substitutivos⁴⁷ de atenção à Saúde Mental vem dando resultados significativos. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são 1153 Centros de Atenção Psicossocial cadastrados junto ao Ministério da Saúde até dezembro de 2007⁴⁸.

A reorientação do modelo assistencial em psiquiatria para o cuidado na comunidade é, com efeito, uma recomendação da OMS. Do mesmo modo, no Brasil, a política de saúde mental e a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas está em consonância com a política nacional de saúde.

2.3 Política de álcool e outras drogas: história e atualidade da política

Diversas alternativas de tratamento, considerando a abstinência o único objetivo a ser alcançado, por meio de oferta de tratamento inspirados em modelos de exclusão/separação das pessoas de seu convívio social, surgiram no Brasil em razão da lacuna instalada pela ausência de propostas concretas para reduzir o nível de problemas relacionados com o álcool e as outras drogas, e a inexistência de uma política de saúde clara voltada a este segmento. As Comunidades Terapêuticas (CT)⁴⁹ se destacam dentre as alternativas que evoluíram nas últimas décadas.

Segundo De Leon (2003) e COSTA (2004), no mundo, a expressão “comunidade terapêutica” existe há pouco mais de 40 anos, uma vez que programas de tratamento em

⁴⁷ Entende-se por serviços substitutivos as ações alternativas dos serviços de saúde mental (internação em hospital psiquiátrico e ambulatório psiquiátrico tradicional), a partir dos conceitos de clínica psicossocial, a saber: CAPS, Serviços de Residência Terapêutica, Centros de Convivência, Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral e ações de saúde mental na atenção básica, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

⁴⁸ Conforme pode ser verificado no Informativo da Saúde Mental, ano VI, nº 26 de 07/08/07 a 31/12/07, Brasília – DF

⁴⁹ Comunidades Terapêuticas são entidades filantrópicas, em geral vinculadas a uma instituição religiosa, que atendem pessoas em caráter de internação de longa permanência.

Comunidades Terapêuticas datam de 1960 e 1970 na América do Norte. Nos anos 1940 já se descrevia sobre Comunidades Terapêuticas psiquiátricas na Grã-Bretanha.

Nos anos 1960 a 1970, programas terapêuticos mais articulados surgiram, devido à disseminação com rapidez da CT. Neste momento, muitos programas para o tratamento da dependência química emergiram e a CT foi uma das respostas para o problema de saúde pública que os EUA estavam enfrentando neste campo (COSTA, 2004), além da contribuição do movimento antimanicomial na área da Saúde Mental que vinha acontecendo.

No Brasil, em meados da década de 90 já se discutia sobre a necessidade de regulamentação dos centros de tratamento e comunidades terapêuticas. Como produto da união de esforços da sociedade civil, especialistas, profissionais de CT, federações, dirigentes de órgãos governamentais, associações e clínicas, a ANVISA normatizou o serviço das CT a partir de 30 de maio de 2001, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 101/01 (QUAGLIA, 2002).

Esta RDC estabelece os critérios de tratamento nas CT. É importante ressaltar que antes de se fazer a indicação de um modelo de tratamento, deve-se sempre garantir que a pessoa que procura ajuda submeta-se a um diagnóstico completo, incluindo avaliação física, psíquica, social, familiar e legal. A própria condição de saúde da pessoa e a capacidade de atendimento da instituição são fatores decisivos para a admissão em CT. Esses critérios estão baseados no grau de comprometimento da pessoa em razão do quadro diagnóstico: quanto mais grave o comprometimento, mas difícil é o tratamento.

Para De Leon (2003), a CT deve utilizar-se do conceito de comunidade como parte de uma metodologia que colabora para ajudar as pessoas a mudarem a si mesmas. Nesse sentido, a sua estrutura, população interna e rotina/programação diária de atividades devem ser projetadas de forma a facilitar o processo de aprendizagem e de mudança. O desafio seria o de transformar aqueles rótulos sociais negativos incorporados a autopercepção das pessoas, por meio da participação social, responsabilidade mútua e o relacionamento, fundamentados em valores do bem viver.

Indubitavelmente a evolução de Comunidades Terapêuticas tem sofrido influências de várias áreas de conhecimento: saúde, serviço social, psicologia, educação e tantos outros recursos humanos e serviços que colaboram para os conceitos de auto-ajuda mútua, mudança do estilo de vida, níveis de motivação, adesão ao tratamento e outros mais (COSTA, 2004).

De acordo com Costa (2004) a CT tem sido comumente aceita no Brasil como ambiente de tratamento, muito embora as incertezas e a desinformação por parte de profissionais das áreas biomédica, psicossocial, jurídica e outras, ainda manifestem sinais e ações preconceituosas.

Conforme assinala De Leon (2003, p.48):

Nem todos os programas residenciais de tratamento de usuários de drogas são CTs, nem todas as CTs situam-se em ambientes residenciais e nem todos os programas que chamam a si mesmos de CTs empregam os mesmos modelos de tratamento. Infelizmente o rótulo CTs é com frequência mal utilizado para representar programas desenvolvidos em praticamente qualquer ambiente.

Os estudiosos reconhecem que os ambientes de tratamento para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas é um assunto relativamente novo no Brasil e no mundo. Das internações em grandes hospitais psiquiátricos, as estratégias de tratamento também foram acompanhando as características de um novo saber em psiquiatria. Consequentemente, foi a partir da segunda metade do século XX que se viu nascer os modelos de tratamento contemporâneos.

Ao entender o consumo de álcool e outras drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade variava ao longo de um *continuum*, surgiu a necessidade de se organizarem serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios. (RIBEIRO, FIGLIE, LARANJEIRA, 2004, p. 461)

A atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas assinalou o vácuo que existiu na saúde pública no Brasil, que se fazia encerrar na responsabilidade de instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas, toda a complexidade dos problemas em álcool e outras drogas. “Internamente à Saúde, ressalta-se a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de Aids”. (BRASIL, 2004a, p. 07)

Entretanto, as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001), foi o que mais veementemente estimulou as ações estratégicas para atendimento em álcool e outras drogas, possibilitando uma especificidade de CAPS, por meio de uma tecnologia inovadora e complexa.

A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede pública de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase também na reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, já no ano de 2002 (BRASIL, 2007, p.35).

Em 2003 o Ministério da Saúde definitivamente assumiu a responsabilidade pela atenção e prevenção de danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Com a constatação de que o uso de substâncias tomara proporção de grave problema de saúde pública, e atendendo as propostas recomendadas pela III Conferência de Saúde Mental, o Ministério da Saúde implementou em 2004 a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Os CAPSad são os dispositivos dessa rede de atenção no âmbito do SUS, e que tem como principal objetivo o atendimento diário das pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias e sua rede proposta está firmada em serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais, de acordo com as necessidades da população-alvo (BRASIL, 2004b).

Assim, é imperativa a necessidade de recuperar este atraso histórico em assumir esta responsabilidade pelo SUS e de fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária (BRASIL, 2004a).

No ano de 2004, pela primeira vez no país, trabalhadores do SUS se reuniram em um evento nacional no município de Santo André, em São Paulo, levantando problemas e debatendo soluções, com base em diversas experiências nas diferentes regiões brasileiras.

Em 2005, duas portarias emitidas pelo Ministério da Saúde contribuíram para fortalecer as ações ora antes iniciadas: a Portaria MS/GM nº. 1.612/05 e a Portaria MS/GM nº. 1.028/05⁵⁰. Ainda neste ano, a portaria MS/GM nº. 1.059/05 abriu a possibilidade dos CAPSad receberem incentivos financeiros a partir do desenvolvimento de ações em redução de danos. Haja vista que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado.

Articulações entre diferentes órgãos governamentais iniciaram a partir de 2003 uma série de reuniões e debates sobre uma política de álcool para o país que culminou em um documento que enfaticamente incluiu na pauta da saúde pública o álcool como a droga que mais causa impacto na saúde da população mundial.

Em 24 de agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.343 (entrou em vigor em 06/10/2006), em substituição às antigas leis 6.368/76 e 10.409/02, que definiam princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência do álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas. Porém, um dos aspectos mais interessantes da nova lei foi a exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas, considerando que a mesma faz uma aproximação do uso pessoal de substâncias como uma questão de saúde pública, afastando nestes termos, do campo de ação policial. Por meio do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde espera-se ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS, como forma de responder a uma demanda crescente, que buscará recursos de tratamento de forma gradual, a partir dessa nova legislação.

Atualmente o SUS conta com 160 CAPSad cadastrados e em funcionamento (BRASIL, 2007). A rede básica, especialmente as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde tem um papel fundamental nesse processo, uma vez que durante muito tempo, não se construiu uma tradição em atendimento na área de álcool e outras drogas.

Configurando um novo desenho na articulação com o SUS em ambiência local, juntamente com os CAPS, ambulatórios e hospital geral, as Comunidades Terapêuticas tem um

⁵⁰ A Portaria MS/GM 1.612/2005 define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar para usuário de álcool e outras drogas, e a Portaria MS/GM 1.028/05 regulamenta e determina ações que visam a Redução de Danos sociais e a saúde decorrente do uso de drogas.

papel fundamental enquanto rede de proteção social e complementar. Devido a sua própria omissão no atendimento em álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública, o próprio Ministério da Saúde reconheceu a importância na atenção oferecida pelas Comunidades Terapêuticas, que supriram uma grande lacuna da política pública. Igualmente, os grupos de ajuda mútua merecem estímulo e apoio, uma vez que também oferecem acolhimento às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, bem como seus familiares e comunidade em geral. Sendo assim, todos os serviços da rede de saúde devem ter uma visão mais propositiva em relação à articulação com estes grupos.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), publicou em 2002 os resultados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001. O levantamento foi realizado nas 107 cidades com mais de 200.000 habitantes, incluindo entrevistas com pessoas de 12 a 65 anos. De acordo com a pesquisa, 19,4% dos entrevistados relataram que consumiram algum tipo de droga (exceto tabaco e álcool) pelo menos uma vez na vida. Cerca de 6,9% tinham fumado maconha; 5,8% tinham usado inalantes; 2,3% tinham usado cocaína; 1,5% tinha usado estimulante; e 3,3% tinham usado benzodiazepínicos. Em se tratando do acesso as drogas, 45,8% relataram que era fácil comprar cocaína, 15% tinham visto alguém comprando ou vendendo drogas; e traficantes haviam abordado 4% dos entrevistados. A pesquisa ainda indicou que 35% dos entrevistados não tinham o ensino fundamental completo ou eram analfabetos (CARLINI, 2002)⁵¹.

Alguns estudos, incluindo entre eles, populacionais com estudantes e meninos de rua, etnográficos e indicadores do consumo de drogas (hospitalizações por consumo de drogas) foram instrumentos usados para avaliar o consumo de drogas no Brasil. Nestes termos, faz saber que o abuso de drogas é um fenômeno de importância crescente no País.

Uma vez que a dependência de álcool e outras drogas acabam acarretando demandas cada vez maiores para os serviços de saúde pública, a relação existente entre abuso de substâncias

⁵¹ Alguns destes dados já foram informados pela autora na parte introdutória desta Dissertação.

psicoativas e a prevalência do HIV/Aids e o vínculo entre drogas e violência constituem os dois principais aspectos que tornam o uso indevido um problema sério no Brasil.

De acordo com Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o governo gasta no mínimo US\$ 35 milhões por ano em custos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e drogas em termos de saúde pública, entre tratamento médico, perda de produtividade de trabalhadores e prejuízos sociais causados por óbitos prematuros provocados pelo uso de substâncias.

Diante do exposto, é possível notar a necessidade imperativa de estruturação e fortalecimento de uma rede assistencial que possa convergir para a atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais. Nesse sentido, visando a reabilitação e a reinserção social dos seus usuários, deve estar baseada na lógica ampliada de redução de danos, e construída nas interfaces setoriais, juntamente com as organizações governamentais e não governamentais e demais setores da sociedade civil organizada. BRASIL (2007, p. 11) assinala que “Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais”.

CAPÍTULO 3 - A SAÚDE MENTAL EM ITAJAÍ

O capítulo pretende apresentar de forma geral as origens do município de Itajaí, bem como informações referentes ao sistema de saúde, baseados no período de 1999 a 2007. Todas as informações foram obtidas por meio de entrevistas não formais (conversas) com trabalhadores de diversos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde (incluindo Diretores, Gerentes, Coordenadores de Unidade e profissionais dos CAPS), incluindo também pesquisa em documentos do Convênio Municipal das Comunidades Terapêuticas com a Secretaria Municipal de Saúde, e contato com os representantes das mesmas, buscando conhecimentos e percepções.

3.1 Caracterização Geral do Município

A colonização começou em 1658, pelo paulista João Dias d'Arzão que chegava na região. O município de Itajaí foi criado pela lei nº. 164 de 04 de abril de 1859, mas a sua instalação somente se deu em 15 de Junho de 1860, data em que aconteceu a sua emancipação política. Foi nesta ocasião que se constituiu a Câmara Municipal e a implantação do Pelourinho – símbolo de aplicação da justiça e do poder local. A comarca de Itajaí foi criada pela lei nº. 603, de 13 de abril de 1968. Em 1º de maio de 1876, a Vila do Santíssimo Sacramento de Itajaí foi transformada oficialmente em Cidade. (SEVERINO, 2008; SEBRAE/SC, 2005).

A maioria da população é descendente de açorianos e alemães. Embora tenha um predomínio de influência açoriana, a rica herança cultural de imigrantes portugueses e alemães é bastante forte na cidade.

