

Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro

Mental Health Management in a Small Municipality in the State of Rio de Janeiro

Tânia Cristine Rodrigues da Silva*
Mauro Macedo Campos**

Este artigo discute exploratoriamente a gestão da saúde mental em município de pequeno porte no Estado do RJ, a partir da Lei n.º 10.216/2001. Nessa direção, apresenta, como fio condutor, a Reforma Psiquiátrica brasileira, conceitos de Humanização e Gestão pública. Trata-se de estudo de caso, com enfoque qualitativo e embasamento bibliográfico articulado a entrevistas abertas ao gestor de saúde, ao diretor do Centro de Atenção Psicossocial e a integrante dessa equipe técnica. Os resultados evidenciam a necessidade de maior interação do gestor de saúde com a área da saúde mental, de modo que a Humanização se consolide na esfera municipal.

This article discusses mental health management in a small municipality in the State of Rio de Janeiro based on Law No. 10,216 / 2001. The study is guided by the Brazilian Psychiatric Reform, and the concepts of Humanization and Public Management. It is a study case with qualitative approach and bibliographic review supported by open-ended interviews with the health manager, the director of the Psychosocial Care Center, and one of the authors. Results show the need for greater interaction between the health manager and the area of mental health, so that Humanization is consolidated in this public sphere.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Humanização. Gestão Municipal de Saúde Mental.

Keywords: Psychiatric Reform. Humanization. Municipality Management Mental Health.

Introdução

O desenvolvimento deste artigo se deu a partir de uma proposta de entender a gestão pública da saúde mental em pequenos municípios. As discussões que seguem são resultados das entrevistas realizadas em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro (RJ), com profissionais e gestores da saúde mental do município, que compõem a microrregião de Itaperuna/RJ, na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro.

* Mestre em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Assistente social no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, núcleo de Itaperuna, Itaperuna/RJ - Brasil. E-mail: taniacrisrodrigues@yahoo.com.br.

** Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor Associado do Laboratório de Gestão e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (LGPP/UENF). E-mail: maurocampos@yahoo.com.br.

Nesse sentido, pretende-se analisar os mecanismos adotados na implementação da política de saúde mental no município escolhido, envolvendo, sobretudo, a gestão pública municipal de saúde, tendo em vista os valores apontados pela Reforma Psiquiátrica, o conceito de Humanização do SUS e os relatos apresentados pelos entrevistados.

O objetivo geral é tentar entender como ocorre a garantia de tratamento, compreendido como direito social e humano, às pessoas acometidas por transtorno mental, para avançar com as medidas alternativas, em uma região marcada pela presença de uma clínica psiquiátrica. Ao fim e ao cabo, isso representa discutir a gestão da política de saúde mental no município.

Para desenvolver a temática, o texto foi articulado a partir de cinco abordagens:

- Reforma Psiquiátrica brasileira: para além do CAPS e da RAPS.
- Gestão Municipal de Saúde Mental: antes de tudo, uma questão de Humanização.
- A Gestão em Saúde Mental em um Município de Pequeno Porte, no Estado do Rio de Janeiro.
- Metodologia.
- A Gestão em Saúde Mental pela ótica dos entrevistados.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, implementada com a Lei n.º 10.216/2001, parte do conceito de desinstitucionalização italiano de Franco Basaglia que impulsionou todo o movimento em direção à construção de um novo paradigma de tratamento em saúde mental. Isso envolve certo consenso entre os profissionais da área, para o fechamento paulatino das clínicas psiquiátricas, seguido da consequente instalação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e negociação de leitos psiquiátricos hospitalares para o atendimento às crises decorrentes de transtorno psiquiátrico.

O movimento de implantação dessa proposta levou à transformação do modelo hospitalocêntrico para um modelo alternativo, a ser desenvolvido nos municípios a partir do CAPS. Esse novo formato aparece como uma proposta de atuação acolhedora e humanizada, a partir dos profissionais diretamente envolvidos e com a possibilidade de promover o retorno à vida em sociedade às pessoas com internações de longa duração em clínicas psiquiátricas. Para além desse compromisso imediato, no CAPS, privilegia-se também o atendimento às novas demandas de transtorno mental em crianças, jovens, adultos e usuários de *crack*, álcool e outras drogas, em espaço aberto.

Contudo, a implantação e implementação de tais iniciativas não se fazem em um vazio institucional. São necessários, entre outras coisas, recursos e pessoas. Para tanto, foram definidos incrementos financeiros promovidos pelo governo federal para a área da saúde mental, diante dos impasses observados quanto à manutenção dessa política nos municípios.

Este estudo caminha nessa direção e focaliza a situação específica da saúde mental

em um município classificado como município de pequeno porte II¹, o qual, de acordo com sua população, implantou um CAPS I para iniciar a ordenação da sua rede de saúde mental. Sobre esse CAPS recai a incumbência de dar assistência a toda a demanda de transtorno mental, médio, grave e severo, inclusive, de *crack*, álcool e outras drogas, em uma localidade que convive com a existência e o funcionamento de uma clínica psiquiátrica, cujo fechamento foi determinado em portaria desde o ano de 2007², mas que persiste em funcionamento até a escrituração e submissão deste artigo.

Discutir sobre a gestão da política de saúde mental nesse município constitui a relevância científica deste artigo e ganha um contorno mais específico do que normalmente seria discutir a gestão dessa política em outras localidades, porque se trata de município que conta com a manutenção de uma clínica psiquiátrica particular, alimentada basicamente por recursos públicos, contrariando as orientações iniciais da Reforma Psiquiátrica. A clínica citada compreende um “centro de reclusão” cuja área de inserção pode abarcar toda a saúde mental da microrregião Itaperuna, no Noroeste do RJ, e da região Sul do Estado do Espírito Santo³.

Sendo assim, este artigo ressalta a necessidade de persistir com as discussões da política de saúde mental, especialmente em municípios de pequeno porte. Pretende ainda, uma divulgação maior sobre o papel do CAPS na vida de seus usuários e familiares, além de trazer uma reflexão quanto à proposta de Humanização do SUS e o papel do gestor de saúde sobre esse contexto.

Além disso, representa mais uma oportunidade de discutir os valores da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que tange aos direitos sociais e humanos, evidenciados nos relatos apresentados pelos entrevistados, o que constitui sua relevância social.

Por fim, o artigo apresenta a possibilidade de ressaltar a nova proposta governamental de reorganização da rede de saúde mental por meio do estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Reforma Psiquiátrica Brasileira: para além do CAPS e da RAPS

No bojo do movimento da Reforma Sanitária⁴ (1980), que contou com a

¹ Para o IBGE, porte de município é uma classificação imposta, baseando-se no número de habitantes, com o objetivo de subsidiá-los em seus processos de gestão, planejamento e avaliação de políticas públicas, dimensionando a população-alvo de suas ações e serviços e orientando a alocação de recursos públicos. Os municípios são classificados da seguinte forma:

- Municípios de Pequeno Porte I – população até 20.000 habitantes.
- Municípios de Pequeno Porte II – população de 20.001 a 50.000 habitantes.
- Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes.
- Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 habitantes.
- Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes.

² Ver Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/RJ, n.º 501/2007 e Portaria da GM/MS n.º 251/2002.

³ Mais especificamente os municípios Apiaçá, Bom Jesus do Norte e São José do Calçado, todos no estado do Espírito Santo, que fazem divisa com o município em foco.

⁴ A Reforma Sanitária brasileira compreende o movimento de trabalhadores da saúde, representantes de instituições públicas, universitários, acadêmicos da área de saúde, entre outros, originário na década de 1970 e 1980, com a intenção de reformular o modelo de saúde privatista e centrado nas internações hospitalares.

participação de trabalhadores de hospitais psiquiátricos, de familiares e usuários desses serviços, movimentos sociais e sindicatos, ganha espaço o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira com a proposta de acolhimento humanizado em meio comunitário.

A Reforma Psiquiátrica decorre de determinações históricas e sociais com centralidade na denúncia de violação de direitos e maus-tratos na atenção em saúde mental nos manicômios, e na denúncia de mercantilização da loucura (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005; DELGADO, 1992; DESVIAT, 1999).

Nesse contexto, surge a proposta de mudança do modelo hospitalocêntrico e asilar, para o atendimento em saúde mental a partir da construção de um novo modelo de base territorial e comunitária, ressaltando o fato de as pessoas em sofrimento psíquico serem também sujeitos de direitos (Idem).

