

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de
Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro”***

por

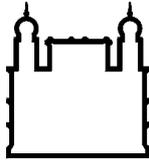
Aline Inglez de Souza Dias

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientador principal: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Segundo orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

***“Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de
Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro”***

apresentada por

Aline Inglez de Souza Dias

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

D541 Dias, Aline Inglez de Souza
Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda
de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro. /
Aline Inglez de Souza Dias. -- 2014.
vii,121 f. : tab.

Orientador: Ribeiro, José Mendes
Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde Mental. 2. Política de Saúde. 3. Reforma dos Serviços
de Saúde. 4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.
5. Atenção à Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2098153

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus orientadores, José Mendes Ribeiro e Francisco Inácio Bastos, que foram parceiros incansáveis ao longo desses quatro anos. Não poderia ter tido sorte maior em meus passos iniciais na vida acadêmica.

Aos professores Marcelo Cruz, Nilson Costa, Lenaura Lobato e Marcelo Rasga, por participarem de minha banca e contribuírem para o aprimoramento desta tese.

A todos os professores e funcionários do programa de pós-graduação em saúde pública e dos colegas da turma de doutorado de 2010, que também compartilharam de todos os meus medos, angústias e conquistas.

Aos meus chefes na SEASDH, Antônio Claret e Luis Gustavo Martins, com quem passei a trabalhar já com o doutorado em curso. Agradeço por todo o apoio e confiança.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família pelo valor que me ensinaram a dar à educação e ao conhecimento, além dos constantes incentivos. Nem preciso mencionar minha gratidão a todo o apoio “logístico” nos cuidados com o Pedro, o mais paciente dos filhos. Indescritível a emoção de ouvir esse “pequeno cientista” dizer, aos seis anos de idade, que irá estudar na ENSP (a “escola verde”, em sua descrição) quando for “grande”.

Resumo

O presente estudo consistiu na análise das políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (SMAD), no Brasil, após a promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216, de 06 de abril de 2001), considerando seus dois principais desafios estruturais e conjunturais: o estabelecimento de uma rede pública substitutiva ao modelo manicomial, que tenha caráter abrangente e protetor para a clientela e seus familiares; e a proeminência das questões relacionadas ao consumo de drogas ilícitas no país, com ênfase nos problemas associados ao uso de crack. As políticas foram aqui analisadas segundo modelos consolidados na literatura internacional, com ênfase nos mecanismos de formação de agendas, de alternativas e dos processos decisórios. Tomando o exemplo do Estado do Rio de Janeiro, com foco no processo de desospitalização e substituição da atenção hospitalar por dispositivos como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), utilizamos, como procedimentos metodológicos: pesquisa bibliográfica, a partir de temas relacionados; pesquisa documental, com foco na revisão das normas que regulamentam as políticas públicas em SMAD; entrevistas com especialistas da área e gestores das três esferas governamentais; e a análise de dados secundários, disponíveis nos bancos de dados administrativos em fontes oficiais. Segundo as informações analisadas, podemos afirmar que a substituição do modelo manicomial pelo modelo comunitário de atenção ainda não se completou no Brasil, apesar de todos os avanços normativos e na esfera da atenção. Fica evidente que os dispositivos inicialmente preconizados pelas políticas se mostraram insuficientes, em seu formato original, para dar conta dos casos mais graves e cronicados. Tais aspectos são ressaltados pela emergência das drogas ilícitas e, especialmente o crack, na agenda política como questão central em saúde pública. Nesse cenário, houve uma re-oxigenação dos debates relacionados à saúde mental e sobre a composição de uma rede de atenção mais complexa, com novas modalidades de serviços e intensificação da atenção nos CAPS.