Itajaí – cujo nome em tupi-guarani significa *rio das pedras ou rio dos Taiás* está localizado à direita do Rio Itajaí-Açu, junto à foz, possibilitando a existência do porto - apesar dos perigos de cheias e ressacas - no litoral norte de Santa Catarina. Também às margens da BR 101 (90 km ao norte da Capital do Estado de Santa Catarina – Florianópolis) e rodovias estaduais, sendo elas SC-100, SC-470, e BR-486, bem como a BR-470, que ligam Itajaí ao restante do Estado.



Figura 1 – Distâncias do Município⁵²

Faz divisa com os municípios de Balneário Camboriú, Camboriú, Brusque, Navegantes, Gaspar e Ilhota. Localiza-se a uma latitude 26°54'28" Sul e longitude 48°39'43" oeste, estando a 1 m de altitude acima do nível do mar. A área territorial é de 289,255 Km² e a população estimada em 2007 de 163.218 habitantes⁵³, com uma densidade demográfica de 581,1 hab./Km². No município se estabeleceu o porto de comércio de onde se expandiu toda a ocupação da região.

É possível chegar a Itajaí via Balneário Camboriú ou através de três trevos: o de Itajaí-Brusque, o da Avenida Adolfo Konder, e o de Itajaí-Blumenau. O Aeroporto Internacional de Navegantes fica a 7 km de distância pelas rodovias BR 101 e BR 470, ou há 20 minutos pelo ferry-boat.

Devido ao nível do mar a cidade de Itajaí é basicamente plana e, grande parte da sua vegetação já foi retirada para atividades comerciais e de expansão urbana. Como está situada junto a foz do Itajaí-Açu, faz parte da Região Metropolitana da Foz do Rio Itajaí, sendo o município polo da Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí - AMFRI⁵⁴.

⁵² Ver Página da Prefeitura de Itajaí - SC (on line)

⁵³ Fonte IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁵⁴ Os municípios da AMFRI são: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo.

Cabe destacar que o município abriga a sede da 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina, responsável por abranger 09 municípios vizinhos da região⁵⁵.

É sede da segunda maior universidade do Estado de Santa Catarina, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e do maior porto pesqueiro do país⁵⁶. Sendo assim, a base da economia do município está sustentada na movimentação de cargas, na pesca, no turismo e na universidade, além do comércio atacadista de combustíveis, da indústria de alimentos e do comércio atacadista de alimento.

Em relação ao porto, Itajaí caracteriza-se por ter um porto essencialmente exportador, tendo como principais mercadorias movimentadas: madeira e derivados, frangos congelados (maior porto exportador do Brasil), cerâmicos, papel Kraft, máquinas e acessórios, tabaco, veículos, têxteis, açúcar e carnes congeladas. Fato que acaba refletindo o destaque para a movimentação de contêineres. Do total de cargas movimentadas, 94% são representadas por mercadorias em contêineres⁵⁷. Dentre os principais produtos importados estão: trigo, produtos químicos, motores, têxteis, papel e pisos cerâmicos.

⁵⁵ As Secretarias de Desenvolvimento Regional fazem parte do atual Plano de Governo na Gestão do Governador Luis Henrique da Silveira (PMDB). Esta proposta de descentralização do Governo do Estado fundamenta-se na redistribuição das funções promovendo a ruptura do foco centralizador para um foco regionalizado (GSC, 2007)

⁵⁶ Segundo fontes históricas do Porto, o Porto de Itajaí passou a ser considerado "porto organizado" em 28 de junho de 1966, quando foi instalada a Junta Administrativa do Porto de Itajaí, subordinada ao Departamento Nacional de Porto e Vias Navegáveis. Em 1976, com a criação da Empresa de Portos do Brasil S.A. - PORTOBRÁS, o gerenciamento do terminal itajaiense passou a ser exercido pela Administração do Porto de Itajaí, diretamente vinculada àquela estatal. Com a lei 8.029, de 1990, a PORTOBRÁS foi extinta, e a Administração do Porto de Itajaí passou a ser subordinada à Companhia Docas do Estado de São Paulo - CODESP, situação que perdurou até 1º de junho de 1995, quando o Ministério dos Transportes descentralizou a gestão do porto ao Município de Itajaí, através da Administradora Hidroviária Docas Catarinense (ADHOC). Em dezembro de 1997, o Porto de Itajaí foi delegado ao município pelo prazo de 25 anos. Passou a ser chamado de Superintendência do Porto de Itajaí em 6 de junho de 2000, através da Lei Municipal 3.513, transformando se em autarquia municipal. Em janeiro de 2002, teve início as operações do Terminal de Contêineres do Vale do Itajaí, pela empresa TECONVI S/A. E em Agosto de 2003, a Superintendência do Porto de Itajaí foi certificada pelo BVQI na ISO-9001 - 2002, conferindo ao Porto de Itajaí a primeira certificação a uma autoridade portuária no Brasil.

⁵⁷ Ver Porto de Itajaí (on line).

Configura-se como o único terminal portuário municipalizado do país, principal porto de Santa Catarina, e o segundo maior do país em movimentação de contêineres, atuando como porto de exportação, escoando quase toda a produção do Estado.

Itajaí ainda possui um Píer para Navio de Passageiros que serve de ponto de apoio no litoral de Santa Catarina, alfandegado, dotado de infra-estrutura adequada e exclusiva para recepção de embarcação de grande porte, voltado aos cruzeiros marítimos de lazer. Sua estrutura para atracação de navios, conta com cinco Dolphins (dois de amarração e três de atracação), dez metros de calado, 220 metros de plataforma do cais, 945 metros de plataforma em concreto⁵⁸.

A Figura 2 destacando o município de Itajaí⁵⁹:

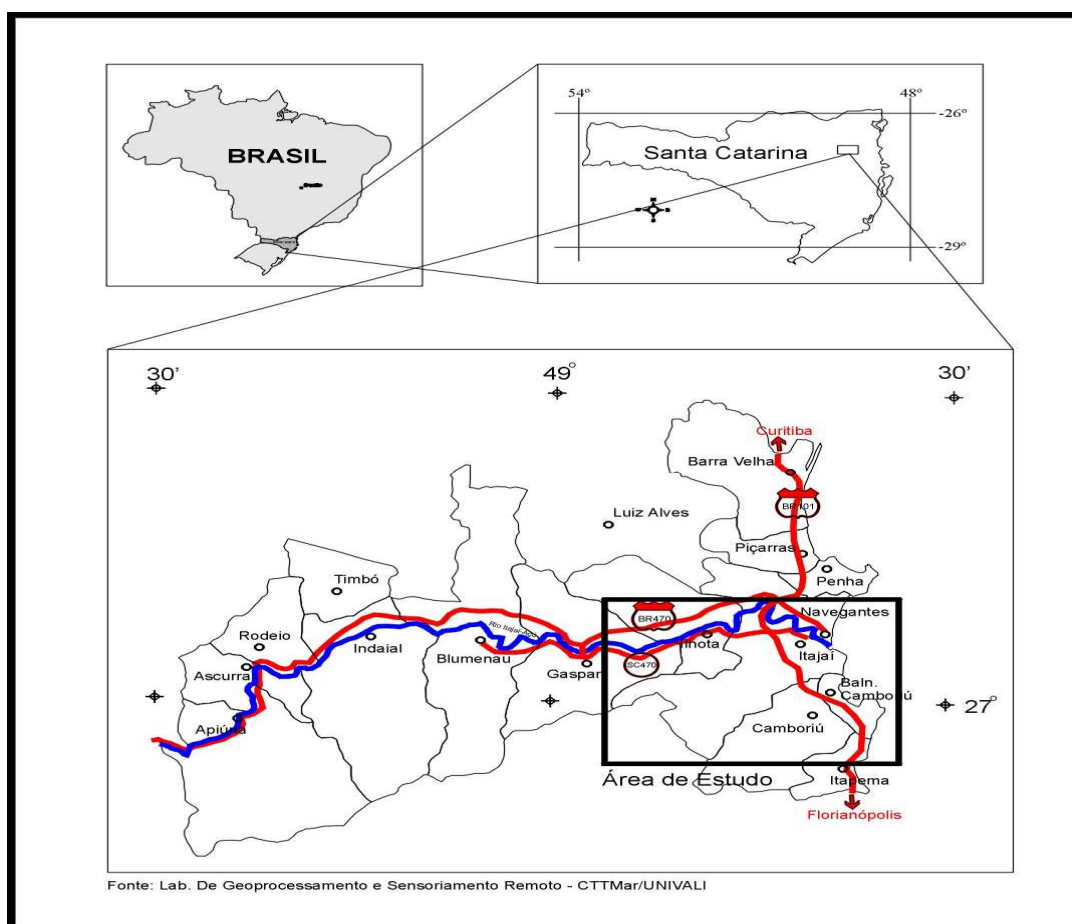


Figura 2 – Município de Itajaí em destaque

⁵⁸ Ver Porto de Itajaí, (on line)

⁵⁹ Fonte: Laboratório de Geoprocessamento e Sensoriamento Remoto da UNIVALI – CTTMar

A despeito dos indicadores que apresentam um quadro econômico favorável ao município, gerando milhares de empregos diretos e indiretos, tendo o porto como agente promocional no desenvolvimento econômico e social, a rede de ensino considerada como uma das mais qualificadas de Santa Catarina e o potencial natural-paisagístico como um dos mais ricos; ainda assim, há aspectos preocupantes, não diferentes de outras localidades do país, como a desigualdade sócio-econômica das condições de vida, epidemias de violência e doenças, que o colocam em situação de alerta, enfim.

Atualmente, sob modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal, a Secretaria da Saúde está estruturada para atender uma população estimada de 75% dos usuários do Sistema Único de Saúde (excluindo população que possui planos de saúde). Adota na Atenção Básica, a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde⁶⁰. A configuração da assistência adotada recentemente (2007) segue os princípios da regionalização da saúde, visando a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, que ofereça alta qualidade do serviço prestado, baixo custo, equidade, com uma maior e mais rápida resposta aos desejos e necessidades da população.

A nova configuração estabelecida no princípio da regionalização vem contribuindo para a ampliação da participação comunitária e da democratização. Desta forma, também garante que os serviços de atenção primária respondam à necessidade dos usuários e sejam aceitos por eles. Proporciona a constituição de mecanismos mais adequados de supervisão e o controle. Favorece uma maior cobertura e entrega mais oportuna dos serviços e contribui para a flexibilização da gestão dos serviços e seu ajustamento às necessidades locais.

Este novo modelo assistencial permitiu a descentralização político-administrativa do sistema municipal de saúde, imprimindo uma transformação das práticas sanitárias e qualificando o atendimento das necessidades de saúde da população através dos planejamentos estratégicos

⁶⁰ Conforme Portal da Saúde (on line), a Saúde da Família pode ser entendida “[...] como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade”.

loais. As cinco regionais foram constituídas por territórios, alguns deles já definidos através da atuação da Estratégia Saúde da Família.

A Gerência é concebida como um instrumento de descentralização de decisões para facilitar a discussão e operacionalização das políticas públicas de saúde. As competências das Gerências Regionais incluem a explicitação e mediação de conflitos na gestão de recursos humanos; acompanhamento e problematização dos processos de trabalho; articulação com os Conselhos Locais de Saúde; avaliação das Unidades de Saúde da Família. Segue abaixo a descrição da organização das regionais por território:

- **Rede de atenção básica:**

Regional 1 – Praia Brava, Fazenda, Dom Bosco, Distrito Docente Assistencial, Ambulatório do Presídio;

Regional 2 – São Vicente, São Judas, Rio Bonito, Bambuzal e São João;

Regional 3 – Brilhante, Itaipava, Limoeiro, Cidade Nova e Pró Morar II e Ambulatório do Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC);

Regional 4 – Cordeiros, Costa Cavalcante, Jardim Esperança e Votorantim;

Regional 5 – Espinheiros, Imaruí, Murta e Salseiros.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 23 (vinte e três) Unidades Básicas de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), que também faz parte da rede de atenção primária, está estruturada em 25 (vinte e cinco) equipes formadas por um médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) Técnico de Enfermagem, 1 (um) auxiliar de enfermagem e de 6 (seis) a 8 (oito) agentes comunitários de saúde. Esta estratégia de assistência dispensa aproximadamente 52 % (cinquenta e dois por cento) de cobertura populacional, ou seja, uma significativa parcela da população é beneficiada com ações estratégicas de promoção, proteção e vigilância em saúde. Ainda existem 2 (duas) equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por 1 (uma) enfermeira e de 7 (sete) a 15 (quinze) agentes comunitários de saúde, atualmente instalados nos bairros Bambuzal e Fazenda. Somadas essas duas equipes de PACS aumentam a cobertura populacional para aproximadamente 56% (cinquenta e seis por cento) da população atendida.

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população e a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde - atenção básica (já relatada), de média e alta complexidade.

A Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica exija a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A Rede Especializada também está configurada sob a gestão de uma Gerência da Atenção Especializada, que por sua vez deverá garantir entre outras competências: a interlocução entre atenção básica e a especializada avançando na direção da integralidade das ações; a adesão à Política de Humanização do SUS - Humanização da atenção; o estímulo a mecanismos de acolhimento do paciente; a promoção da equidade do acesso aos serviços; o aprimoramento de instrumentos de avaliação para garantia da qualidade do processo de trabalho e do atendimento ao usuário; a participação da comunidade; otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação; elaboração, coordenação e avaliação da política de média complexidade ambulatorial; elaboração dos parâmetros e indicadores gerenciais para a gestão das redes assistenciais.