Em meio ao calor das discussões de um novo modelo de assistência à saúde mental, realiza-se ao final de 2001, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo. Tais iniciativas conferem ao CAPS um valor estratégico na mudança desse modelo ao abarcar a construção de uma Política de Saúde Mental para os usuários de álcool e outras drogas, além de estabelecer o controle social como um mecanismo de auxílio no avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A pessoa com transtorno mental, de acordo com a nova proposta, deve ser vista como alguém que traz em si potencialidades, criatividade e possibilidades de estar inserida na sociedade e na sua família (BRASIL, 2004; 2005).

A partir desse olhar, a Lei n.º 10.216/2001, também conhecida como “Lei Paulo Delgado” ou “Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira”, ressalta “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

O artigo 1.º dessa lei destaca o que ficou conhecido como “Lei Áurea” dos pacientes psiquiátricos:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

O CAPS, entendido como um novo espaço de criação, produção e convivência para as questões de transtorno mental, tem o objetivo maior de resgatar a cidadania, promover a autoestima e ressocializar o seu usuário, atendendo aos requisitos da Reforma Psiquiátrica.

A legislação estabelece que tal assistência ocorra de modo diferenciado de acordo com o número de habitantes de cada município, como se pode observar no Quadro 1,

que apresenta, inclusive, os recursos para custeio mensal recebidos do Governo Federal. Os diferentes tipos estabelecidos em lei foram definidos buscando atender a toda modalidade de transtorno mental, grave ou severo, decorrente ou não de problemas relacionados ao uso abusivo de diversas drogas ou Substâncias Psicoativas (SPA).

Tipos de CAPS e custeio (R\$)	Habitantes por Região ou Município	Funcionamento do CAPS	Amplitude do atendimento
CAPS I R\$ 21.804,00	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	De 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira.	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias.
CAPS II R\$ 32.000,00	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	De 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira, podendo se estender até 21 h.	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III R\$ 50.000,00	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, ofertando de modo contínuo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de SM, inclusive CAPS Ad.
CAPSi R\$ 32.000,00	Acima de 200.000 habitantes	De 8 às 18 h, de segunda à sexta-feira, podendo se estender até 21 h.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
CAPSad R\$ 32.000,00	Acima de 70.000 habitantes	De 8 às 18 h, de segunda à sexta-feira, podendo se estender até 21 h.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
CAPSad III R\$ 60.000,00	Acima de 200.000 habitantes	Funcionam 24 h, inclusive feriados e fins de semana.	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento.

Quadro 1: Tipos de CAPS, custeio mensal e suas especificidades

Fonte: Portaria MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, alterada pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Importante ressaltar que se utiliza a expressão Saúde Mental/AD para se referir a tratamento efetuado em CAPSad ou em ambulatório de Saúde Mental/AD, ambos relativos a tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas. A diferença é que município com mais de 70.000 habitantes possui autorização legal para criar seu próprio CAPSad. Os municípios com até 20.000 habitantes não possuem essa autorização e se organizam em torno do ambulatório de Saúde Mental/AD. Os municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes podem criar o CAPS I ou II, conforme seu quantitativo populacional, mas têm o compromisso de abarcar as questões de álcool e outras drogas. Todos dependem de projeto para sua plantação no município.

Para a superação do modelo asilar, o modelo assistencial definido como política oficial do Ministério da Saúde, em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, fundamenta-se na noção de “rede de atenção”, tendo como principal articulador os CAPS (BRASIL, 2004). Tais redes envolvem uma noção de território, que abrange as relações humanas e integra a atenção em saúde mental. Fazem parte dessa rede complexa de saúde mental: hospital geral, residências terapêuticas, hospital-

dia, escolas, famílias, o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), cooperativas de trabalho, Unidades de Prontos Atendimentos (UPA), Pronto Socorro, aparelhos tecnológicos municipais de Assistência Social, etc.

Em termos empíricos, a pessoa ao chegar ao CAPS é acolhida e orientada, conforme o seu sofrimento. O profissional que a acolhe passa a ser uma referência para esse indivíduo, sendo reconhecido como Terapeuta de Referência (TR), considerando-se o vínculo que o usuário normalmente estabelece com esse profissional. Esse vínculo, muitas vezes, garante a adesão do usuário ao tratamento, assim como o abandono, nos casos em que, posteriormente, o Terapeuta de Referência é transferido ou se desvincula da instituição (BRASIL, 2004).

Os usuários do CAPS, de acordo com os transtornos apresentados, são classificados como “Intensivo”, “Semi-Intensivo” ou “Não-Intensivo”. Depois dessa triagem, o usuário passa a ter acesso a: atendimento individual ou em grupo, atendimento à família, atividades e reuniões de organização do serviço e projetos diversos, ou seja, a ações que auxiliam a estabilização ou melhoria de seu quadro psicossocial, de modo que se possibilite (ou amplie) maior convivência familiar e social (BRASIL, 2004).

O CAPS encontra-se, portanto, no centro de uma rede social e de serviços de saúde. Busca acolher o indivíduo em sofrimento psíquico de modo diferente do modelo anterior de reclusão hospitalar ou internação em clínica psiquiátrica, onde os usuários eram encarcerados e submetidos a procedimentos como camisa de força e choques elétricos, além do uso excessivo de medicamentos e desconsideração da fala e do sentimento do ser humano em tratamento. Em termos operacionais desse novo modelo, vale ressaltar as dificuldades enfrentadas pelos municípios sem acesso ao CAPS, seja pelo quantitativo populacional inferior a 20.000 habitantes ou pela ausência de pactuação política na rede local que possa viabilizar esse serviço em parceria com outro município, o que demandou a ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF trabalha na lógica do apoio à rede de saúde local, o que compreende, em síntese, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado em determinado território. A intenção é que os profissionais do NASF compartilhem o seu saber específico com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), fazendo com que as equipes ampliem seus conhecimentos, aumentando a resolutividade da própria atenção básica. Esse núcleo pode, assim, fazer atendimentos compartilhados (NASF/ESF), proceder à elaboração conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc. (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, sob a concepção de política intersetorial para o enfrentamento das questões de álcool e outras drogas, a portaria GM n.º 154/2008 recomendou a

inclusão de profissionais de saúde mental (psiquiatra e psicólogo) nas equipes do NASF, iniciando-se a promoção da atenção em saúde mental por meio da rede de atenção básica de saúde. Existem três tipos de NASF, os quais foram definidos em função do número de ESF existentes nos municípios, como pode ser observado no Quadro 2.

Tipos De NASF e Custeio/mês (R\$)⁵	Quantidade de ESF por Município	Características do NASF: carga horária dos profissionais
NASF I R\$20.000,00	De 5 a 9 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);	Mínimo 200 h semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
NASF II R\$ 12.000.00	De 3 a 4 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)	Mínimo 120 h semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
NASF III R\$ 8.000.00	De 1 a 2 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).	Mínimo 80 h semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Quadro 2: Tipos de NASF, custeio mensal e características

Fonte: Portaria GM 154/2008.

Acrescente-se ao quadro que todos os NASF dão suporte ao atendimento de transtorno mental detectado no território, bem como aos problemas decorrentes do uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas (saúde mental/AD). Porém, para a criação do NASF III, o município deve ter até 20.000 habitantes e apresentar proposta específica para o enfrentamento de tais problemas, o que representa um avanço especial no tratamento às questões de *crack*, álcool e outras drogas (AD) em municípios de Pequeno Porte I, possibilitando uma melhor atenção em Saúde Mental/AD, onde não existe CAPS.

Essa importância foi registrada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília/DF, em 2010, quando se enfatizou a necessidade de ampliação da atuação dos profissionais para além da Saúde Mental e da Saúde. Nesse sentido, foram adotadas ações intersetorializadas entre as áreas da Assistência Social, Educação e Segurança Pública do município, além da participação de Conselhos representativos das diversas políticas municipais e da sociedade civil organizada, na busca por soluções, especialmente em relação ao usuário abusivo de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada de modo intersetorial, diferentemente das conferências anteriores; nela se pôde avaliar um período de mais de oito anos (desde a III Conferência em 2001) de construção e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, tendo como fundamento os avanços e desafios para a próxima década.

Adicionalmente, observa-se um aumento do uso do *crack*, impulsionando a reorganização da estrutura de saúde mental no âmbito local. Ao se propor a reestruturação do Sistema de Residências Terapêuticas, com a instituição de Unidades

⁵ Os valores em moeda corrente, Reais (R\$), foram considerados a partir do texto da lei. Não foram corrigidos monetariamente.

de Acolhimentos (UA) e Serviços de Atenção em Regime Residencial, tem-se a possibilidade de incrementar a rede com os recursos federais destinados à Saúde Mental/AD, bem como as parcerias com as instituições de saúde existentes na localidade. Ou seja, tem-se a oportunidade de criar ou reorganizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme relacionada no Quadro 3.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)		
I - Atenção Básica em saúde, formada pela atenção oferecida nas:	a) Unidade Básica de Saúde;	
	b) Equipes de Atenção Básica para populações específicas;	1. Equipes de Consultório na Rua 2. Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	c) Centros de Convivência	
II - Atenção psicossocial especializada, constituída pelos CAPS, nas suas diferentes modalidades;		
III - Atenção de urgência e emergência, integrada pelos pontos de atenção:	a) SAMU 192;	
	b) Sala de Estabilização;	
	c) UPA 24 horas;	
	d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;	
	e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.	
IV – Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos pontos de atenção:	a) Unidade de Recolhimento e	
	b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.	
V - Atenção hospitalar, formada pelos pontos de atenção:	a) Enfermaria especializada em Hospital Geral e	
	b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.	
VI - Estratégia de desinstitucionalização, constituída pelo ponto de atenção:	a) Serviços Residenciais Terapêuticos.	
VII – Reabilitação Psicossocial.		

Quadro 3: Constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)

Fonte: portaria n.º 3.088/GM/MS/2011.

As RAPS correspondem à organização de uma rede ampliada e intersetorializada de saúde mental, que, no cotidiano do município, é articulada e defendida pelo gestor de saúde municipal. Mas esses procedimentos permanecem dependentes de interação do gestor de saúde e profissionais da área, inclusive da própria Saúde Mental, com as demais áreas municipais, para o avanço na assistência às questões da Saúde Mental/AD, além de envolver questões de capacitação técnica para elaboração de projetos, conforme se pôde observar nas entrevistas.

O complexo quadro municipal fica ainda mais difícil diante do avanço das propostas de ações focalizadas e seletivas em políticas sociais, a partir da década de 1990. O fechamento das clínicas psiquiátricas na década seguinte, sem a garantia da reserva de leitos psiquiátricos em hospital geral e a devida organização e fortalecimento das redes de atenção locais, ao que parece, representa um retrocesso no processo de Reforma Psiquiátrica, em que pese à questão dos Direitos Humanos. Em outras palavras, como um efeito reflexo, pode ocorrer a desassistência de toda

uma população usuária com transtorno mental, que se não for para o CAPS poderá se instalar nas ruas da cidade, comprometendo os direitos de tratamento às pessoas com transtorno mental. Caso persista o problema da reserva de leitos psiquiátricos para assistência durante as crises, os desafios políticos alcançados com a Reforma Psiquiátrica brasileira podem regredir (VASCONCELOS, 2010).

Além disso, nos últimos anos, há sinais de excessiva institucionalização no próprio CAPS e burocratização dos novos serviços da rede de saúde mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores que desconhecem a história e a experiência política e profissional que marcou o período de experimentação e mobilização em um passado recente. Há sinais também de que “os novos mecanismos assistenciais em saúde mental estejam se transformando em desaguiador de outras mazelas sociais que acabam gerando a psiquiatrização de problemas sociais mais amplos” (VASCONCELOS, 2010, p. 26).

Muito embora se esteja observando o esforço do governo federal na qualificação dessa rede com a possibilidade técnica e financeira para a organização das RAPS, o quadro pouco se modifica no cotidiano dos municípios, apontando a necessidade de se observar o desenvolvimento da gestão da saúde mental no âmbito municipal.

Gestão Municipal de Saúde Mental: antes de tudo, uma questão de humanização

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), citado por Scliar (2007, p. 36-37), de que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, traça os rumos para que se possa compreender o trabalho em saúde mental. Tal abordagem é o fio condutor deste artigo, que avança segundo o aparato legal de saúde que vem sendo instituído no Brasil desde a Constituição Federal de 1988.

A CF de 1988 representa o marco inicial do processo de descentralização de poder e distribuição de competência compartilhada nas três esferas de governo da Federação. Esse processo é o que vem sendo desenvolvido em gestão de saúde no Brasil. Em termos práticos, isso representa, no município, a sobrecarga para implantação, desenvolvimento, acompanhamento, avaliação e controle da aplicação de recursos de todas as políticas e programas, inclusive a política de saúde.

Essa proposta abarca a concepção de descentralização que, segundo Jacobi (1983), vislumbra mais eficiência na administração, próxima aos cidadãos e grupos sociais da localidade, trabalhando com a ideia de repasse de recursos e competências aos estados e municípios para que possam administrar com mais qualidade e equidade as necessidades de seus municípios e grupos sociais. Nessa mesma linha, Souza (2001) avança ao considerar a descentralização como um processo de movimento contínuo

decorrente das relações de poder existentes entre as esferas federal, estadual e municipal.

No que se refere à saúde, a descentralização é interpretada, com base na definição encontrada em “O SUS de A a Z” (2009), como sendo um “processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 2009, p.116).

Localmente, significa implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, na figura de seu gestor que é o responsável pela saúde e, pela SM, em última instância.

Contudo, o processo de implantação de boas práticas de gestão nos municípios, leva em conta, primeiramente, uma informação básica, que é o porte dos mesmos, como já foi registrado. Isso pressupõe facilitar a organização da saúde no território e contribuir para a composição da rede de saúde local de modo descentralizado, hierarquizado, territorializado e pactuado, conforme orientam a CF de 1988, as NOBs-SUS, de 1996 e 2002, e o Pacto de Gestão do SUS.

Os municípios têm, assim, o desafio de gerir, entre outras políticas públicas, a saúde pública local, em que se considera o município como sendo

(...) o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto deve passar pela negociação com o gestor estadual (BRASIL, 2006, p. 5).

Como a saúde mental é um componente da saúde municipal e, conseqüentemente, recebe seus recursos em conjunto com o total destinado à saúde, isso possibilita a utilização ou não desses recursos em saúde mental. É nesse contexto que se destaca a importância do gestor e da gestão para a administração da saúde mental no município.

Em que pese a importância do processo de gestão na consecução das políticas públicas, chama-se a atenção, ainda que de forma superficial, sobre o caminho percorrido pela administração pública brasileira. Ao longo do tempo, foram desenvolvidas diferentes abordagens de administração tais como, patrimonialista, burocrática e gerencialista.

No primeiro modelo denominado patrimonialista, ocorre a utilização recorrente na administração política de aspectos puramente pessoais, sem distinção entre patrimônio público e privado, entre ações públicas e privadas, com o predomínio do clientelismo e do subjetivismo.

Em seguida, foi desenvolvida a administração pública burocrática (1950), que se modifica e aprofunda durante o período da ditadura militar, com um caráter

centralizador e concentrador de poder e de recursos, caracterizando os governos militares. Esse modelo foi criticado por teóricos, políticos e entidades organizadas da sociedade civil, devido ao seu caráter autoritário no modo de elaborar planejamento e implementar políticas públicas, ressaltando a necessidade de maior previsibilidade e precisão no tratamento das questões organizacionais. Apresenta-se como reação ao subjetivismo do período anterior, impondo forte racionalidade técnica e clara distinção entre o público e o privado, representando um avanço em relação ao modelo patrimonialista (DAGNINO, 2009).

O caráter centralizador e concentrador de poder e de recursos dos governos militares impulsionou o processo de descentralização, em destaque no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, quando se observa uma maior readequação administrativa do Estado, a fim de se estabelecer com mais eficiência o processo da denominada gestão pública gerencial, nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Administração e Reforma de Estado (MARE), então dirigido pelo Ministro Bresser Pereira (1995), no Governo Fernando Henrique Cardoso. Essa foi a base da reforma gerencial do Estado brasileiro, ao se implementar, nas diversas instâncias e áreas do governo, os procedimentos embasados em (BRESSER-PEREIRA, 1996; ARAGÃO, 1997; DAGNINO, 2009):

- Orientação para clientes e resultados.
- Flexibilidade.
- Descentralização.
- Orientação para critérios de eficiência com adoção de técnicas de administração de empresas.
- Agências regulatórias independentes.
- Contrato de gestão.

A partir dessa reforma gerencial, iniciada em 1995, ganha evidência a terminologia de “gestor público”, que para Dagnino (2009) é o:

[...] profissional cuja especificidade consiste fundamentalmente na sua capacidade de traduzir, interpretar ou ‘decodificar’ para uma ‘lógica’ e ‘racionalidade’ empresariais o conteúdo e a forma de implementação das políticas públicas (...) na medida em que se referem a atividades desempenhadas pelo aparelho de Estado, na interface com o âmbito privado (DAGNINO, 2009, p. 51).