A rede de atenção secundária/especializada está assim constituída:

- **Rede de atenção secundária:** formada de 11 (onze) unidades de referências, incluindo: Policlínica São Judas, Pronto Atendimento de São Vicente, Policlínica Central, Centro de Especialidades odontológicas (CEO), o Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRESCEM), o Centro de Referência em Doenças

Infecciosas (CEREDI), o Centro de Orientação e Diagnose Municipal - CODIM, Laboratório Municipal, e três Centros de Atenção Psicossocial, a saber, CAPS II⁶¹, CAPSi⁶² e CAPSad⁶³.

E, por sua vez, a rede terciária é constituída da seguinte maneira:

- **Rede Terciária:** o município dispõe de dois hospitais, sendo o hospital geral que é gerenciado pelas irmãs do Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada, e o hospital universitário administrado pela Fundação UNIVALI e destinado para o atendimento em saúde infantil para pacientes de 0 a 14 anos. Ambos estão credenciados ao SUS.

Um dos equipamentos que fazem parte da rede de assistência no âmbito da saúde mental são os leitos psiquiátricos ou unidades de saúde mental em hospital geral. Este equipamento é considerado a peça fundamental da reforma psiquiátrica, uma vez que possibilitam internações de curta duração, estabilização de crise e rápido retorno do doente à comunidade onde vive. Concomitantemente, colabora para minimizar o estigma da doença mental.

No Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB), funcionou uma unidade de atenção em Saúde Mental na década de 90, que se pretendeu investigar por meio de uma pesquisa intitulada “LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL: Reconstrução histórica da atenção ao portador de sofrimento psíquico e/ou usuário de álcool e outras drogas no município de Itajaí – SC”. Considerando todas as transformações ocorridas desde o início do movimento da reforma psiquiátrica e a urgência de se constituir uma rede integral de atenção à

⁶¹ Centro de Atenção Psicossocial destinado à assistência às pessoas portadoras de transtornos psíquicos severos e persistentes, de ambos os sexos e a partir de 18 anos.

⁶² Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, destinado à assistência a crianças e adolescentes, portadoras de transtornos psíquicos moderados ou graves, de ambos os sexos, até os 18 anos.

⁶³ Centro de atenção Psicossocial destinado ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, de ambos os sexos e a partir de 16 anos.

saúde mental, a pesquisa teve como objetivo identificar quais os fatores que contribuíram para a desativação dos leitos psiquiátricos no referido hospital⁶⁴.

Nesse sentido, o esforço fundamental seria no âmbito da reconstrução histórica da forma de tratamento/assistência oferecida ao portador de sofrimento psíquico e/ou usuário de álcool e outras drogas em setor específico do HMMKB. Esperou-se alcançar o objetivo por meio da identificação e análise de pesquisas realizadas por alunos de graduação e pós-graduação da Universidade do Vale do Itajaí e outras instituições de ensino superior da região, da identificação de material de mídia impressa e da pesquisa de fontes históricas e documentais no próprio hospital.

Mas, por motivos correspondentes a: impossibilidade de verificar as fontes históricas e documentais no próprio hospital; a constatação da inexistência do material de mídia impressa sobre o atendimento ao portador de sofrimento psíquico e/ou usuário de álcool e outras drogas no município de Itajaí; e o desaparecimento das pesquisas realizadas por alunos de graduação e pós-graduação da Universidade do Vale do Itajaí da época que a Unidade no décimo segundo andar⁶⁵ do HMMKB funcionou, restou impossível concretizar os objetivos da referida pesquisa.

De uma reunião autorizada pela Diretora Geral ocorrida durante a pesquisa com uma informante do referido hospital, foi apresentado um quadro que demonstrava uma sucinta estatística do atendimento psiquiátrico por ano, como consta no quadro abaixo.

⁶⁴ Pesquisa realizada no período de 2006/2007 com auxílio financeiro do Programa Integrado de Pesquisa da Pós-Graduação e Graduação – PIPPG da Universidade do Vale do Itajaí. A pesquisa foi desenvolvida sob a coordenação do Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson, da mestranda Janaina Moura Machado da Costa e do acadêmico-bolsista Tomás Enrique de Azevedo G. Mello.

⁶⁵ O décimo segundo andar era o espaço no qual existiam os leitos e o tratamento psiquiátrico do hospital.

Quadro 3 – Atendimento Psiquiátrico no HMMKB de 1991 até 1998.

ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA								
ITEM	Período de Atendimento							
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Leitos disponíveis	9	9	9	9	9	9	9	9
Pacientes atendidos	101	89	78	74	92	47	32	18

Fonte: IPMMI – HMMKB. Setor de Estatística.

Os dados apresentados confirmaram o funcionamento da ala de atendimentos psiquiátricos por oito anos, sendo que o número de leitos disponíveis se manteve constante. Conforme descrito no Relatório Final da referida pesquisa foi observado que o espaço destinado ao atendimento era amplo e possuía diversas dependências que permitiam formas variadas de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico. As informações obtidas permitiram identificar desde atendimentos medicamentosos até terapias psicodramatistas convivendo simultaneamente. Essa informação nos habilita a inferir que o número de pessoas atendidas poderiam facilmente superar os dados oficialmente fornecidos pela instituição hospitalar, ao mesmo tempo em que, de acordo com os títulos dos trabalhos acadêmicos relatados, os atendimentos psicológicos não se limitavam ao andar dedicado com exclusividade.

As informações fornecidas especificavam a relação de profissionais que estavam diretamente vinculados a ala de atendimento psicológico e psiquiátrico. Constavam na ala uma equipe de três psiquiatras e uma psicóloga (que desempenhava a função de responsável pelo gerenciamento do serviço). Estas foram às únicas informações que o hospital disponibilizou, dificultando a pesquisa no sentido de deixar poucas portas abertas para sua continuação.

Contudo, em relação ao tratamento de pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, o município desde a década de 90 vem atuando através do Programa de Redução de Danos e por meio das CT.

Em relação ao Programa de Redução de Danos, este se desenvolveu entre 1996/1997 por meio do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde⁶⁶. Constatava-se naquele momento que existia uma relação entre consumo de drogas e a disseminação do HIV e de outros patógenos de transmissão sanguínea e sexual, entre os seus usuários. A meta principal era o de reduzir, por meio da atuação voltada para a educação e a saúde pública, o índice de HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis, que se destacava nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Os usuários de drogas injetáveis constituíam-se em população particularmente vulnerável e que estavam muito aquém dos segmentos sociais com maior capacidade de mobilização e reivindicação. Assim, tornavam-se paradigmáticos, porque sofriam (e hoje ainda) as conseqüências da discriminação, como também da ação repressiva. No ano de 1997 a equipe de redução de danos estava composta por 3 (três) agentes redutores de danos, 1 (um) psicólogo, 1(um) enfermeiro, 2 (dois) auxiliares de enfermagem e 1 (uma) assistente social.

Em 1998 no Primeiro Coorte do Projeto Ajude Brasil⁶⁷, estava demonstrado que da população usuária de drogas injetáveis pesquisada 78% era soropositivo para o vírus HIV. Em Santa Catarina, no mesmo ano foi decretada Lei Estadual que autorizou os serviços de saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis. Neste momento, a equipe de Redução de Danos passou a ser constituída por universitários. O segundo Coorte do Projeto Ajude Brasil apontou no ano 2000 um total de 31,3% da população pesquisada de usuários de drogas injetáveis, soropositivos para o vírus HIV.

Foi no ano de 2006 que aconteceu a descentralização formal das ações de Redução de Danos que proporcionou a atuação do Programa Municipal no CAPSad, no município de Itajaí. Neste momento já estava evidenciada a necessidade de mudança nas ações do Programa. Baseado nas experiências *in loco* dos agentes redutores de danos, no ano de 2007 aconteceu uma mudança importante nas estratégias para acessar a população usuária de crack. A equipe do Programa

⁶⁶ O conceito de redução de danos vem se consolidando como um dos eixos norteadores da Política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Ainda que originalmente o conceito tenha sido aplicado favoravelmente na prevenção de doenças transmissíveis, no campo do álcool e outras drogas, apresenta uma mudança paradigmática, situando-se como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causadas pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, sem a exigência imediata da abstinência.

⁶⁷ O Projeto Ajude Brasil foi apoiado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, e consistia na avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis, entre Programas de Redução de Danos.

incluiu em suas ações a confecção de cachimbos para distribuição aos usuários a fim de se prevenir o risco de doenças pela via de administração dessa substância. Acreditou-se que assim, a equipe conseguiria criar e fortalecer o vínculo com estes usuários.

O Programa de Redução de Danos atualmente é composto por 1(uma) Coordenação e 13 (treze) agentes de endemias. As atividades se concentram de segundas a sextas feiras, do período das 16h00 as 22h00.

Por outro lado numa outra vertente, que até hoje deixa revelada a dicotomia ideológica existente entre redução de danos e o modelo terapêutico baseado na abstinência (*getting clean*), no município se configurou as primeiras entidades atualmente reconhecidas como CT. Antes por meio de Convênio estabelecido com a Secretaria de Assistência Social, uma vez que os programas em álcool e outras drogas estavam inseridos nela. Mas com a implantação do CAPSad em Itajaí e a assistência na área cada vez mais voltada para o âmbito da saúde, iniciaram-se em 2005 as discussões sobre a transferência dos convênios das entidades de tratamento para a Secretaria Municipal de Saúde. Desta forma, a Secretaria Municipal de Saúde, firmou convênio a partir de 2006 com entidades reconhecidas como Comunidades Terapêuticas, que atendem em regime de longa internação, por até 9 (nove) meses de tratamento.

Até este momento 4 (quatro) Comunidades Terapêuticas estão conveniadas, sendo 3 (três) para atender homens e 1 (uma) para o atendimento de mulheres com transtornos mentais e/ou transtornos mentais e/ou comportamentais decorrentes da dependência química. São elas: a) Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida, b) Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Nova Vida, c) Centro de Recuperação Vale Ebenézer e d) Centro de Recuperação e Reabilitação Resgate Dominante.

a) O Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida⁶⁸, mais conhecido como Pró-Vida, foi fundado em 24 de fevereiro de 1992 pela 1ª Igreja Presbiteriana de Itajaí. É administrado pela Diretoria eleita por Assembléia Geral de seus membros efetivos. A Diretoria é constituída pelo

⁶⁸ Dados obtidos a partir de documentos do Convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, e através do Diretor Administrativo da própria Instituição.

Presidente, Vice-Presidente, Secretário, Tesoureiro, Diretor de Relações Públicas, Diretor de Coordenação e Diretor Executivo. De caráter cívico-religioso, filantrópico e beneficente, sem fins lucrativos, é destinado ao tratamento e reintegração sócio-familiar de pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas portadoras ou não do vírus HIV e/ou vivendo com Aids, em regime de internação, segundo modelo bio-psico-espiritual, independente de raça, cor ou credo religioso.

Dentre as finalidades da Instituição estão: o reconhecimento dos direitos de todos aqueles que possuem problemas relacionados com o uso indevido de substâncias; a contribuição para a redução das conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso de substâncias, tanto para as pessoas diretamente acometidas, quanto para a comunidade e sociedade em geral; a articulação e manutenção de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado; o apoio e a promoção de atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à prevenção do uso indevido de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis, doenças decorrentes do HIV/Aids; ao tratamento e a reinserção sócio-ocupacional das pessoas internadas na Instituição; a educação, capacitação e formação de agentes comunitários em dependência química para uma ação mais efetiva na redução da demanda.

O Pró-Vida tem capacidade atual para 30 leitos (destes 20 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde), para pessoas a partir de 14 anos do sexo masculino e oferece um programa de tratamento com duração de 6 (seis) meses, distribuídos da seguinte forma: os primeiros 5 (cinco) meses de permanência dentro da Instituição e o último mês chamado de Reintegração Familiar, que acontece quando a pessoa internada tem a possibilidade de ficar os finais de semana em sua residência junto aos familiares.

A manutenção da Instituição está firmada atualmente em: Convênio Municipal com a Secretaria de Saúde, Convênio com as Centrais Elétricas de Santa Catarina (CELESC) através da contribuição espontânea do contribuinte na fatura de energia elétrica, doações de gêneros alimentícios por empresas de Itajaí e o próprio apoio da 1ª Igreja Presbiteriana de Itajaí.

Os objetivos principais do Pró-Vida são: adesão e atenção ao tratamento medicamentoso às pessoas vivendo com Aids e/ou dependente químico, visando reabilitação efetiva; abstinência do álcool e outras drogas; diminuição da disseminação de DST/HIV/Aids; aquisição de novas habilidades sociais que contribuam para o aumento da auto-estima e a mudança de comportamentos inadequados; retorno ao convívio familiar e o mercado de trabalho, como ser produtivo que é; orientação quanto aos direitos e deveres para o desenvolvimento de uma consciência jurídica de tal forma que faça àqueles que lá internam discernir o certo e o errado, fazendo-o usufruir de seus direitos como cidadão.

Quanto à infra-estrutura física, o Pró-Vida dispõe de: Sala da Secretaria, Sala da Coordenação Administrativa, Consultório Psicológico, Sala para múltiplo uso, Sala de TV/DVD e vídeos, Sala de leitura, Sala de Jogos, Quarto para repouso, 5 (cinco) Quartos (com seis leitos cada), 3 (três) Banheiros Duplos, 1 (um) Banheiro Individual, 1(um) Banheiro Social, Amplo Refeitório, Cozinha Industrial, Dispensa para Alimentos, Câmara Frigorífica, Lavanderia com Dispensa para produtos de limpeza, Sala de Ferramentas, Almoxarifado, Garagem, Campo de Futebol, Legumeira, Galinheiros, Quadra Esportiva Coberta, Academia de Ginástica, Moradia para funcionários e ainda 1 (um) veículo Kombi.