É sob esse enfoque que se observa a especificidade do gestor municipal de saúde, como profissional que decodifica a política social instituída em lei, como resultado de um processo coletivo e contextualizado, e possibilita a sua concretização no cotidiano do município.

Nesse período, ganha ênfase a necessidade de se transitar de um grande

estado social e econômico, instituído após a CF de 1988, para um mais reduzido e eficiente, como o demandado pelo novo contexto internacional (BRESSER-PEREIRA, 1996). Esse é o grande desafio que persiste e afeta a produção de saúde e de saúde mental, tanto em relação aos usuários dos serviços, quanto em relação aos trabalhadores das áreas. É nesse vácuo que se fala em eficiência e compromisso com valores humanos, em humanização como um processo coletivo de ações que minimizem ou avancem na implantação das mudanças no cotidiano, na qualificação da rede, do trabalho, na promoção de saúde mental, conforme previsto no programa HumanizaSUS do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, orienta para que os espaços de saúde procurem colocar em prática os princípios do SUS em seus cotidianos, produzindo mudanças na gestão e no modo de cuidar a saúde da população que dele necessita. Através do HumanizaSUS, a PNH busca a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2004).

Sob tais considerações, o processo de gestão de saúde mental, acompanhado pelo gestor municipal de saúde da rede local, precisa interferir na qualidade dos trabalhos e, como consequência, na produção de saúde mental, seja na organização da instituição, seja em relação ao usuário ou ao trabalhador. E isso decorre do grau de envolvimento, conhecimento e aceitação do gestor de saúde municipal sobre as demandas e propostas históricas da Reforma Psiquiátrica.

Quanto maior o conhecimento, a aceitação, participação e interação do gestor com as questões da Reforma Psiquiátrica, maior o envolvimento e a possibilidade de se avançar na implementação da política de saúde mental no município, bem como de se obter melhor assistência aos casos de transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, de ampliar a satisfação dos trabalhadores da área e de implantação da RAPS.

Nesse sentido, avançar com a política de saúde mental na localidade também pode estar relacionado à maior ou menor qualificação das pessoas envolvidas diretamente com a gestão da saúde mental em todos os níveis: além do gestor de saúde, o coordenador de saúde mental e o diretor do CAPS. Esse é um fator que pode estar contribuindo para a precariedade do processo de humanização de todo o sistema de saúde, em detrimento do preconizado em legislações como NOB-RH/SUS/2002, Humaniza SUS/2003 e Pacto pela Saúde/2006.

Todas essas legislações enfatizam o aspecto da qualificação e da humanização, mas não refletem de modo relevante em humanização na prática: os serviços são ofertados com precariedade; falta medicamento, equipamento, alimento, profissionais e até atenção humanizada.

Tudo isso ainda pode estar relacionado ao fato de que esses cargos são políticos; nem sempre são ocupados por pessoas que detém conhecimento em saúde mental. Para complicar, esse quadro de relativa humanização pode ser reflexo do antigo estigma que

sempre recaiu sobre as pessoas com transtorno mental, representando a persistência de uma questão que é, sobretudo, cultural.

A proposta de acolhimento humanizado, apontada pela PNH e ressaltada para o trabalho no CAPS, é uma contraposição ao modelo anterior de recolhimento adotado pelas clínicas psiquiátricas, em que o indivíduo não era considerado sujeito de direitos e recebia todo tipo de tratamento desumano internado em manicômios, asilos ou clínicas de repouso, sujeito a isolamento social, camisa de força, choques elétricos, medicalização excessiva, entre outros, conforme registro efetuado anteriormente.

Tal proposta reflete um tratamento a partir de uma escuta atenta, valorizadora da fala do sujeito, muito conhecida em saúde mental como acolhimento humanizado, embasado em uma relação de afetividade, envolvendo a pessoa na definição do seu tratamento e com participação na vida da família, dos amigos e da coletividade. Na extremidade do acolhimento humanizado, além do usuário, encontra-se o trabalhador da saúde mental, a instituição que o recebe, e o gestor de saúde e de saúde mental (PNH, 2003).

O acolhimento humanizado é entendido como proposta central no processo de humanização das ações e valorização do trabalho em saúde mental. Ele possibilita a criação de vínculo afetivo entre usuário e profissional. Esse acolhimento é capaz de produzir uma assistência mais próxima das reais necessidades de quem procura o CAPS, normalmente proveniente de uma realidade sofrida, carente e estigmatizada; o que representa qualidade e, sobretudo, respeito no atendimento ou assistência em saúde mental.

Esses conceitos encontram respaldo também no pensamento de Deslandes (2004) sobre humanização:

Estratégia de interferência no processo de produção de saúde, através do investimento em um novo tipo de interação entre sujeitos, qualificando vínculos interprofissionais e destes com os usuários do sistema e sustentando a construção de novos dispositivos institucionais nessa lógica (DESLANDES, 2004, p.11).

O acolhimento humanizado no local de trabalho ganha sentido no momento em que passa a ser compreendido como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação entre as pessoas. Nesse sentido, as entrevistas realizadas evidenciaram contextos nos quais os trabalhadores da saúde mental se sentem desvalorizados, estigmatizados, sobrecarregados e questionando sobre essa produção de saúde mental, como veremos mais adiante.

As lacunas no acesso e no modo como o usuário e o trabalhador são acolhidos nos serviços de saúde constituem o grande desafio a ser enfrentado por trabalhadores, gestores e usuários da saúde na construção e efetivação do SUS, como política pública a fim de concretizar os princípios aprovados para a saúde, assegurados nos textos constitucionais como o modo de operacionalizar o trabalho da atenção e gestão em saúde e saúde mental cotidianamente.

Portanto, humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para ofertar um atendimento com mais qualidade na rede pública de saúde e saúde mental significa atuar transversalmente em todas as áreas da saúde, sendo alvo da atenção dos gestores de saúde municipal. Tais questões buscam uma melhoria nos ambientes de cuidado e nas condições de trabalho dos profissionais, além de ser a principal meta da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (PNH) e do HumanizaSUS.

No campo das políticas públicas de saúde, humanização envolve a transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde; indica a necessidade de construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si, realçando a relevância do gestor em todos os processos internos do trabalho em saúde.

Para os usuários do CAPS, o acolhimento humanizado é o que esta política apresenta de melhor, junto com a medicação. Isso é facilmente constatado no cotidiano desse serviço. Porém, esse conceito envolve também os trabalhadores da área em suas interações rotineiras. Nesse sentido, encontra-se relacionado diretamente a questões de gestão, pois são articuladas a essas práticas efetivamente adotadas no cotidiano das instituições de saúde.

Gestão, de modo ampliado, conforme consta no manual do SUS de A a Z (2005), “é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social” (BRASIL, 2005, p. 54). Na esfera da saúde, “inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e a avaliação de planos, programas e projetos” (Idem).

Para melhor compreensão, segundo Nogueira (1998), gestão pública é:

[...] mediação entre a intencionalidade declarada pelo desenho político e seus produtos, resultados e impactos, através da condução do ciclo de ações, mobilizando e combinando os recursos requeridos pelo processo de mudança. Sua função central é identificar e resolver situações que perturbem a marcha dos projetos com a maior eficiência possível (NOGUEIRA, 1998, p. 13).

Nesse sentido, junto à gestão pública municipal de saúde recai o compromisso de articular à saúde a saúde mental, além de envolver a comunidade e demais secretarias nesse processo e apresentar soluções para as questões de saúde mental. No cotidiano, existe uma dicotomia entre saúde e saúde mental que é agravada pelo estigma que os próprios profissionais da saúde apresentam em relação aos usuários da saúde mental.

Trata-se de entraves que aparecem no dia a dia do município na área da saúde mental de modo muito explícito e que se pode constatar a partir das análises dos discursos dos entrevistados: o gestor de saúde municipal, o diretor do CAPS e um integrante da equipe técnica do CAPS do município.

A Gestão em Saúde Mental em um Município de Pequeno Porte, no Estado do Rio de Janeiro

O município analisado neste artigo é considerado de “Pequeno Porte II” e possui uma população aproximada de 35.000 habitantes (IBGE, 2010), com cinco distritos, além da sede. Representa um dos municípios importantes da microrregião de Itaperuna. É atravessado pela BR-186, por onde circula grande tráfego de caminhões e veículos, entre Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo e em direção à região Nordeste brasileira. Essa movimentação possibilitou a expansão de serviços de apoio logístico ao transporte, como mecânica, peças, postos de abastecimento, entre outros, permitindo a expansão de empresas nesse setor, além de pequenos negócios e ampliação do seu centro comercial, que influencia todo o sul do Espírito Santo e a zona rural do norte de Campos dos Goytacazes, em virtude das suas fronteiras territoriais. Além disso, ocorre um crescimento das atividades rurais de criação de ovinos e caprinos, pecuária leiteira e cultivo de café (CEPERJ, 2011).

Em relação à temática debatida, ressalta-se que o município possui um CAPS do tipo I, duas Residências Terapêuticas, um hospital filantrópico, um Posto de Urgência, um Posto de Saúde, um NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família), um Ambulatório de Saúde e onze postos de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A rede de saúde mental da cidade se constitui basicamente pelo CAPS e pelas duas Residências Terapêuticas e apresentam os quantitativos de usuários cadastrados conforme consta no quadro abaixo.

Equipamento de Saúde		Quantidade disponível no município	Número de usuários cadastrados
CAPS tipo I	Alta complexidade	1	335
	Intensivos		50
	Semi-intensivos		100
	Não intensivos		185
Residência Terapêutica	Masculina	1	8
	Feminina	1	5

Quadro 4: Equipamentos de saúde mental

Fonte: informações obtidas nas entrevistas em julho/2012.

Chama atenção o número de inscritos, uma vez que todos são acompanhados pela equipe técnica, integrada por apenas nove profissionais, conforme informação obtida nas entrevistas. Esses profissionais além de assisti-los recebem a demanda que procura o CAPS diariamente para informações sobre a atenção em saúde mental e álcool e outras drogas. Mas na prática é possível incluir a clínica psiquiátrica nesse quadro,

como observado nas entrevistas, porque o hospital e o Pronto Socorro da cidade não atendem usuários da saúde mental em crise. No cotidiano, encaminham para a clínica psiquiátrica, conforme apontou a maioria dos entrevistados. Quando não o fazem, os próprios familiares os levam para a instituição, por estarem acostumados a conviverem com ela na rotina da cidade, como registrado pelos mesmos entrevistados.

Esse fator determinante na comunidade se dá devido às dificuldades de organização e articulação da rede de atenção psicossocial, lembrando que essa sugestão de organização, oficializada com a Portaria n.º 3.088/GM/MS em 2011, existia desde a Lei Paulo Delgado, em 2001, que orientava para a redução de leitos psiquiátricos à medida que fossem pactuados leitos para atendimento às crises em hospitais gerais, sugerindo a criação de Residências Terapêuticas e de CAPS para o acolhimento humanizado, o tratamento em meio aberto e a inclusão da pessoa com transtorno psíquico na vida da comunidade. Como agravante, a clínica psiquiátrica⁶ que existe no município recebe encaminhamento de usuário para cuidado com transtorno mental grave e ou proveniente do uso abusivo de álcool, *crack* e outras drogas de todos os municípios da região, como ressaltado anteriormente.

Metodologia

O artigo apresenta uma abordagem qualitativa, com utilização da metodologia estudo de caso e elaboração das entrevistas a partir do conhecimento prévio sobre saúde mental, após o que, os dados foram apurados e categorizados para análise de conteúdo do tipo categorial, seguindo a temática da saúde mental, conforme Bardin (2011). Posteriormente, o roteiro das entrevistas foi reorganizado conforme as orientações de William Foddy (1996) sobre “como perguntar”.

Acrescente-se que foi necessário conhecer os serviços ofertados, a história da saúde mental e a legislação pertinente para elaboração desse roteiro de questões, além de contar com a observação participante da entrevistadora.

Essas informações são elementares para a contextualização do caso em consonância com a análise de conteúdo de Bardin (2011), motivo pelo qual se procurou apresentar e expor, para a melhor compreensão da discussão, um esboço sobre a cidade, que buscamos manter no anonimato, os valores da Reforma Psiquiátrica, com maior ênfase, e apresentação de quadros explicativos sobre as instituições que compõem esse universo e integram todo o complexo processo de gestão em saúde mental municipal. Para os registros, foram considerados os discursos dos entrevistados, após minuciosa anotação da fala de cada um, a fim de se identificar as categorias comuns e desvelar o real movimento desse tipo de gestão.

⁶ Dados de 2013. <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2013/05/fechamento-de-clinica-psiquiatrica-no-noroeste-do-rio-e-tema-de-debate.html>

Não se tratou aqui de qualificar nem de desqualificar a gestão municipal de saúde mental, mas de evidenciar como é difícil avançar com os valores da Reforma Psiquiátrica quando se observa a sociedade dividida entre o modelo anterior, hospitalocêntrico, e o modelo atual, de tratamento em meio aberto. Isso repercutiu na gestão à medida que pessoas a integram, participam e efetivam escolhas marcadas por seus próprios contextos de vida.

Como o objetivo da pesquisa de campo centrou-se sobre o cotidiano da gestão de saúde mental em município de Pequeno Porte I, a entrevista iniciou-se pelo gestor municipal de saúde e indicou a necessidade de se entrevistar o diretor do CAPS e um integrante da equipe técnica do CAPS, a fim de complementar as informações que sempre ficavam abertas.

As entrevistas foram agendadas e os entrevistados informados sobre a utilização dos dados coletados na dissertação já publicada (2013) que deu origem mais tarde a este artigo especificamente. A intenção foi ouvi-los em relação à organização, funcionamento e assistência em saúde mental no município, para testar o roteiro de questões previamente preparado e aplicação posterior junto aos demais municípios da microrregião de Itaperuna, facilitando o trabalho da pesquisa da dissertação. Isso viabilizou a escrituração deste artigo sobre município de Pequeno Porte.

O decorrer do levantamento das informações no campo reforçou os argumentos que orientam este artigo ao se observar a relação entre as dificuldades de acolhimento humanizado e a prática usual na gestão da saúde mental municipal.

A Gestão em Saúde Mental pela ótica dos entrevistados

O gestor de saúde do município, que também exerce a função de gestor de saúde mental, foi entrevistado em julho de 2012. Trata-se de um médico aposentado, com segunda formação em Direito e que já esteve outras vezes à frente da secretaria municipal de saúde. Nessa oportunidade, ocupa o cargo relativo à gestão municipal para o período de 2009 – 2012; cargo que é preenchido por escolha pessoal do prefeito.

Inicialmente foi questionado sobre sua compreensão a respeito de gestão de política de saúde, sobre o que respondeu: *“o gestor dá a filosofia de trabalho da secretaria, pois quando chega já encontra tudo funcionando”*.

Sobre gestão da política de saúde mental afirmou que *“cabe a ele teoricamente, mas na prática, é desenvolvida pelo diretor do CAPS, que é um profissional mais habilitado, com conhecimento em saúde mental”*. A fala do gestor sugere uma transferência de autonomia ao diretor, o que não se confirma na entrevista efetuada junto à direção. Em relação à escolha do diretor do CAPS, informa ser este *“um cargo político, mas que procura preencher com profissional que detenha esse conhecimento especificamente”*, confirmando a hipótese levantada de que esse é um cargo político.

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

Ao ser questionado sobre o fato de esse critério para contratação de profissional ter influência no atendimento em saúde mental, respondeu que *“não”*. Diferentemente dos outros dois profissionais entrevistados. O gestor afirma que *“o rodízio de profissionais vai existir sempre por causa dos salários”*, sem atentar para a questão do rompimento do vínculo afetivo tão necessário para o tratamento junto ao usuário, como esclarecido anteriormente.

Isso não só confirma a contratação com baixos salários, como também justifica os múltiplos vínculos dos profissionais em busca de mais recursos para sobreviver e aponta para o desgaste físico e mental, que impacienta e reduz a efetividade do acolhimento humanizado, contrariando as orientações da PNH (2003) e de Deslandes (2004).

Quanto as suas considerações sobre qualificação em gestão de equipamentos, recursos financeiros e humanos na área da saúde, informou serem *“extremamente importantes, fundamentais”*, mas não ofereceu esclarecimentos mais contundentes sobre esse aspecto. Além disso, é contraditório, pois na realidade muitos profissionais assumem cargos de direção sem essa experiência e qualificação, contudo, esse é médico e foi gestor de saúde outras vezes.