No Quadro 4 é possível visualizar a caracterização do Pró-Vida:

Quadro 4 Caracterização do Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida				
	Data de Fundação, População Alvo e Capacidade de Atendimento	Tempo de Tratamento	Profissionais	Atividades Realizadas
PRÓ-VIDA	24/02/1992 Masculino 30 leitos (20 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde)	6 meses de tratamento, sendo cinco meses de Internação e um de Reintegração Familiar	- 1 Coordenador Geral (Prof. Educação Física) - 1 Psicóloga - 1 Relações Públicas - 1 Secretária - 3 Supervisores - 1 Auxiliar de Supervisão - 2 Monitores - 2 Cozinheiras - 3 Pastores Voluntários	- Programa Seja Bem Vindo a nossa Casa - Saúde Física e Odontológica - Triagem - Avaliação Familiar - Psicoterapia Individual - Psicoterapia de Grupo - Prevenção da Recaída - Grupo de Apoio às Famílias - Serviço Social - Nutrição - Laborterapia - Terapia Esportiva (Caminhada, Fartlek e outras diversas opções da prática esportiva) - Espiritualidade - Capacitação Profissional
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base nas informações prestadas pelo representante da Entidade e documentos da Secretaria Municipal de Saúde.				

No ano de 2003, o Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida recebeu a importância de 50 (cinquenta) mil reais enquanto instituição selecionada e premiada pelo Gates de Saúde Global, concedido pela fundação Melinda de Bill Gates e o Programa Brasileiro de DST/HIV/Aids. Com a premiação foi possível iniciar a construção da Casa de Apoio da Instituição que já era um projeto dos diretores, mas sem execução por falta de financiamento. A Casa de Apoio tem como finalidade oferecer retaguarda social para os internos do Pró-Vida que não possuem mais vínculos familiares ou sociais. Desta forma, os leitos da Casa de Apoio se destinam-se à manutenção do tratamento dos mesmos, mas com a lógica ainda mais voltada para a inclusão social.

Em novembro de 2007 foi aprovado um contrato de parceria entre o Pró-Vida e o Instituto Mackenzie (São Paulo) com data para iniciar em 2008. O contrato está determinado para 1 (um) ano, mas com a possibilidade de ser renovado para 2 (dois) anos, a partir dos primeiros resultados apresentados por meio dos Projetos. O objetivo principal da parceria é o de incrementar os projetos do Pró-Vida já existentes, como a Laborterapia na Horta e o de Esporte. A Laborterapia já é parte integrante do tratamento no Pró-Vida e oportuniza a execução de tarefas diárias. O Projeto do Esporte possibilitará, com recursos do contrato, a inclusão do Professor de Educação Física, que terá o desafio de ampliar as atividades esportivas no Pró-Vida, fazendo do exercício físico, a ferramenta para a desintoxicação natural do organismo.

A equipe técnica do Pró-Vida concorda que as atividades físicas possibilitam resultados pedagógicos e psicológicos no processo de tratamento da dependência química, pois estimulam a responsabilidade do trabalho físico levando a resultados satisfatórios empenhados pelos internos. Também tem como finalidade condicionar fisicamente os mesmos, contribuindo para o fortalecimento orgânico e conseqüentemente a melhora geral da sua saúde.

Através dos recursos financeiros dispensados pela Instituição Mackenzie, a estufa (da horta orgânica do cultivo protegido), que foi destruída por um vendaval será inteiramente recuperada. Fazem parte dos recursos os insumos agrícolas. Quanto ao Projeto Esporte, o convênio contempla a aquisição do material esportivo necessário, bem como a elaboração de um projeto de pesquisa para medir a importância da prática esportiva na recuperação do dependente químico. Esta pesquisa será realizada por meio de um questionário respondido pelo residente, sobre a sua qualidade do sono, alimentação e avaliação física feita pelo educador físico. Cada questionário terá uma nota que quantificará a melhora ou piora do interno em tratamento. Ainda, por meio dos recursos do contrato será possível contratar um profissional de Relações Públicas que dentre outras atividades estará divulgando os primeiros resultados da pesquisa, que será publicada como artigo científico, se possível em 2008.

b) A Comunidade Terapêutica Nova Vida⁶⁹, mais conhecida como Desafio ou Nova Vida, é uma Associação sem fins lucrativos, fundada em 26 de outubro de 1989, e destinada ao atendimento de pessoas a partir de 16 anos do sexo masculino com problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas.

Dentre as finalidades principais da Instituição destacam-se: reabilitação de dependentes de substâncias químicas em geral; integração e dinamização das ações na comunidade, a fim de ampliar as finalidades sociais da entidade; promoção da ampliação dos vínculos de solidariedade e cooperação entre os membros participantes do programa de tratamento; estimulação da integração dos familiares no tratamento e do fortalecimento dos valores de ordem moral e cultural que condicionam e fomentam a dignidade do grupo humano; a cooperação com órgãos públicos e privados, quando da execução de programas específicos ao trabalho proposto pela Instituição; manutenção de cursos teológicos, culturais e profissionais.

A Nova Vida está constituída por uma Diretoria formada por Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro, Segundo Tesoureiro, Secretário e Segundo Secretário; a Comissão de Contas (de igual modo, formada por três membros); e a Assembléia Geral.

Quanto à infra-estrutura física, a Nova Vida dispõe de: 16 (dezesseis) quartos (com 4 leitos cada), 2 (duas) Salas de Aula, 1 (uma) Sala de Recreação, Refeitório, Cozinha, 2 (duas) Salas para Escritório, 4 (quatro) banheiros, 2 (dois) Consultórios, Sala de reunião, Lavanderia, Panificadora, Sala de Triagem, Capela, Consultório Odontológico, Pomar, Espaço de Oração e Meditação, Sala de Jogos, Sala de Musculação, Almoxarifado. A Instituição não possui veículo próprio.

A capacidade atual de atendimento é de 30 (trinta) leitos (destes 14 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde), para pessoas a partir de 16 anos do sexo masculino e oferece um programa de tratamento com duração de 9 (nove) meses.

⁶⁹ Dados obtidos a partir de documentos do Convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, e através da Coordenação Geral da Instituição.

No Quadro 5 é possível visualizar a caracterização do Nova Vida:

Quadro 5 Caracterização da Comunidade Terapêutica Nova Vida				
	Data de Fundação, População Alvo e Capacidade de Atendimento	Tempo de Tratamento	Profissionais	Atividades Realizadas
NOVA VIDA	26/10/1989 Masculino 30 leitos (14 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde)	9 meses de tratamento	- 2 profissionais de nível superior (Psicóloga e Assistente Social) - 1 Teólogo - 2 Cozinheiros - 4 monitores (2 são capacitados com Agentes Comunitários) - Serviços Gerais	- Grupo Terapêutico semanal; - Prevenção da Recaída (semanal); - Laborterapia; - atendimentos Individuais para internos e familiares; - Grupo de Familiares; - Grupo de 12 passos; - Atividades de Lazer (Futebol, Caminhadas, Jogos) - Outras
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base nas informações prestadas pelo representante da Entidade e documentos da Secretaria Municipal de Saúde.				

c) O Centro de Recuperação Vale Ebenézer⁷⁰, mais conhecido Vale, foi fundado em 01 de novembro de 1996. É uma associação filantrópica, social, cultural, de caráter assistencial, ensino, e sem fins lucrativos. Tem como finalidade principal acolher e oferecer tratamento para pessoas do sexo masculino entre a faixa etária de 18 a 60 anos e com problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas. Busca, pela aplicação do programa terapêutico e da assistência oferecida, promover a reabilitação psicossocial, a preparação para o trabalho e a reinserção sócio-familiar, através de atividades desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar. Segundo o Estatuto da instituição, a administração é exercida por uma Diretoria composta por 7 (sete) associados e um Conselho Fiscal de Contas (este com seis associados).

⁷⁰ Dados obtidos a partir de documentos do Convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde. O representante da Instituição não foi localizado durante a pesquisa realizada. Outras informações foram prestadas através de um profissional da área técnica.

O Vale oferece atendimento sem distinção de raça, credo ou filosofia. Acolhe também àquelas pessoas vivendo com Aids, oferecendo atendimento e encaminhamento para o tratamento específico na rede municipal. Os internos da Instituição são pessoas que em geral estão em situação de risco e de vulnerabilidade social e familiar, desprovidas economicamente, e em algumas vezes em situação de rua.

Quanto à infra-estrutura física, o Vale Ebenézer dispõe de: Escritório, Sala de Estudos, Varanda externa (nela constam aparelhos de musculação), 07 (sete) quartos, 1 (um) Lavabo, 1 (um) Banheiro (com 4 chuveiros, 3 vasos sanitários, 2 mictórios e 1 pia grande), Salas para Atendimento, Recepção, Dormitório para monitor, Lavanderia com Dependência, Marcenaria, Refeitório, Cozinha, ampla área de lazer com lagoa e alguns animais (patos, cachorro, porco, boi, vaca – ficam todos separados). A Instituição não possui veículo próprio.

A capacidade atual de atendimento é de 30 (trinta) leitos, e destes 14 (catorze) leitos conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde. Sua equipe é composta por funcionários e voluntários, conforme descrito a seguir: Psicóloga, Assistente Social, Técnica em Enfermagem, 2 (dois) Monitores, Coordenação Geral, Teólogo, Auxiliar de Monitoria, Motorista, Cozinheiro, 3 (três) Terapeutas Espirituais.

No Quadro 6 é possível verificar a caracterização do Vale Ebenézer:

Quadro 6 Caracterização do Centro de Recuperação Vale Ebenézer				
	Data de Fundação, População Alvo e Capacidade de Atendimento	Tempo de Tratamento	Profissionais	Atividades Realizadas
VALE EBENEZER	01/11/1996 Masculino 30 leitos (14 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde)	9 meses de tratamento	- Psicóloga - Assistente Social, - Auxiliar de Enfermagem - 2 Monitores - Coordenação Geral - Teólogo - Auxiliar de Monitoria - Motorista - Cozinheiro - 3 Terapeutas Espirituais.	- Triagem - Assistência Social - Serviço de Psicologia - Serviço de Enfermagem - Grupo Terapêutico semanal com Psicóloga e Assistente Social - Laborterapia - Terapia Espiritual - Esportes - Palestras Informativas - Reinserção Social e Familiar
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base nas informações dos documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Não foi possível localizar representante a fim de complementar as informações.				

E por fim, d) o Centro de Recuperação e Reabilitação Resgate Dominante⁷¹, mais conhecido como Resgate Dominante, foi fundado em 25 de maio de 1999 e é uma associação de caráter assistencial, sem fins lucrativos, de duração ilimitada, sem distinção de raça, cor, condição social, credo político ou religioso. São órgãos da Associação, a Assembléia Geral, a Diretoria e o Conselho Fiscal. A Diretoria é constituída pelo Presidente, Vice-Presidente, Secretário, Tesoureiro. De acordo com seu Estatuto tem por finalidade proporcionar assistência e serviços sociais diversos, a todas as pessoas, e colaborar com a sociedade, no sentido de prevenir, alertar e orientar a respeito do uso indevido de álcool e outras drogas. Oferece assistência social e tratamento clínico às mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, promovendo a reabilitação biopsicossocial, a reinserção familiar, a preparação para o trabalho e a inclusão social.

Sua população alvo está voltada para as mulheres portadoras de necessidades especiais, em situação de rua ou abandono, vivendo com Aids. Dentre as suas atividades, promove cuidados e atenção à Saúde da Mulher em parceria com a rede municipal. Atende também mulheres

⁷¹ Dados obtidos a partir de documentos do Convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, e através do representante da Instituição.

acometidas de transtornos mentais e comportamentais. Sendo assim, o Resgate caracteriza-se como Comunidade Terapêutica, Casa de Apoio e Casa Lar.

Quanto à infra-estrutura física, o Resgate Dominante dispõe de: Recepção, Escritório, Refeitório, Cozinha, Sala de TV, 5 (cinco) Quartos (totalizando 16 beliches), 3 (três) Banheiros, 1 (uma) Sala de Artesanato e Oficina de Corte e Costura, 1 (uma) Sala de Atendimento Clínico, Ambulatório, Depósito para mantimentos e materiais, Lavanderia, área de lazer, jardim e varanda. A Instituição possui veículo próprio

A capacidade atual de atendimento é de 32 (trinta e dois) leitos, mas 14 (catorze) são destinados para o convênio estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde.

No Quadro 7 é possível verificar a caracterização do Resgate Dominante:

Quadro 7 Caracterização do Centro de Recuperação e Reabilitação Resgate Dominante				
	Data de Fundação, População Alvo e Capacidade de Atendimento	Tempo de Tratamento	Profissionais	Atividades Realizadas
RESGATE DOMINANTE	25/05/1999 Feminino 32 leitos (14 são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde) A Instituição possui 10 leitos destinados a mulheres adultas vivendo com HIV/Aids, por meio de um convênio com o Programa Nacional de DST/Aids	9 meses a 1 ano de tratamento, a depender de uma avaliação psicossocial	- 1 Coordenação Geral - 1 Psicóloga - 1 Cozinheira - Professora de Artesanato - 1 Auxiliar de Enfermagem - 1 Auxiliar Administrativo - 2 Monitoras - 9 Voluntários	- Triagem; - Grupo de Mães - Grupo Terapêutico - Oficina de Costura Industrial; - Educação de Jovens e Adultos; - laborterapia; - Orientação aos filhos, esposo e demais familiares; - Atendimento Individual; - Atendimento por Enfermagem
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base nas informações prestadas por profissional técnico da Entidade e documentos da Secretaria Municipal de Saúde.				