No tocante aos conhecimentos específicos sobre as orientações previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica, o gestor afirmou que *“não conhece, mas se fosse boa funcionava: o que se observa é um aumento na incidência de problemas relacionados ao uso de drogas”*, fazendo alusão apenas ao aspecto do álcool e da droga.

Essa resposta demonstra um descontentamento com a proposta da Reforma Psiquiátrica; foi registrado em tom crítico, o que pode justificar o reduzido esforço para o fechamento da clínica, embora tenha afirmado que não conhece a legislação.

Sobre o atendimento em saúde mental no município, o secretário informou que:

[...] no município se inicia no CAPS e que os casos mais graves necessitam de internação na clínica psiquiátrica local, não por muito tempo, no máximo por uns dois meses; eu não sou favorável à internação de longa duração como 10 anos, 20 anos, mas acho que temos que trabalhar com a clínica.

Essa afirmativa, associada à proposta de tratamento em meio aberto da Reforma Psiquiátrica, aponta a possibilidade de que esse gestor se posicione contrário à Reforma Psiquiátrica e auxilia no levantamento de uma questão fundamental:

- Uma rede de saúde pode se articular favoravelmente ao novo modo de enfrentamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, se o próprio gestor do município crê no trabalho em parceria com a clínica?

Ao questionar sobre a função do coordenador de saúde mental e do diretor do CAPS, não foi feita distinção entre as atribuições e a importância pertinente a cada uma. Por outro lado, tal discernimento foi ressaltado pelo diretor e pelo integrante da equipe técnica, entrevistados que consideram a função de coordenador de saúde mental relevante e impactante para a qualidade do atendimento em saúde mental e o avanço da implementação dessa política na localidade.

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

Tal informação confirma um posicionamento contrário à Reforma Psiquiátrica e vai de encontro ao papel estabelecido para o gestor municipal de saúde, a partir da definição de gestão pública de Nogueira (1998). Esse deveria ser o profissional que transpõe para a localidade a política pública de saúde mental, conforme as discussões que impulsionaram a criação da lei e da política. Além disso, se o próprio Ministério da Saúde determinou o fechamento da clínica psiquiátrica, por que a secretaria se apresenta como parceira da mesma para a transformação daquele espaço em local de tratamento em álcool e droga?

Essa é uma questão central na discussão deste artigo, que passa pela compreensão do processo de gestão da saúde mental, de forma descentralizada. Afinal, se é preconizada a interrupção desses equipamentos de internação, pelo próprio Ministério da Saúde, a manutenção, contra a regra, dessa unidade requer maior atenção e entendimento.

Manter a clínica não é uma questão de parceria público-privada; é ir de encontro à proposta da Reforma Psiquiátrica instituída em lei, bem como aos seus princípios e valores; é implementar processos de gestão que não condizem com a legalidade nem com os conceitos de gestão apresentados.

Talvez esse seja o cerne da temática da gestão da saúde mental no município em destaque, que afeta diretamente o processo de acolhimento e humanização, embora se possa afirmar que somente esse fechamento não soluciona a questão. Ela demanda intersetorialidade; sobretudo, trabalho articulado com a Assistência Social e a Educação, para tratamento e mudança da cultura social tão marcada pelo preconceito e estigma, como pontuados pela maioria dos entrevistados (BRASIL, 2010).

Para continuar a discussão, a direção do CAPS também foi entrevistada em julho de 2012. Esse cargo é ocupado há três anos e meio por profissional do quadro efetivo da prefeitura; anteriormente ele era integrante da equipe técnica do CAPS na função de Assistente Social.

O diretor afirma que, por forças circunstanciais, *“exerce também o ‘papel de coordenador de saúde mental do município’, pois a criação deste cargo não foi solicitada para aprovação na Câmara de Vereadores”*. Ele acredita que:

[...] para se trabalhar com saúde mental é necessário ter afinidade com a área e que um curso de capacitação logo no início poderia facilitar essa percepção: não dá pra trabalhar com saúde mental sem conhecer os processos suscitados pela Reforma Psiquiátrica propostos pela lei 10.216/2001. É preciso conhecer a legislação vigente sobre saúde mental e o SUS, ser sensibilizado para esse trabalho, mas infelizmente não é assim; às vezes, recebe-se até funcionário com dificuldade de relacionamento ou mesmo transtorno mental pra trabalhar aqui, o que só tumultua nosso atendimento (...) não sou consultada (...) não me perguntam se concordo (...) não posso devolver.

Essas informações confirmam pressupostos já enunciados: é preciso conhecer os valores da Reforma Psiquiátrica para se trabalhar em saúde mental, bem como as legislações da área e do SUS; é preciso ser sensibilizado para se trabalhar em saúde mental, exatamente para viabilizar o acolhimento humanizado.

Em termos mais objetivos, segundo o diretor do CAPS, *“o gestor, além de conhecimentos de gestão, também deve conhecer toda a legislação e o movimento da reforma psiquiátrica. Ele não pode ficar em cima do muro, ele precisa ter sensibilidade sobre as questões de internação psiquiátrica”*. Tais abordagens apresentadas ao longo das entrevistas transparecem o descompasso na condução das ações, em que um profissional orienta em um sentido, enquanto o outro caminha em outra direção.

Sobre a função de diretor, ele próprio afirma que *“é função mais administrativa do CAPS, relacionada com a parte de pessoal, da equipe técnica e organização interna do serviço de acolhimento humanizado; o diretor deve articular a política de saúde mental dentro do CAPS de modo interdisciplinar e isso não é fácil”*. Diferentemente, considera que

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

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

Esse registro aponta a relevância da função do coordenador de saúde mental no município, que muitas vezes é negligenciada para redução de gastos. Por outro lado, o diretor ressalta que

[...] a porta de entrada do serviço de saúde mental do município é o CAPS ou o Posto de Urgência (PU), mas o PU encaminha todos pra clínica psiquiátrica (...) A existência da clínica dificulta a mudança da cultura internante da comunidade, mas a equipe técnica do CAPS é pequena, principalmente porque não atende somente aos tradicionais casos de transtorno mental, atende hoje álcool e outras drogas, como o crack que vem se destacando. São assistências diferentes. São demandas diferentes.

Essa afirmação é consonante com a informação apresentada pelo gestor de que a porta de entrada da assistência em saúde mental é o CAPS, porém acrescenta que o PU encaminha para a clínica, evidenciando desencontro de orientação entre saúde e saúde mental, que poderia ser compreendido como falta de qualificação em saúde mental.

O diretor vai mais longe quando afirma que a existência da clínica dificulta a mudança da “*cultura internante da comunidade*”. Demonstra que internar na clínica é um hábito. É uma prática comum na cidade e seu entorno. Como modificar isso?

O registro do diretor aponta também uma importante dificuldade quanto ao tratamento, no mesmo espaço físico, à pessoa com transtorno mental e ao usuário abusivo de álcool, *crack* e outras drogas, representando mais um aspecto complicador para adesão ao tratamento do usuário de substâncias psicoativas. O diretor complementa:

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

Essa informação reforça a importância da permanência do profissional na área para maior qualificação, sensibilização com as questões da saúde mental, possibilidade de acolhimento humanizado e aprofundamento dos laços de afetividade que contribuem para a criação de vínculo tão necessário para o tratamento do usuário. Mas não foi objeto de preocupação do gestor que, ao falar da contratação de profissionais, considerou essa rotatividade normal, sem preocupação com a quebra de vínculo afetivo em um espaço de saúde mental.

O diretor afirma que “*realiza semanalmente uma reunião com a equipe técnica na tentativa de qualificar a assistência e melhorar as relações interpessoais*”. Quanto a essa afirmação, observa-se uma contradição ao se relacionar essa resposta à informação apresentada pelo integrante da equipe técnica, na entrevista subsequente, quando

ressalta que, “são reuniões administrativas, onde não se discutem os casos nem se acrescenta conhecimento técnico; são reuniões marcadas pelo desgaste dos relacionamentos difíceis entre direção e integrantes da equipe técnica”. A informação do integrante da equipe técnica aponta dificuldade de articulação e de relacionamento interpessoal internos no trabalho no CAPS. Portanto, evidencia o fato de que a gestão interna dos processos da instituição pode estar sendo contaminada por dificuldades externas de gestão.