Conforme observado nos quadros, essas quatro instituições visam promover a abstinência e a mudança de comportamento, a partir da convivência com outras pessoas que tem problemas semelhantes. Em geral a proposta terapêutica das instituições descritas inclui: grupos terapêuticos, oficinas, trabalho individual, laborterapia e outras. Mesmo aquelas que não estão ligadas diretamente a instituições religiosas, a espiritualidade é privilegiada como fator primordial do tratamento. Conforme Resolução 101/2001 da ANVISA, a equipe básica deve ser constituída por um profissional de saúde ou assistente social, um profissional administrativo e três agentes comunitários capacitados em dependência química.

As Comunidades Terapêuticas responderam mais rapidamente a problemática de álcool e outras drogas no município, principalmente a partir da epidemia de Aids que se disseminou nos anos 80 no país e foi refletido mais intensamente no final da década.

Como naquele período o uso de cocaína via endovenosa era muito comum, o Pró-Vida desde sua origem foi fundado com o objetivo principal de atender prioritariamente as pessoas que faziam uso de substâncias e que já estavam vivendo com Aids, porque se constatava que outras entidades da região, agiam de forma excludente àqueles nesta condição de saúde, nos primeiros anos de grande incidência no município de Itajaí.

3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

A rede de cuidados em saúde mental começou a ser implantada em Itajaí em 1999 com a instalação do CAPS II, seguido em 2000 do CAPSi, e no ano de 2005 do CAPSad.

Atendendo solicitação da atual Gestão Municipal (2005-2008), para formação de uma comissão que apresentasse um plano de implantação de uma política municipal de saúde mental para Itajaí, pela primeira vez na história de saúde mental, criou-se na Secretaria Municipal de Saúde o cargo de Coordenador de Saúde Mental. A partir de então, o campo de saúde mental ganhou ares diferenciados dentro do Departamento de Atenção Integral à Saúde (DAIS).

No entanto somente em setembro de 2005, foi que efetivamente começou a integração entre os CAPS, através da formação de um Colegiado de Saúde Mental constituído inicialmente pela Coordenação Municipal de Saúde Mental e as Coordenações dos CAPS II, CAPSi, e CAPSad.

A partir da formação do Colegiado, até o presente momento, foram realizados 3 (três) encontros entre os profissionais dos CAPS. Muito além de objetivar a integração dos profissionais de todos os serviços, teve fundamentalmente a intenção de debater os avanços e dificuldades que o campo de saúde mental enfrentou ao longo dos anos, ampliando o espaço de discussão por meio de planejamento e estabelecimento de metas.

Ainda em 2005 foi realizado o I Seminário de Saúde Mental no Município de Itajaí, antecedendo a inauguração do CAPSad, que teve a participação de diversos atores sociais, órgãos e setores municipais, contando com a participação de uma profissional da equipe técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Em 2006 por solicitação da Promotora que respondia na 10ª Promotoria de Justiça, entusiasta da construção da referida política municipal, foi designada Audiência Pública na Sala de Audiências do Fórum da Comarca de Itajaí, e que havendo representantes de diversos órgãos governamentais e representantes da sociedade civil organizada, também mobilizou uma grande participação dos usuários e familiares na audiência. A Audiência Pública teve a finalidade de discutir, debater, refletir e construir a Política Municipal de Saúde Mental, com ênfase nos ciclos de vida. A partir da audiência foram promovidos encontros com usuários e familiares do campo de saúde mental municipal na Casa da Cultura que culminou com a criação da Associação das Mentes Excêntricas (AME) - associação de usuários, profissionais e familiares em saúde mental.

Há consenso municipal de que a política de saúde mental deve ser planejada respeitando as particularidades de cada ciclo. Na atenção básica, é importante conhecer quais são os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos mentais associados a cada um desses ciclos. Esses fatores orientarão as propostas de intervenção, considerando que o tratamento em saúde mental deve manter a pessoa acometida por sofrimento psíquico integrada na comunidade em que

vive, a fim de se evitar a cronificação. A partir desse novo modelo um novo desafio passa a ser assumido pelas equipes de saúde mental: a supervisão das equipes da atenção básica. Espera-se que esse contato contribua para melhorar o sistema de referência e contra-referência na rede de saúde.

Em 2006 as Equipes de Saúde da Família foram capacitadas para iniciar o processo de integração da Saúde da Família e Saúde Mental⁷², cujo maior objetivo é a constituição de uma única rede de cuidados em todo o SUS. Entretanto a despeito do investimento já realizado nesta capacitação, no ano de 2007 praticamente todas as equipes tiveram mudanças de profissionais, acarretando a necessidade preeminente de nova sensibilização e treinamento das novas equipes. Até final de 2007, as novas equipes ainda não tinham sido capacitadas. Entretanto, estava em discussão a necessidade de se desenvolver um projeto piloto em uma localidade da Regional 2, mais especificamente no Rio Bonito, considerando que ali consta três equipes da Estratégia de Saúde da Família, e a possibilidade em 2008 de mais uma equipe sendo incorporada, a fim ampliar a cobertura da assistência em saúde. Nesse sentido, as equipes ali instaladas assinalavam dificuldades com o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, também constatadas pelo Gerente da área e pelos encaminhamentos realizados principalmente ao CAPS II.

Foi a partir do segundo semestre de 2007, quando do processo de Contratualização das ações de média e alta complexidade entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Geral do Município, que a gestora em saúde propôs como parte integrante desse processo a implementação da Unidade Psiquiátrica⁷³. Aconteceram muitos debates, que contaram com a resistência da administração daquela unidade hospitalar em implementar e implantar a referida unidade. Entretanto, considerando que o Hospital já possui uma ação de execução que determina a destinação de leitos para atendimento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras

⁷² O Ministério da Saúde tem estimulado cada vez mais, nos últimos anos, a integração das referidas equipes. Nesse sentido, indicadores de saúde mental já fazem parte do elenco de indicadores da atenção básica. Mesmo que a mudança do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) ainda não tenha entrado em vigor. Essas experiências de equipes matriciais de saúde mental e os próprios processos de formação das equipes ainda estão em construção.

⁷³ Contratualização é uma normativa que está na lei do SUS. É um processo que envolve hospitais filantrópicos, e em que as partes (representante legal do hospital, gestor municipal ou estadual), determinam metas qualitativas e quantitativas formalizadas por meio de um convênio.

drogas, o Ministério Público e Poder Judiciário se tornaram atores importantes no andamento da implementação da ala psiquiátrica.

Após longas discussões e debates sobre a necessidade evidenciada por se estabelecer leitos psiquiátricos no Hospital Geral do Município como retaguarda para os equipamentos de saúde mental existentes, nesse sentido o Colegiado de Saúde Mental, apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde e pela 9ª Promotoria de Justiça, elaborou em documento técnico tecendo as justificativas para a necessidade dessa retaguarda hospitalar, bem como o Projeto Terapêutico da Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral.

Até o final de 2007 a ala ainda não havia sido instalada, por resistência apresentadas pela unidade hospitalar, bem como processos burocráticos do sistema.

Um pouco da história dos serviços de saúde mental do município de Itajaí está destacado a seguir.

3.2.1 Centro de Atenção Psicossocial II

Foi inaugurado em outubro de 1999. De forma equivocada foi cadastrado no Ministério da Saúde como CAPS I em 2002, situação que gerou menos recursos financeiros para o município.

Até 2005 não havia se constituído como um Centro de Atenção Psicossocial de fato e as suas atividades eram limitadas a atendimentos individuais, que o caracterizaram como um serviço de ambulatório no município. A partir de agosto de 2005 o CAPS foi cadastrado no Ministério da Saúde como de nível II em razão da população do município de Itajaí, e obedecendo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Acompanhando as mudanças de gestão em Itajaí e, por conseguinte a integração entre os CAPS, a nova Coordenação do CAPS II assumiu o desafio de tornar aquela Unidade um equipamento tal qual delineado na Política. Entretanto enfrentou inúmeras dificuldades entre os

profissionais da equipe técnica, entre os próprios usuários da Unidade, população em geral e diversos setores e órgãos no município, incluindo outros profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Foram atitudes que denotavam preconceito ao portador de sofrimento psíquico: de inadequação do imóvel, equipe desintegrada e desarticulada, falta de recursos materiais para o desenvolvimento das atividades, incluindo mobiliário que até então apresentava uma roupagem de ambulatório.

Ao longo de três anos que envolveram significativas mudanças naquela Unidade, destacam-se os seguintes avanços: instituído um fluxograma de atendimento, mudança de imóvel - mais amplo e mais adequado às necessidades do usuário, parte dos equipamentos - incluindo mobiliário - já adquirido, tornando o ambiente mais acolhedor, inclusão de grupos e oficinas terapêuticas no cronograma de atividades da Unidade, outros profissionais alocados ali (embora ainda insuficiente para a alta demanda do CAPS II), redução significativa de internações em hospitais psiquiátricos, inclusão de visitas domiciliares para medicação de pacientes em domicílio.

Na Unidade consta: recepção, sala para a Coordenação e atividades administrativas, sala de TV, cozinha, sala de reuniões da equipe, ambulatório de enfermagem com 2 (dois) leitos para repouso ou observação após ministração de medicação, 7 (sete) banheiros, 5 (cinco) consultórios, sala para o desenvolvimento de oficinas terapêuticas, pátio externo.

Todavia, faltam melhoramentos. Até dezembro de 2007, os CAPS em Itajaí, mais especialmente o CAPS II necessita de recursos humanos, materiais para oficinas, alimentação e veículo próprio para o desenvolvimento das atividades necessárias.

O número total de usuários cadastrados até dezembro de 2007 é de 5.400 pessoas a partir de 18 anos. O quadro a seguir demonstra como está caracterizado o CAPS II no município, de acordo com a sua população interna e atividades realizadas na Unidade:

Quadro 8
Caracterização do CAPS II

	Número total de pessoas cadastradas	Horário de Funcionamento	Profissionais	Atividades Realizadas
CAPS II	5.400 pessoas cadastradas até dezembro de 2007, a partir de 18 anos, com transtornos graves, agudos e crônicos.	Das 7:30h as 19:00h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira	- 3 médicos psiquiatras - 1 enfermeiro/Coordenação - 2 enfermeiros - 1 auxiliar de enfermagem - 1 técnica de enfermagem - 3 psicólogos - 2 assistentes sociais - 1 terapeuta ocupacional - 2 agentes em atividades administrativas - 1 técnica em atividade administrativa - 1 segurança - 2 auxiliares de serviços gerais - 2 professor de música - 1 professor de tecelagem em jornal - 1 professor de artesanato (voluntária)	- Atendimentos individuais com Psiquiatras, Psicólogos, TO, Assistentes Sociais e Enfermeiro; - Atendimentos em grupo - Psicoterapias, grupos de família, grupos de usuários estabilizados, grupo de psicopatologias específicas - Oficinas Terapêuticas - música, artesanato, marcenaria, tecelagem em jornal, teatro; - Administração de medicação - Visitas domiciliares; - Atendimento de situações de crise (urgência/emergência); - Atividades externas ao CAPS - passeios pela cidade(praias, caminhadas, confraternizações), participação em eventos, participação do “Economia Solidária”; - Reuniões de Equipe semanal; - Elaboração e discussão dos Projetos Terapêuticos;
Fonte: Elaboração da pesquisadora, com base nas informações prestadas pela Coordenação da Unidade.				

3.2.2 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

Em 1998 a Secretaria da Criança e do Adolescente de Itajaí, diante das dificuldades de atendimento aos adolescentes autores de ato infracional e/ou usuários de drogas, realizou um levantamento de dados (perfil) que pudesse subsidiar uma proposta de atendimento a estes jovens.

Sob orientação do Programa Municipal de DST/Aids foi elaborado um Projeto que obteve a aprovação do Programa Nacional DST/Aids, recebendo financiamento de R\$ 60.000,00 do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNODC).

Em 2000 com a assinatura do Convênio entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde, foi iniciada a implantação do CAPS⁷⁴, uma vez que o Convênio permitiu a compra de equipamentos e capacitação de profissionais e da rede intersetorial.

Inicialmente o CAPS para criança e adolescentes foi implantado para atender usuários de drogas e vulneráveis a infecção pelo HIV, com atenção adequada para as famílias e a realização de programas de prevenção voltados para esta clientela. Continuou vinculado ao Programa DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde e inaugurado em junho de 2000.

Apesar da capacitação realizada através dos recursos do Convênio, com Profissionais do Projeto Quixote (SP) e da Faculdade Paulista de Medicina (SP), aquela equipe técnica começou os atendimentos, com pouco ou quase nenhuma experiência no atendimento destes jovens. O Ministério da Saúde, através de Consultoria do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (PNDST/Aids), possibilitou supervisão com profissional de psicologia.

⁷⁴ Esta designação inicial de CAPS estava apoiada em instrumento normativo oficial do Ministério da Saúde que implantou pela primeira vez o CAPS por meio da Portaria 189 de 19 de setembro de 1991 e a Portaria 224 de 2002. Até 2002, com base nessas normas primeiras o CAPS foi financiado pelo Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), com recursos do teto municipal. Essa realidade dificultava o credenciamento de CAPS, antes do seu financiamento através de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). A partir da publicação das Portarias 336/2002 e 189/2002, foram instituídos os novos parâmetros técnicos e a sistemática de financiamento.

Em 2002, o CAPS foi cadastrado como CAPSi, segundo a Portaria 336/02. O contato com a Portaria e as diretrizes nacionais para a atenção psicossocial, motivou aquela equipe a buscar capacitação em saúde mental e promover uma revisão das estratégias e das demandas de atendimento, ampliando o olhar para os transtornos mentais de crianças e adolescentes.