No que se refere ao encaminhamento dos recursos para saúde mental, o diretor informa que,

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

Sobre esse aspecto, tem-se evidenciado um grande problema da saúde mental: os recursos são repassados diretamente para a conta da saúde e o gestor de saúde tem autonomia para utilizá-los onde considerar mais necessário.-

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

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

Além de apontar novamente a clínica psiquiátrica como o maior desafio do município, o diretor indica um caminho para redução de gastos e solução parcial desse contexto: criar um CAPS III no município. Esse CAPS III atenderia a todo tipo de demanda psiquiátrica com “internações” para a saída da crise, garantindo uma assistência em saúde mental que possibilitaria a continuidade do acompanhamento no CAPS I e o fechamento da clínica. Restaria a mudança de *cultura internante*, presente nos gestores e na população, a ser enfrentada pacientemente como uma questão de educação permanente em saúde.

Mas para a criação de CAPS III o município precisa ter mais de 100.000 habitantes. A possibilidade de criação de uma instituição como essa nessa localidade evidencia certa flexibilidade do Estado para com os princípios da Reforma

Psiquiátrica. Pode representar um avanço para com a política de saúde mental e o início da mudança da *cultura internante* da população, além de um esforço de atenção à gestão da saúde mental.

Muitas questões sobre a organização da política de saúde mental e sobre o trabalho no CAPS foram abordadas nessas entrevistas, mas foram ressaltadas aquelas mais relacionadas à compreensão da gestão de saúde mental, com observações quanto à direção do CAPS e à gestão municipal de saúde, além do próprio CAPS, por representar o foco do atendimento e do trabalho humanizado em saúde mental no município.

Para uma melhor compreensão do que se pretendeu com este artigo, foi necessário ir a um profissional da equipe técnica do CAPS, de modo a observar, na ponta, a realidade da política de saúde mental no município, bem como o cotidiano desse trabalho e suas consequências. Cabe aqui a ressalva de que um entendimento maior sobre os usuários e suas famílias não foi objeto deste artigo, sendo, portanto, um desdobramento interessante para estudos posteriores.

A entrevista subsequente foi realizada com um integrante da equipe técnica, também em julho de 2012. A escolha do profissional recaiu sobre aquele que permanece na equipe técnica por mais tempo, após o último processo seletivo. Esse profissional está no CAPS desde 2010; trabalhou anteriormente em outro CAPS da região, também por cerca de dois anos e aguarda “*ansiosamente*” para ser chamado em outro concurso que passou, pois, além de apresentar melhor vínculo, será mais bem remunerado e trocará de área (Educação); acredita que “*trabalhar com saúde mental é gratificante, mas cansa muito*”.

A fala desse profissional se coaduna com o pensamento da direção quanto à importância da composição da equipe técnica por meio de concurso público, pela mesma necessidade de sensibilização, qualificação e integração da equipe em torno do trabalho no CAPS e na rede local, além de acrescentar que:

[...] o concurso contribui para a segurança emocional dos usuários que têm esses profissionais como referência terapêutica. A movimentação na equipe os desestabiliza em seus quadros já fragilizados emocionalmente e causa estresse também na equipe que permanece em constante processo de aprendizagem e reorganização dos procedimentos de acolhimento.

Essa fala registra a importância do quadro efetivo para o trabalho em saúde mental. Mas o profissional complementa: “*o CAPS não está preparado para o atendimento de álcool e outras drogas, inclusive o crack, porque esse tipo de indivíduo e usuário não gosta de se ver em meio aos problemas corriqueiros de transtorno mental do CAPS; eles reclamam, dizem que não são doidos*”. Em relação a essa afirmação, é importante esclarecer que esse usuário de drogas desconhece as consequências desse uso abusivo no seu organismo; fica no imediatismo; não as identifica com o que ocorre com os que tem um transtorno

mental. Mas as reações, embora variem de indivíduo para indivíduo, são muito parecidas e, às vezes, desencadeiam o próprio transtorno mental que estava latente, complicando ainda mais esse quadro tão difícil das drogas. Por isso, faz sentido o tratamento no CAPS. O técnico entrevistado afirma que:

[...] a saúde mental encontra-se desarticulada da própria área de saúde. Não se sabe o que está sendo realizado no NASF, nem nos PSFs; a própria Secretaria de Saúde poderia ser mais presente no CAPS, visitando e conhecendo mais essa realidade e demandas. A comunidade se mantém ainda bastante distante, assim como persiste o preconceito contra os frequentadores do CAPS. O maior apoio vem do lado religioso. Na verdade, o CAPS é o lugar da desinstitucionalização, mas acaba instituindo porque eles se sentem rejeitados pela sociedade e pela família. É como se eles encontrassem o lugar deles dentro do CAPS e não quisessem mais sair dali pra nada.

No cotidiano do CAPS, confirma-se a falta de entrosamento com a própria área da saúde, que raramente comparece na instituição. Não existe relacionamento do NASF com o CAPS; até os ESF se mantêm afastados. Observa-se também o distanciamento da comunidade, que permanece preconceituosa em relação às pessoas com transtorno mental, e a ausência de outros setores da prefeitura, quando se aponta que o maior apoio vem do lado religioso, pois o técnico informa que representantes da igreja católica estão presentes semanalmente no espaço do CAPS, enquanto o gestor e os demais da prefeitura, somente em datas comemorativas.

Questionado sobre a maior dificuldade no desenvolvimento da política de saúde mental no município, esse profissional apontou que

[...] talvez seja o comodismo, por causa da cultura do hospital psiquiátrico que a gente tem. Acaba sendo mais cômodo resolver os problemas internando o paciente por lá, podendo ficar até dois meses. Não se busca o CAPS para que pudéssemos evitar essa internação.

Isso confirma a fala anterior do diretor, de que “*a comunidade é internante*” e aponta a existência da clínica psiquiátrica como principal motivo. O modelo anterior induziu e sedimentou a utilização da clínica psiquiátrica possibilitando o desenvolvimento da cultura internante na comunidade, que se acostumou a esse modelo. Portanto, mudar essa cultura vai demandar um longo investimento em educação, entre outras ações, afinal temos mais de um século de convivência com a cultura da internação psiquiátrica (o primeiro Hospício, Pedro II, existiu entre os anos de 1842-1852) para tratamento.

Sobre gestão de saúde mental no município, esse profissional registra:

[...] o gestor seria aquela pessoa com visão ampla de como deveria ser aplicado o investimento em saúde mental. Não entendo bem essa área de gestão, mas o que vejo é uma confusão de como devem

ser aplicados os recursos, onde devem ser aplicados, quais são as prioridades da saúde mental; o CAPS e as residências não têm nem um carro para fazer uma visita, socorrer um paciente (...)

Essa resposta nos leva a retomar a questão: o envolvimento mais direto e um conhecimento técnico mais específico não seriam condições para a gestão das políticas de saúde mental em qualquer município?

Em relação à coordenação, esse entrevistado a compreende como sendo “*a pessoa que deve articular e interligar as redes para um trabalho conjunto com os programas do município com o objetivo de mudar a cultura do município*”. A coordenação que é abarcada pelo diretor pode estar sendo prejudicada por esse duplo exercício da função externa, de coordenador, com a função interna, de diretor. Fato que também foi registrado pelo diretor, porém não foi destacado pelo gestor.

Quanto à direção do CAPS, o profissional acredita:

[...] é uma função mais voltada para o interior da instituição, trabalhando em parceria com o gestor da saúde, com o coordenador que estaria interligando o CAPS às redes locais. É profissional que deve ir atrás das necessidades do CAPS... hoje, por exemplo [jul/2012], um problema muito sério no CAPS está relacionado à medicação. Vira e mexe falta medicamento e a culpa não é de ninguém, não é do diretor porque ele avisou, não é do gestor de saúde porque a licitação atrasou, não é do gestor municipal porque ele já autorizou a compra. A questão parece que não é da responsabilidade de ninguém, mas na falta do medicamento o usuário entra em crise e vai parar na clínica. Está faltando entrosamento, está faltando trabalhar junto e de modo articulado.

A falta de entrosamento e de articulação dentro da própria saúde contribui para a desestabilização dos usuários, desencadeando crises pela falta de medicamento e desestabilizando o clima do trabalho interno no CAPS. Leva-nos a crer que as dificuldades da gestão afetam a saúde de trabalhadores e usuários do CAPS. Para o profissional,

[...] a gestão da saúde mental no município é exercida por pessoas que não têm conhecimento de saúde mental, pelo menos é o que parece. Mesmo quando trocam o gestor continua a mesma coisa. A saúde mental é colocada em último lugar, ela não tem prioridade dentro da saúde, talvez pelo fato de ser esse um cargo político.

Para o profissional do CAPS, a gestão da saúde mental no município aparenta ser exercida por quem desconhece as questões e necessidades pertinentes a ela. Talvez por permanecerem em seus gabinetes, distanciados da instituição, ou pela pouca articulação entre as áreas, ou até mesmo pela falta de qualificação para atuar em gestão e em saúde mental.