Nestes termos, em maio de 2002, iniciou os debates entre os profissionais da equipe para a elaboração do Planejamento Estratégico do CAPSi. Desde então, o CAPSi vem desenvolvendo suas atividades em meio a dificuldades (de equipe técnica - devido mudanças de pessoal e equipe aquém da necessidade de atendimento da Unidade); de infra-estrutura - nos últimos dois anos precisou mudar de imóvel duas vezes; poucos recursos materiais para o trabalho em oficinas terapêuticas, veículo e outros.

Conforme Relatório da Unidade referente o ano de 2007, o número total de crianças e adolescentes com transtornos mentais moderados e graves cadastrados no CAPSi até dezembro de 2007 é de 907, entre 4 a 18 anos. Em 2007, um total de 276 crianças e adolescentes buscaram atendimento no CAPSi. Deste número, 143 foram encaminhados para a rede básica de saúde ou outros serviços disponíveis no município, pois não apresentavam demanda para o atendimento na Unidade, ou seja, não eram portadores de transtornos mentais moderados ou graves⁷⁵. Entretanto, 133 crianças iniciaram tratamento na Unidade. Somando-se ainda outras 58 crianças e adolescentes que já estavam inseridas no CAPSi desde anos anteriores, totalizou 191 crianças acompanhadas durante o ano de 2007. A permanência delas na Unidade para tratamento e a duração do mesmo, dependem da gravidade da situação, construção do vínculo, comprometimento da família e a faixa etária (pois o atendimento na Unidade se encerra quando o adolescente completa 18 anos).

Ainda conforme o Relatório da Unidade (2007), as duas principais fontes de encaminhamento para o CAPSi são aqueles da rede básica de saúde e o Conselho Tutelar. Os principais transtornos mentais que a equipe técnica identificou nesta demanda de 2007 foram: Transtorno do Comportamento e Transtorno Emocional que aparecem habitualmente na infância

⁷⁵ Estas necessitavam de intervenções breves que poderiam ser realizadas na rede básica de saúde, ou rede interssetorial.

e adolescência, Transtorno do Desenvolvimento Psicológico, Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados ao Stress e Transtornos Somatoformes e Transtornos do Humor, dentre outros. Durante o ano foram realizadas quatro internações de adolescentes entre 13 e 18 anos, a saber: por tentativa de suicídio e surto psicótico em hospitais psiquiátricos da região, por crise convulsiva no hospital infantil do município e por desnutrição e desidratação em decorrência da anorexia no hospital geral municipal⁷⁶.

A Unidade é composta de: ambulatório de enfermagem, 5 (cinco) consultórios para atendimentos individuais ou em grupo, coordenação, cozinha, sala de espera e convivência, oficina de artesanato, oficina de música, recepção, refeitório, sala de reuniões da equipe, banheiros.

O quadro a seguir demonstra como está caracterizado o CAPSi no município, de acordo com a sua população interna e atividades realizadas na Unidade:

⁷⁶ Estas internações aconteceram em decorrência de quadros agudos e graves que requereram a internação como alternativa primária do atendimento. Importante ressaltar que as dificuldades para efetivá-las foram inúmeras em decorrência do município não ter leitos psiquiátricos cadastrados para a população adulto, muito menos para a população infanto-juvenil.

Quadro 9 Caracterização do CAPSi				
	Número total de pessoas cadastradas	Horário de Funcionamento	Profissionais	Atividades Realizadas
CAPSi	907 crianças adolescentes cadastrados até dezembro de 2007, na faixa etária de 4 a 18 anos.	Das 7:30h as 18:30h (em 2 turnos) de Segunda a Sexta-feira	- Coordenação - 1 auxiliar em atividades administrativas - 1 recepcionista - 2 auxiliares de serviços gerais - 1 médico psiquiatra - 1 médico pediatra - 1 médico homeopata - 2 técnicos de enfermagem - 4 psicólogos - 1 assistente social - 1 terapeuta ocupacional - 1 professor de música - 1 professor de artesanato - 1 professor de tecelagem de jornal - 1 segurança	- Atendimentos individuais com Médicos, Psicólogos, TO, Assistente Social e Enfermagem - Atendimentos em grupo - Psicoterapias, grupos de orientação aos familiares de crianças/adolescentes com terapia medicamentosa - Oficinas Terapêuticas - música, artesanato, tecelagem em jornal, bijuteria, auto-cuidado - Administração de medicação - Visitas domiciliares; - Reuniões de Equipe semanal; - Elaboração e discussão dos Projetos Terapêuticos; - Encaminhamentos diversos - Terapia Ocupacional - Outros
Fonte: Elaboração da pesquisadora, baseado nas informações prestadas pela Coordenação da Unidade e Relatório 2007.				

A equipe administrativa e técnica do CAPSi apontam os seguintes desafios e necessidades: disponibilidade de veículo, disponibilização de medicação psiquiátrica de emergência na Unidade, supervisão clínico-institucional, capacitação de profissionais em saúde mental, garantia de maior qualificação da equipe (nas áreas de emergências psiquiátricas, esquizofrenia, autismo, dependência química, transtornos alimentares e outros), maior articulação com rede básica e intersetorial - incluindo o Ministério Público e o Poder Judiciário, retaguarda hospitalar, recursos humanos, manutenção de insumos e materiais diversos.

3.2.3 Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas

Considerando a incidência de problemas relacionados com uso de álcool e outras drogas no município, constatadas por observação empírica, bem como pelo aumento de entidades de tratamento na região, uma das propostas do atual governo, foi a implementação do CAPSad para Itajaí. Esta pesquisadora, também gestora da proposta de implementação e implantação da Unidade, considerava as informações da literatura especializada - que apontam para a dependência química enquanto doença crônica - e por isso evidenciava-se a necessidade de instalação de uma tecnologia de assistência, objetivando a redução dos prejuízos de ordem pessoal, familiar e social dos usuários.

A pesquisadora observava que embora as dependências químicas fossem consideradas distúrbios crônicos, ainda existia no município uma tendência da população geral e dos próprios médicos em percebê-las como condições agudas. Esta observação está respaldada nos trabalhos de O'Brien e McLellan (2003). Possivelmente esta é uma das razões pelas quais houve uma disseminação de outras alternativas de tratamento em álcool e outras drogas que enfaticamente apontam para a abstinência completa das substâncias como tratamento mais adequado para todos os casos.

A partir de março de 2005, e com a indicação da coordenação do serviço⁷⁷, iniciaram-se as medidas necessárias para contratação de equipe técnica e administrativa, cadastramento no Ministério da Saúde, localização do imóvel, levantamento de necessidades mobiliárias, de equipamentos, material administrativo e para as oficinas terapêuticas. Nesse início é relevante acentuar que a coordenação teve autonomia para selecionar boa parte de sua equipe técnica e administrativa, tendo oportunidade para valorização de experiências prévias e currículo dos interessados. De certa forma, a autonomia dada pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do Departamento de Atenção Integral à Saúde, garantiu aos futuros usuários da Unidade a possibilidade de tratamento por equipe qualificada.

⁷⁷ A própria pesquisadora.

Em razão do atendimento desta população na rede pública de saúde ter sido incorporado a assistência no CAPS II até aquele momento, a Coordenação do CAPSad designou 2 (dois) técnicos da equipe contratada para a identificação destes usuários naquela Unidade. O objetivo a partir da identificação das pessoas com prejuízos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, foi a vinculação com os mesmos e a promoção do encaminhamento para o CAPSad, desta forma, contribuindo para minimizar a demanda que já existia reprimida no CAPS II.

A inauguração do CAPSad de Itajaí aconteceu em 18 de novembro de 2005, mas as atividades enquanto serviço de tratamento em saúde mental já eram realizadas desde junho do mesmo ano, quando a equipe técnica iniciou os atendimentos à população geral, em sua grande maioria por meio de demandas espontâneas, mas também encaminhados por diversos órgãos do governo, e rede intersetorial. De junho a dezembro de 2005 foram cadastrados no CAPSad 311 pessoas para tratamento.

Fotografia 1 – CAPSad



Fonte: Arquivo do CAPSad

No primeiro ano do CAPSad, a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Coordenação de Saúde Mental, e da Coordenação do CAPSad, mantiveram o entendimento de que a Unidade tornar-se-ia porta de entrada para todos os casos para tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, mesmo que houvesse interesse do usuário nas internações de longa permanência. Tal medida se fez a fim de regular a entrada das pessoas nas entidades chamadas de Comunidades Terapêuticas, e de se fazer encaminhamento mais adequado àquele tipo de alternativa de tratamento. A decisão estava apoiada na própria Portaria 336/02 e na RDC 101/2001 da ANVISA.

Os representantes das CT sendo comunicados da decisão, em geral, reagiram negativamente, contestando a finalidade do CAPSad para o município, tanto na Secretaria Municipal de Saúde, como no Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e em outros diversos órgãos. Entretanto, apesar de todos os esforços para desconstruir as reações contrárias à implantação do CAPSad através de reuniões com os representantes das entidades, Coordenação da Unidade, Coordenação Municipal de Saúde Mental e Gestor Municipal em Saúde, ainda assim, os profissionais do CAPSad enfrentaram diversas resistências. É possível inferir que os representantes das CT, apoiados também por outros órgãos governamentais e rede intersetorial, continuavam realizando encaminhamentos para as CT, sem a devida consideração com as decisões dos gestores de saúde para os critérios estabelecidos de internação que eram respaldados por evidências científicas.

O que se pretendeu com a ampliação da assistência em álcool e outras drogas, a partir da instalação do CAPSad foi identificar juntamente com a pessoa acometida a alternativa de tratamento mais efetiva ao diagnóstico apresentado. A avaliação inicial é realizada com a finalidade de identificar o estado geral de saúde, gravidade da doença, tipo de substância utilizada, via de administração da substância, prejuízos e problemas decorrentes do uso, ou seja, a investigação da modalidade de tratamento mais indicado para a pessoa. Com isso, constata-se a necessidade de se construir critérios específicos de avaliação e encaminhamento em níveis definidos de atenção, e que permitiriam um adequado cuidado das necessidades individuais.

Por razões clínicas e financeiras, o nível de tratamento preferencial para tratamento de pessoas com problemas relacionados com o uso e abuso de álcool e outras drogas, deve ser o menos intensivo. Diferentes níveis de assistência representam etapas de um *continuum* e podem ser utilizadas de diversas maneiras, baseando-se na necessidade da pessoa e a sua própria resposta ao tratamento. A experiência profissional da pesquisadora que trabalhou por cerca de 10 anos em CT anteriormente ao CAPSad, revela que a falta de adesão e repetidas reincidências nas CT indicam ainda problemas nos critérios de avaliação para tratamento nelas.

Nesse sentido, foi necessário estabelecer critérios para as internações. Assim, a fim de promover encaminhamento para instituições extra CAPSad, a partir da avaliação da equipe multidisciplinar, ficou estabelecido que: a) risco de suicídio, agressividade física importante e quadro psicótico, seriam encaminhados para hospitais psiquiátricos da região; b) doenças clinicamente reconhecidas (incluindo abstinência associada de substâncias com *delirium tremens*⁷⁸) consideradas de risco para tratamento ambulatorial, seriam encaminhadas para o hospital geral; c) disfunção intensa da vida, ou a incapacidade de lidar com tarefas básicas (cuidados pessoais, alimentação), ou o insucesso das tentativas de tratamento ambulatorial, estes seriam priorizados para as CT.

No entanto, a procura pelas CT foi durante longos anos, a única alternativa de tratamento que se dispunha, contribuindo fundamentalmente para a construção de uma cultura voltada para a internação em CT na sociedade itajaiense e a partir de critérios muito variados e até conflitantes entre si. Dessa forma muito mais naquela época (embora ainda hoje), advoga-se pela exigência da adaptação da pessoa acometida por prejuízos decorrentes do uso de substâncias com potencial de abuso, ao tipo de tratamento oferecido na CT.

Por outro lado, considerando a demanda crescente pelo atendimento ambulatorial no CAPSad, a equipe técnica, a Coordenação da Unidade e a Coordenadora de Saúde Mental, tomaram a decisão em 2006 de não possibilitar necessariamente esta avaliação inicial antes da entrada nas entidades de longa permanência, ficando a elas (as CT) a responsabilidade de avaliar

⁷⁸ *Delirium tremens* é um estado confusional, que normalmente ocorre quando a pessoa reduz a ingestão do álcool, normalmente quando ela já estabeleceu em quadro de dependência de longa história de uso. Segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) é uma complicação da abstinência alcoólica.

os casos em caráter de triagem, respeitando as exigências mínimas elencadas pela Resolução da ANVISA, já citada anteriormente.

Desta vez a decisão dos gestores, recebeu apoio dos representantes das CT, o que habilita a inferir que na decisão anterior possivelmente sentiram-se ameaçados pela nova política pública instalada no município.

Por meio do encaminhamento prévio de Projeto estimulado por edital do Ministério da Saúde, em 2006 o CAPSad de Itajaí foi contemplado para receber financiamento visando possibilitar Supervisão Clínico-Institucional à equipe. O supervisor foi contratado, mas não assumiu a responsabilidade da supervisão porque o financiamento recebido no Fundo Municipal de Saúde diretamente do governo federal não foi repassado para a finalidade que se destinava.

A exigência de efetivação dos servidores contratados impeliu a equipe técnica do CAPSad a enfrentar concurso público municipal em 2006. Esta situação não beneficiou aqueles primeiros trabalhadores do CAPSad, acarretando na mudança da equipe, sem inicialmente a garantia da qualificação profissional originalmente pleiteada. Entretanto, a Coordenação do CAPSad encontrou na equipe que chegava outras motivações e desejo de manter a qualidade do atendimento na Unidade, que imprimiu uma mudança significativa na gestão do CAPSad, exigindo a necessidade urgente de treinamento da nova equipe e supervisão de caso a caso em tratamento na Unidade.

Os recursos humanos do CAPSad ainda são insuficientes, considerando o Projeto original da Unidade apresentado na Secretaria Municipal de Saúde em 2005 e posteriormente ao Ministério da Saúde, por ocasião do credenciamento e habilitação do serviço. De acordo com o projeto original e observando a crescente demanda ao longo dos três primeiros anos da Unidade, há necessidade da inserção dos seguintes profissionais: psiquiatra, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social, profissional de educação física, pedagogo, professor de artesanato. As pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tem muitas dificuldades de adesão, de vínculo e de continuidade de tratamento, pela própria característica da doença. É possível inferir que a inserção de novas categorias profissionais facilitaria a permanência das

pessoas na Unidade, especialmente em modalidade intensiva. Ademais, a oferta diversificada de oficinas terapêuticas é fundamental para o tratamento e manutenção dos usuários no serviço.

Fotografia 2 – Oficina terapêutica – tecelagem em jornal



Fonte: Arquivo do CAPSad

O número total de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas cadastrados até dezembro de 2007 é de 1.129 pessoas a partir de 16 anos. O quadro a seguir demonstra como está caracterizado o CAPSad no município, de acordo com a sua população interna e atividades realizadas na Unidade:

Quadro 10 Caracterização do CAPSad				
	Número total de pessoas cadastradas	Horário de Funcionamento	Profissionais	Atividades Realizadas
CAPSad	1.129 pessoas cadastradas até dezembro de 2007, a partir de 16 anos, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.	Das 8:00h as 19:00h de Segunda a Sexta-feira	- Coordenação - 1 médico clínico geral - 2 enfermeiros - 1 técnica em enfermagem - 2 psicólogos - 1 assistentes sociais - 1 terapeuta ocupacional - 1 agentes em atividades administrativas - Recepcionista - 1 segurança - 3 auxiliares de serviços gerais - 1 professor de música - 1 professor de tecelagem em jornal	- Atendimentos individuais com Médico, Psicólogos, TO, Assistentes Sociais e Enfermeiros; - Atendimentos em grupo - Psicoterapias, grupo de família, grupos terapêuticos - Oficinas Terapêuticas - música, artesanato em geral, tecelagem em jornal. - Administração de medicação - Visitas domiciliares; - Desintoxicação ambulatorial - Atendimento de situações de crise (urgência/emergência); - Reuniões de Equipe semanal; - Elaboração e discussão dos Projetos Terapêuticos;
Fonte: Elaboração da pesquisadora, baseando-se nos documentos da Unidade.				

A localização da Unidade está adequada, embora possua apenas duas linhas de ônibus circular que atenda satisfatoriamente os usuários da Unidade. O CAPSad disponibiliza vale transporte aos usuários que necessitam, mas a grande maioria deles se deslocam para os atendimentos a pé, de bicicleta ou por veículos próprios.

O imóvel em que o CAPSad está instalado é amplo, arejado, de boa circulação interna e externa. Todos os ambientes são amplos, com exceção da cozinha e refeitório, que precisou sofrer adaptações de forma a garantir um corredor com acesso a área clínica da Unidade (ambulatório de enfermagem, consultório médico e sala de repouso e desintoxicação). A Unidade é composta de: recepção, 3 (três) consultórios, cozinha, refeitório, ambulatório de enfermagem, repouso e

desintoxicação, sala de convivência, sala de reuniões da equipe e atividades administrativas, coordenação, sala de educação física, sala de grupos, sala de oficinas, expurgo, 5 (cinco) banheiros, ampla área externa.

Fotografia 3 – Leitos para repouso e desintoxicação



Fonte: Arquivo do CAPSad

No ano de 2007 foram cadastrados 368 novos usuários no CAPSad. Aqueles que entram em Proposta Terapêutica na Unidade apresentam maior incidência de Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool, seguidos por Transtornos mentais decorrentes do uso de cocaína, múltiplas drogas, maconha, sedativos e solventes. A faixa etária de maior incidência é de 21 a 50 anos, normalmente considerada como faixa etária mais produtiva.

Desde a sua implantação o CAPSad já promoveu 9 (nove) Assembléias de organização da Unidade. A finalidade das Assembléias é reunir a equipe técnico-administrativa, juntamente com usuários, familiares, outras pessoas interessadas e comunidade em geral, através de uma programação prévia. A partir desta reunião de diversos atores envolvidos no processo de

tratamento do CAPSad, pretende-se, promover a discussão e avaliação do Projeto Técnico do CAPSad, avaliar as atividades internas e externas realizadas, identificação de novas propostas e outras reformulações.

Fotografia 4 – Assembléia de Organização da Unidade



Fonte: Arquivo do CAPSad

Indubitavelmente depois da Lei 10.216/01 a atuação do Ministério Público (MP) mostrou-se ampliada, uma vez que a Lei chama a atenção do MP para os direitos dos portadores de transtornos mentais. A Lei assinala que a internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Nesse sentido, o MP passou a ser o destinatário de comunicações das internações involuntárias ou atuando na ação em que a decisão do Poder Judiciário (PJ) for proferida como compulsória⁷⁹. Em Itajaí o MP é atuante enquanto instituição parceira dos serviços de saúde mental. Esta relação

⁷⁹ Entretanto, é importante lembrar que se as internações psiquiátricas na concepção da Lei 10.216/01 devem ser encaradas como exceção no tratamento, as internações involuntárias e compulsórias devem representar uma exceção ainda maior.

saúde mental e MP têm sido mais enfaticamente construída a partir de 2005. Ademais, é possível inferir que nestes últimos anos, o MP passou a acompanhar com mais atenção o sistema de saúde mental do município, o processo da desinternação, fiscalização das CT, e apoio jurisdicional para a implantação de leitos psiquiátricos no Hospital Geral municipal.

No ano de 2007 foram encaminhados para hospitais especializados e hospital geral o total de 22 (vinte e dois) usuários do CAPSad em razão de intercorrências clínicas ou psiquiátricas, e destes, 8 (oito) foram requeridas pelo CAPSad ao MP.

A Lei 10.216/01 também se aplica ao usuário de álcool e outras drogas. A presença dos familiares no MP foi sensivelmente tornando-se uma constante. Sendo assim tornou-se necessário construir com o MP, um fluxograma de assistência, a fim de atender as partes interessadas em fazer evoluir o processo de tratamento, seja em qualquer modalidade que a referida Lei determina. Muitos familiares, acreditando resolver facilmente o problema da dependência química, acabam recorrendo ao MP, na tentativa de conseguir facilmente uma internação compulsória do familiar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei nº 10.216, da III Conferência Nacional de Saúde Mental e conferências nacionais de saúde. Segundo Relatório de Gestão, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, desde a decisão política por uma rede CAPS em 2002 (ainda a partir do enfrentamento de resistências) até final de 2006 o número de serviços mais que dobrou (BRASIL, 2007). A partir de 2003, o Ministério da Saúde repassou incentivos financeiros fundo a fundo para todos os CAPS públicos do país, para a compra de equipamento e garantiu o repasse automático do recurso para todos os CAPS que seguidamente fosse cadastrado. A partir de 2002, portanto, a rede pública de saúde mental passou por significativas mudanças: expansão dos serviços, inclusão de novos profissionais, reconfiguração dos hospitais psiquiátricos em número e tamanho.

Como demonstrado no Relatório de Gestão, em razão da complexa tecnologia, o grande desafio do período foi a expansão de CAPS específicos, quais sejam: CAPSad, CAPSi e CAPS III, e o oferecimento da qualidade do atendimento. Para que seja dado seguimento ao processo de expansão de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, ainda existem esforços que precisam ser superados, a saber: implantação de residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental (para o oferecimento de suporte no atendimento aos transtornos mentais menores), centros de convivência e cultura, e a inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica e, estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental. Espera-se que o Pacto pela Saúde Mental que está em processo de elaboração, neste novo modelo de Gestão, venha garantir os recursos de custeio e incentivos nas três esferas de governo.

Em mensagem eletrônica circular da área técnica de saúde mental, datada de 28 de dezembro de 2007, foi destacado três fatos relevantes no ano de 2007: o discurso de posse do Ministro da Saúde que elegeu algumas prioridades incluindo uma política para as bebidas alcoólicas; a aprovação da saúde mental como prioridade do Pacto pela Vida, por meio da Comissão Intergestores Tripartite em 13 de dezembro de 2007; a derrota no Senado da

prorrogação da CPMF, sinalizando conseqüentemente um contexto de dificuldades políticas para o SUS no período 2008-2010.

No que tange à Política de Álcool e outras drogas em 22 de maio de 2007 foi assinado o Decreto Presidencial que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, e o estabelecimento da parceria da Saúde Mental com o Programa Nacional de DST/Aids e o Programa de Hepatites Virais, com vistas ao fortalecimento da estratégia de Redução de Danos para o SUS.

As dificuldades encontradas no atual modelo assistencial apontam para problemas destacados no Informativo da Saúde Mental⁸⁰: atendimento de urgência/emergência ainda empobrecido por falta de regulação, técnicos, leitos em hospitais gerais, expansão de CAPS III, e eficiência da atenção básica; atenção adequada e o atendimento em hospitais gerais para garantia da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; o avanço em direção à atenção básica indica a necessidade de capacitação, supervisão e monitoramento.

Em relação ao município de Itajaí, é possível inferir empiricamente que possui capacidade técnica e gerencial, bem como aporte de recursos advindos de sua capacidade de arrecadação fiscal satisfatórios ao desenvolvimento de ações mais eficientes, tanto na implementação de políticas públicas, quanto mais especificadamente, na implementação da política de saúde mental. Nesse sentido, a construção da referida política aponta para uma tendência a ficar mais robusta se variáveis microinstitucionais forem levadas a responder mais diretamente às demandas que se apresentam.

Torna-se pertinente ressaltar que o grau de autonomia da gestão local e a vontade política do atual governo, concorreram para a formação de um perfil de atuação na área de saúde mental, que se configurou como expressão de interesses e pelo tipo de relacionamento estabelecido entre os diferentes níveis de poder. Esta autonomia criou oportunidade para implementação das decisões respaldadas pelo interesse coletivo, ou seja, compatíveis com o interesse público e o bem estar da população. Entretanto, as decisões em saúde mental continuam acontecendo no pleito do dia a dia, em reuniões com o gestor municipal.

⁸⁰ SAÚDE MENTAL NO SUS – Informativo da Saúde Mental – MS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde Mental, Ano VI, nº 26 (agosto a dezembro) – 07/08/07 a 31/12/07 – Brasília - DF

Esse estudo reconheceu a importância de se avaliar o esforço para se fazer consolidar a política de saúde mental/política de álcool e outras drogas, tornando-se relevante na medida em que for ocorrendo: 1) maior valorização da capacidade administrativa municipal, 2) identificação dos benefícios e limites da gestão notadamente em relação à integração dos níveis de assistência, 3) identificação e sistematização dos fatores institucionais que sujeitam tanto positivamente quanto negativamente a consolidação da política e quiçá, posteriormente, 4) por meio de novos estudos, avaliação comparativa nos municípios catarinenses que possuam políticas públicas voltadas para a saúde mental da população.

Faz-se notório que houve progresso significativo e positivo na atual gestão municipal em face da política que se constrói, em comparação aos anos anteriores a 2005, quando os serviços existentes atuavam isoladamente e sem receber a devida atenção no nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Sem dúvida, houve uma sensível melhoria no padrão de oferta da assistência ao portador de sofrimento psíquico, o que deveria servir de estímulo para o fortalecimento da política frente aos gestores. Contudo, esta situação não representa necessariamente melhoria no padrão de equidade levando em consideração outros programas e políticas públicas da saúde, como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou ainda, o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

A estratégia de criação de um cargo no nível central da Secretaria Municipal de Saúde voltada para uma coordenação geral municipal da política de saúde mental contribuiu para fortalecer institucionalmente a construção da referida política, bem como para melhor articular o desenvolvimento das ações em consonância com a política estadual e nacional. Mas, a despeito das evidências e melhorias na gestão e na coordenação de ações determinantes de novas experiências e padrões de atuação, o cargo foi extinto por ocasião da reforma administrativa da Secretaria da Saúde que consagrou o novo modelo assistencial regionalizado, ao mesmo tempo em que ocorria o desligamento da Coordenadora, que por motivos pessoais, afastou-se temporariamente do serviço público.

Mesmo que o município reúna requisitos básicos à assunção da política, uma investigação mais afinada das relações estabelecidas entre diversos atores se faz necessária. De

qualquer forma, há muito caminho a se percorrer a fim de se regular as atividades e tornar os provedores mais eficientes de modo a reduzir os gastos com o sistema. Para isso, maiores incentivos do governo federal, mas principalmente do poder local para gerir a política de saúde mental contribuiriam para se consolidar processos mais racionais de produção e provisão de insumos e serviços.

A administração municipal tem como princípio político a participação nas decisões. Estas poderiam ser mais bem aproveitadas via controle social exercido pelo conselho de saúde local, a fim de aumentar o nível da eficácia e efetividade da política por ora pleiteada. Entretanto, o conselho ainda é incipiente na área de saúde mental. O exercício do controle social parece ainda esbarrar na tradição autoritária e na manutenção de práticas clientelistas nas suas estruturas. Além disso, os próprios usuários, trabalhadores e representantes da sociedade civil poderiam ser mais estimulados a produzir incentivos ao comportamento dos governos, a fim de garantir o caráter democrático no processo decisório, referente à construção da política de saúde mental.