De modo categórico e reflexivo, em relação à direção do CAPS, o entrevistado pontua:

Hoje se observa o CAPS como um lugar e uma equipe técnica que não estão produzindo saúde mental. É um lugar que tem adoecido até a própria equipe técnica, que está cansada; muito cansada. É um lugar onde o profissional não tem autonomia pra trabalhar. O CAPS precisa rever suas prioridades. Ele tem que produzir saúde mental tanto para os usuários quanto para os profissionais envolvidos. Por tudo isso, a equipe técnica sai em busca de outro lugar para trabalhar, onde possa ter mais saúde psicológica e mental. Alguém deveria cuidar disso (...)

Nesse sentido, o trabalho no CAPS I desse município convive em um ambiente de carências, em que se somam a falta de coordenação de saúde mental, a falta de medicamento e a falta de estímulo por parte da Secretaria de Saúde no tocante à implementação da política de saúde mental proposta pelo governo federal, a existência da clínica psiquiátrica, a fragilidade da rede hospitalar e psicossocial local e a cultura internante dessa comunidade. Portanto, são fatores que contribuem para que tal política se mantenha estagnada em seus processos de modificação do modelo hospitalocêntrico para o tratamento em meio comunitário e, conseqüentemente, na prestação de assistência aos munícipes com transtorno mental em meio aberto.

Essa é uma problemática que precisa ser conhecida e enfrentada com atuação conjunta dos diversos gestores, a fim de mobilizar para a melhoria do serviço público, por um lado, e de modificar hábitos e valores, a cultura internante da comunidade, por outro.

A resposta à questão que orienta este artigo pode estar “na criação da função de coordenador de saúde mental na localidade” como tentativa de “promoção da intersectorialidade” entre as diversas áreas da prefeitura, além da própria organização da rede de saúde mental junto a “uma supervisão clínico-institucional”, apontada por dois entrevistados como mecanismo de suporte à qualificação da equipe de saúde, de saúde mental e da rede de atenção psicossocial, o que possibilitaria também a discussão sobre as questões citadas junto às instituições do município e à própria comunidade.

Considerações finais

Este artigo chamou atenção para a fragilidade da rede psicossocial local e a “cultura internante” da comunidade enfocada que reflete sobre os atendimentos no CAPS, itens citados pela maioria dos entrevistados. Tais achados nos levam a supor que a gestão da saúde mental no município não tem sido priorizada. Com efeito, podem-se perceber, nessa localidade, os reflexos sobre a saúde física e mental dos trabalhadores da área, que se sentem “cansados e desestimulados”, conforme afirma o profissional da equipe técnica entrevistado ao referir-se a si mesmo e aos colegas de trabalho, os quais são os responsáveis pela promoção do atendimento e acolhimento humanizado em meio aberto em última instância.

Da mesma forma, a diretriz para gestão do SUS prevista na legislação em relação ao âmbito da saúde mental tem sido fragilizada nesse município, em seus aspectos de articulação da rede, intersetorialidade, valorização de recursos humanos, qualificação de quadro técnico e humanização no sentido conceitual aqui exposto, de acordo com a fala da maioria dos entrevistados, que ressaltaram, sobretudo, a necessidade de maior interação do gestor de saúde com as especificidades da saúde mental, mais qualificação do pessoal da saúde mental e maior articulação junto aos demais profissionais de saúde e outras secretarias municipais. Esse quadro deixa à deriva os usuários da saúde mental desse município, que atende a uma demanda crescente regionalizada pela existência da clínica.

Para responder à questão principal deste artigo sobre como se desenvolve a gestão da saúde mental no município em evidência, de modo a garantir esse acolhimento humanizado, compreendido como um direito social e humano e avançar com as propostas da Reforma Psiquiátrica na cidade seria necessário encerrar o funcionamento da clínica psiquiátrica⁷, conforme a maioria dos entrevistados apontou, e organizar a RAPS (Portaria 3.088/2011), tendo em vista a proposta discutida na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (2010).

Tais necessidades partem de um desafio amplificado ao se levar em conta a “insistente manutenção” da clínica psiquiátrica, que se localiza no perímetro municipal, sendo limítrofe a outros municípios da região e do Espírito Santo, o que, em certa medida, impulsiona os demais municípios a procurar também a clínica psiquiátrica e o próprio CAPS da cidade em foco.

Além disso, a ausência oficial de coordenador de saúde mental municipal pode ser considerada um agravante porque sobrecarrega a direção do CAPS, que é levado a atuar nessa função para melhorar a assistência aos seus usuários. Talvez por isso, os mesmos entrevistados apontam a necessidade de criação do cargo de coordenador municipal de saúde mental, o que pode ser extensivo aos demais municípios.

Essas constatações do trabalho em saúde mental em município de pequeno porte apontam para novas questões a serem analisadas:

- Como modificar a cultura internante de uma comunidade?
- Como garantir atenção humanizada pelos diversos profissionais para atuar no serviço público da saúde e da saúde mental com eficiência e qualidade?
- Como conscientizar um gestor municipal de saúde sobre gestão de saúde mental?
- De que forma uma gestão pode impactar o trabalho em saúde mental?

⁷ Uma última nota: a referida clínica foi fechada logo depois que este artigo foi submetido para publicação. Encontrava-se cadastrado como órgão de saúde (CNES) no SUS desde 2002. Esse episódio não impacta nos objetivos deste artigo, mesmo porque os efeitos do encerramento das atividades da clínica nos profissionais, usuários e comunidade, ainda demandam algum tempo para se fazerem perceber, sobretudo no tocante à gestão da saúde mental, foco principal deste artigo.

Os aspectos apontados continuam demandando gestão. Contudo, esse impasse nos faz concordar com os mecanismos indutivos de gestão adotados pelo governo federal na tentativa de conduzir e avançar com o processo de qualificação da gestão municipal.

A raiz dessa questão no município pode estar na “*interferência política*” citada por todos os entrevistados e nos remete ao que Paim e Teixeira (2006, p. 64) destacaram como “*gestão amadora e clientelismo político*”. Embora essas categorias não estejam presentes somente na política de saúde mental, elas comprometem a gestão e a humanização em todos os níveis, também na saúde mental ao dificultar a condução, o planejamento, a programação, a auditoria, o controle, a avaliação, a regulação, enfim, os serviços municipais de saúde mental no processo de implantação dessa política na localidade.

Tais questões põem em risco o compromisso de assistência e tratamento da população usuária em expansão, além de apontar ainda um distanciamento entre o empírico, o político e a qualificação da gestão pública.

Referências

- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Baságlio. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 1, n. 1, p. 61-77, jul./out. 1994.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 1.^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ARAGÃO, Cecília Vescovi. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. *Revista do Serviço Público*, v. 48, n. 3, set./dez. 1997.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELO HORIZONTE. *Manual para o Gestor Municipal de Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. *NOB 01/96*. GM/Ministério da Saúde. Brasília, 1996.
- _____. *Lei n.º 10.216*, de 6 de abril de 2001. Ministério da Saúde. Brasília.
- _____. *Portaria n.º 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. *NOAS - SUS 01/2002*. GM/Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- _____. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS, 2004.
- _____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: MS, 2004.
- _____. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. *Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / 3.^a ed.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Portaria/GM n.º 399/2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Portaria/GM n.º 154/2008*. Cria os NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *O SUS de A a Z*. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3.^a Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de saúde Mental: Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Portaria/GM n.º 3.088/2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. *Portaria/GM n.º 3.09/2011*. Altera a Portaria n.º 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração Pública Burocrática à Gerencial. *Revista do Serviço Público*, v. 47, n. 1, jan./abr. 1996.

_____. *Reforma administrativa do Sistema de Saúde*. Brasília: MARE, 1995.

DAGNINO, Renato Peixoto. *Planejamento Estratégico Governamental*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES/UAB, 2009.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FODDY, William. *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta editora, 1996.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, SP, n. especial, p. 73-78, 2006.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde*

Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Tânia Cristine Rodrigues da. *Gestão da Política de Saúde Mental nos municípios da microrregião de Itaperuna/RJ*. Campos dos Goytacazes, 2013. 160 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Centro de Ciências do Homem. Campos dos Goytacazes, 2013.

SOUZA; Rosimary G.; MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica C. Maia. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, Maria Inês S.; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Artigo recebido em: 17 ago. 2014
Aceito para publicação em: 10 jun. 2015