O governo estadual por meio da sua coordenação de saúde mental fiscaliza o cumprimento das normas gerais para o funcionamento do sistema CAPS no Estado. Um dos meios utilizados para a fiscalização acontece através de visita técnica que ocorre anualmente; contudo, limitando-se a encaminhar o relatório da visita aos gestores municipais com os apontamentos necessários, relacionados aos avanços do serviço e necessidades básicas não supridas para o pleno exercício de sua função.

Mais especificamente em relação ao CAPSad, a Coordenação Estadual de Saúde Mental encaminhou o relatório de Supervisão aos gestores municipais, a saber, Secretária da Saúde, Gerente Regional de Saúde e Coordenadora do CAPSad, que aconteceu em 05 de dezembro de 2007. O Relatório apontou a área física adequada, o oferecimento de alimentação em dois turnos e distribuição de vale-transporte e medicamentos suficientes e destacou a cadastro atualizado dos usuários da Unidade. Entretanto, dentre as dificuldades apontadas no Relatório destacam-se: necessidade de recursos humanos da área técnica, disponibilidade de veículo para realização de visitas domiciliares e atendimento domiciliar insuficiente, necessidade de insumos para o bom desenvolvimento do processo de trabalho na Unidade. E sugeriu aos gestores a

cobertura dos profissionais necessários ao cumprimento das atividades nos dois turnos (destacando a efetivação de Terapeuta Ocupacional que facilitaria a permanência das pessoas na Unidade especialmente em modalidade intensiva, gerando inclusive, faturamento mais elevado). Além disso, o Supervisor recomendou que o município disponha dos leitos em psiquiatria no hospital geral, a fim de ampliar a rede de assistência em saúde mental, destacando a retaguarda hospitalar para processo de desintoxicação de substâncias. O Supervisor ressaltou aos gestores que os recursos das APAC poderiam ser utilizados para qualquer material ou atividade destinada ao funcionamento da Unidade, bem como a sua utilização em despesas com eventos e capacitações para a sua equipe técnica. Ao mesmo tempo, entretanto, o Supervisor se mantém paralisado diante do processo de transferência automática do recurso fundo a fundo (governo federal/governo local).

O poder local adquire destaque quando constitui novos atores sociais que revigoram o processo de decisão política na área do álcool e outras drogas (CT, PRD, discussão intersetorial da instalação dos leitos psiquiátricos no hospital geral, promoção das assembleias do CAPSad, constituição da AME). Estas relações estabelecidas colaboram para o rompimento do modelo tradicional de organização de serviços. O fortalecimento das mesmas, e outras mais, permitirão sobrepujar dilemas que atravancam a consolidação da política local (incluindo resistências, preconceitos e desconfiança mútua), pois se interpenetram pelo forte componente intersetorial das ações.

Visando consolidar diversas ações já iniciadas, esta autora recomenda a inclusão do cargo de Coordenação Municipal de Saúde Mental no organograma da Secretaria Municipal da Saúde e que o Colegiado de Saúde Mental seja legitimado na área da Saúde por seus gestores. Desta forma, possivelmente, ele estará mais bem habilitado a decidir, planejar e executar a bom termo as diversas ações da política. Há de se ressaltar a necessidade constante de elaboração e execução de novas propostas de reorientação da demanda ambulatorial do município, bem como organização do seu fluxo em diferentes níveis de assistência, e a própria programação de atividades matriciais, como também estabelecimento de protocolos e rotinas de relacionamento entre serviços. Para além desses registros, contribuiria necessariamente para trazer à baila a discussão da saúde mental no Plano Municipal de Saúde e conselhos locais, com mais afinco.

No nível intersetorial, recomenda-se intensificar as atividades comunitárias, característica essencial dos serviços substitutivos, com as CT, MP, PJ, Previdência Social, Delegacias, Diretorias de Escolas, Conselhos Municipais, instituições que fomentam projetos sociais e sócio-econômicos, instituições de ensino superior, dentre outras.

A capacidade gerencial do município e sua autonomia administrativa e financeira para programação, controle e avaliação, poderiam ser mais bem destacadas em futuros estudos por meio de indicadores como, por exemplo: padrão de oferta ambulatorial existente (cobertura ambulatorial, capacidade instalada, produção) e cobertura dos serviços ambulatoriais e hospitalares (evidentemente por nível de complexidade – básica, média e alta).

Logo, há de se reconhecer que este estudo não encerra a discussão sobre a construção da Política de Saúde Mental/Política de álcool e outras drogas em Itajaí. Percebê-la como processo que se constrói no cotidiano é atitude que redundará em ganhos relevantes, a despeito da constatação da fragilidade das políticas públicas de promoção do bem-estar social. Espera-se que o atual momento da Secretaria Municipal da Saúde, possa fomentar uma construção mais democrática e participativa, podendo com isso quiçá, demonstrar que os novos atores sociais estão sendo dotados de capacidades mais propositivas.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, Silvia. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas públicas no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1997.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de; CARNEIRO, Leandro Piquet. **Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil**. *Opinião Pública* [on-line], Campinas, v. 9, n. 1, 2003. Disponível na: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 16 de abril de 2006.

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. *Cad. Saúde Pública*. [on-line], Rio de Janeiro, 11 (3) p. 491-494, Jul/Set. 1995. Disponível na: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 19 de janeiro de 2006.

ARRETCHE, Marta T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. *Rev. Bras. Ciências Sociais*, [on-line] Junho 1999, vol. 14, nº 40 p. 111-141. Disponível na: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br>> Acesso em 16 de abril de 2006.

_____, Marta. **Relações federativas nas políticas sociais**. *Educ. Soc.* [on-line]. Set. 2002, vol. 23, nº 80, p. 25-48. Disponível na: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 16 de abril de 2006.

_____, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2003, vol. 08, nº 02 [citado 16 Abril 2006], p. 331-345. Disponível na: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 16 de abril de 2006.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.). **História e Saúde Pública: A política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENASP, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. [on-line]. Brasília, 1990. Disponível na: <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/abcsus.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos**. Brasília – DF, SENAD, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**, 2. ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, 60 pgs.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRESSER PEREIRA, Luis C. **Crise Econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina**. São Paulo: Ed. 34, 1996, 360 p.

CAPSi. **Relatório 2007 e Plano de Ação 2008**. Documento elaborado pela Coordenação do CAPSi, 2008.

CARLINI, Elisaldo A., GALDURÓZ, José C., NOTO, Ana R., NAPPO, Solange A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD. Presidência da República. Gabinete de Segurança Nacional, 2002.

COHN, Amélia. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, Silvia (Org.) **A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2001.

COSTA, Janaina Moura Machado da. **Indicadores de vulnerabilidade à recaída dos internos em recuperação em uma Comunidade Terapêutica**. Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Orientação da Professora Doutora Fátima Buchele. Curitiba, 2004

COSTA, Ricardo César Rocha da. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990**. *Rev. Sociol. Polit.* [on-line]. Junho 2002, nº 18, p. 49-71. Disponível na: <<http://scielo.br/>> Acesso em 15 de abril de 2006.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DRAIBE, Sônia. **O welfare state no Brasil: características e perspectivas.** *Ciências Sociais Hoje*, Anuário da ANPOCS, n. 12, São Paulo: Editora Vértice, 1989.

DRAIBE, Sônia. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social.** *Tempo social*, [on line] São Paulo, v. 15, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 21 Março 2008.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Atenção Básica. Divisão Políticas de Saúde Mental. **Relatório de Supervisão de CAPS.** Município: Itajaí. Modalidade CAPSad, 2007

FIGLIE, Neliana, BORDIN, Selma, LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo: ROCA, 2004.

GIDDENS, Anthony. **A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia.** Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. [on line] Disponível na: <http://www.sc.gov.br/> Acesso em 19 de janeiro de 2008. Não paginado.

ITAJAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. **Centro de Atenção psicossocial a crianças e adolescentes – CAPS – Relatório 2000/2001.**

JORGE, Marco Aurélio Soares, ALENCAR, Paulo Sérgio Silva de, BELMONTE, Pilar Rodriguez e REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). **Textos de Apoio em Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

JORGE, Miguel R. e FRANÇA, Josimar M. F. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001; 23(1):3-6

LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL: Reconstrução histórica da atenção ao portador de sofrimento psíquico e/ou usuário de álcool e outras drogas no município de Itajaí – SC. Pesquisa da Pós-Graduação e Graduação – PIPPG da Universidade do Vale do Itajaí. A pesquisa foi desenvolvida sob a coordenação do Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson, da mestranda Janaina Moura Machado da Costa e do acadêmico-bolsista Tomás Henrique de Azevedo G. Mello, 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana Dias de, MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** *Ciênc. Saúde coletiva*, 2001, vol.6, n. 2, p.269-291.

MARQUES, Eduardo César. **Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos.** In: *BIB*, Rio de Janeiro, n. 43, 1.º semestre de 1997, pp. 67-102.

MONNERAT, Giselle Lavinias, SENNA, Mônica de Castro Maia e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **A reorganização dos serviços de saúde no cenário local.** *Ciênc. Saúde coletiva*.

[on-line]. 2002, vol. 7, nº 3 , p. 509-521. Disponível na: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 16 de abril de 2006.

NOGUEIRA, Marco A. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004

O'BRIEN, Charles P.; McLELLAN, A. Thomas. **Mitos sobre o tratamento de dependência**. *J Bras Dep Quím*, v.4, n.1: p. 6-12, 2003.

OLIVEIRA, Márcio P. **Geografia, globalização e cidadania**. *Terra Livre* [on-line] São Paulo 2000, nº 15 p. 155-164. Disponível na: <<http://www.cibergeo.org>> Acesso em 27 de maio de 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. [on-line] Lisboa 2001. [citado 15 Outubro 2005] Disponível na: <http://www.inverso.org.br/blod/67.pdf> Acesso em 15 de outubro de 2005.

PAULICS, Veronika; BAVA, Silvio Caccia. **Em busca do conhecimento e da afirmação da cidadania**. *São Paulo em Perspectiva* [on line] São Paulo, v. 16, n. 3, julho 2002. Disponível na <<http://www.scielo.br>> Acesso em 27 de maio de 2005.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Mai/Ago. [on-line]. 2004, vol.11, n.2, p.241-258. Disponível na: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 23 de janeiro de 2008.

PORTAL DA SAÚDE [on line] Disponível na: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2008. Não paginado.

PORTO DE ITAJAÍ [on line] Disponível na: <<http://www.portoitajai.com.br>> Acesso em: 29 de janeiro de 2008. Não paginado.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ. [on line] Disponível na: <<http://www.itajai.sc.gov.br>> Acesso durante 2005; 2006; 2007. Não paginado.

QUAGLIA, Giovana. Exigências Mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. In BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional AntiDrogas, **Homogeneização de Conhecimentos para Conselheiros Municipais Antidrogas: compartilhando procedimentos e práticas comuns**. Brasília - DF, SENAD, 2002.

RABELO, Antonio Reinaldo, MATTOS, Anne Alice Quaresma, COUTINHO, Domingos Macedo, PEREIRA, Nelson Nunes. **Um Manual para o CAPS**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

RAMOS, Flávio. É possível esquecer o Welfare State e as políticas regulatórias? In: BOEIRA, Sergio L. (org.) **Democracia e políticas públicas: diversidade temática e outros assuntos contemporâneos**, Itajaí: UNIVALI, 2005

RIBEIRO, Marcelo; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Organização de Serviços para a Dependência Química. In: FIGLIE, Neliana B.; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

RODDEN, Jonathan. **Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas**. *Rev. Sociol. Polit.* [on-line]. Junho. 2005, nº 24. Disponível na: <<http://scielo.br>> Acesso em 17 de abril de 2006.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Ilha de Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SAÚDE MENTAL NO SUS. **Informativo da Saúde Mental**. [on line] MS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde Mental, Ano VI, nº 26 (agosto a dezembro) – 07/08/07 a 31/12/07 – Brasília – DF.

SEBRAE/SC. **Municípios em números**. [on line] Disponível na: <<http://www.sebraesc.gov.br>>. Acesso em: 10/11/2007. Não paginado.

SEVERINO, J. R. **Itajaí – 146 anos de história**. [on line] Fundação Genésio Miranda Lins, 2006. Disponível na: <<http://www.fgml.itajai.sc.gov.br>> . Acesso em 08/09/2006. Não paginado.

SOUZA, Celina. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. *São Paulo Perspec.* [on-line]. Abril/Junho 2004, vol. 18, nº 2 [citado 15 Abril 2006], p. 27-41. Disponível na: <<http://scielo.br>>. Acesso em 15 de abril de 2006.

SOUZA, Celina. **Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil Pós-1988**. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. Junho 2005, nº24, p. 105-121. Disponível na: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 12 de abril de 2006.

SOUZA, Marcelo, M C de. A transposição de teorias sobre a institucionalização do Welfare State para o caso dos países subdesenvolvidos. **Texto para discussão n. 695**. [on-line]. Rio de Janeiro, 1999. Disponível na: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em 27 de maio de 2005.

SOUZA, Marcelo, M C de. A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. **Texto para discussão n. 852**. [on-line]. Brasília, 2001. Disponível na: <<http://www.mre.gov.br>>. Acesso em 27 de maio de 2005.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (org). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, HEIMANN, Luiza S. LIMA, Luciana Dias de, OLIVEIRA, Roberta Gondim de, RODRIGUES, Sérgio da Hora. **Mudanças significativas no processo de**

descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [on-line]. 2002, nº 18 (suplemento), p. 139-151. Disponível na: <http://www.scielo.br> Acesso em 16 de abril de 2006.

VIANA, Ana Luiza D'Avila, LIMA, Luciana Dias de e OLIVEIRA, Roberta Gondim de. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro.** *Ciênc. Saúde coletiva*. [on-line]. 2002, vol. 7, nº 3, p. 493-507. Disponível na: <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 de abril de 2006.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)