Abstract

The study focus on the analysis of Public Policies in the field of Mental Health, Alcohol and Other Drugs (SMAD), in Brazil, in the period after the enactment of Law Paulo Delgado (Law 10.216, of April 6, 2001), highlighting two key structural and contextual challenges: a) the establishment of a comprehensive network of services that can substitute asylums and offer protection to patients and their families; b) the prominence of issues related to illicit drug use in Brazil, with a recent focus on the harms and risks secondary to crack use. The analysis of Brazilian policies profited from insights from the international literature, emphasizing mechanisms and processes of agenda formulation and decision. Considering the case of Rio de Janeiro State, we highlighted the deinstitutionalization process and the substitution of hospital care with alternative services, such as the Center for Psychosocial Care (CAPS). Methodological procedures included the steps as follows: literature review on related matters: documental research, focusing on the review of the regulation of SMAD policies, interviews with experts and managers of all levels of government and the analysis of secondary data available in official administrative databases. According to the information analyzed, we realized the replacement of the psychiatric hospital for community care model has not yet completed its cycle in Brazil, despite all normative and health care improvements. It is evident that services originally recommended by SMAD policies have been insufficient, especially when severe and chronic cases of mental illness/substance misuse are taken in consideration. These aspects gained momentum in recent years, with the emergence of illicit drugs, especially crack cocaine on the political agenda as a key public health issue. In this scenario, there was a renewal of discussions related to mental health and the establishment of a more complex network, with new models of services and the intensification of care provided at CAPS.

Sumário

Introdução	8
Capítulo 1: Aspectos teórico-conceituais sobre a análise de políticas.....	12
Capítulo 2: Procedimento metodológicos	24
Capítulo 3: Políticas de Saúde Mental no Brasil e o percurso da Reforma Psiquiátrica	31
Capítulo 4: Políticas de Álcool e Drogas e os Efeitos sobre a Atenção em Saúde Mental.....	44
Capítulo 5: Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no SUS: Descentralização e Normativos.....	56
Capítulo 6: Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro: Emergência da Agenda de Álcool e Drogas e o Racionamento de Serviços.....	74
Considerações Finais	100
Referências bibliográficas:.....	105
Anexos.....	114

Lista de Abreviaturas e siglas

SMAD	Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CT	Comunidade Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
SENAD	Secretaria Nacional Anti-Drogas
OBID	Observatório Brasileiro sobre Drogas
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RT	Residência Terapêutica
RD	Redução de Danos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SEASDH	Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
CARE AD	Centros de Acolhimento Regionalizado Especializado para Usuários de Álcool e Drogas
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CR	Consultório de Rua
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
UA	Unidades de Acolhimento
UAI	Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil
COMAD	Conselho Municipal Anti-Drogas
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil

Introdução

Esta tese de doutorado foi concebida no sentido de articular estudos realizados ao longo do período de doutoramento no programa de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo geral do conjunto de estudos consiste em analisar as políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (SMAD) após o advento da Reforma Psiquiátrica, bem como seus principais desdobramentos. Ressaltamos que três estudos já foram publicados, dois em periódicos científicos e um como capítulo de livro, ainda havendo um quarto texto em processo de avaliação, por ocasião do fechamento desta tese (março de 2014). Assim, o que se apresenta a seguir é a parte monográfica da tese, complementar aos estudos já publicados e submetidos, que constam em anexo ao presente texto.

Há um conjunto de elementos em comum a estes estudos e que podem ser resumidos em:

- i) As políticas são analisadas segundo modelos consolidados na literatura internacional, com ênfase nos mecanismos de formação de agendas, de alternativas e dos processos decisórios;
- ii) Os modelos analíticos têm como premissas as instituições e suas normas, os agentes, seus interesses e motivações e os fluxos específicos a cada política, em seu contexto;
- iii) As políticas de SMAD no Brasil são analisadas desde o seu advento institucional, após a promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216, de 06 de abril de 2001), até a estruturação da oferta dos serviços vigentes;
- iv) As políticas de SMAD são analisadas frente aos seus dois principais desafios conjunturais: o estabelecimento de uma rede pública substitutiva ao modelo manicomial, que tenha caráter abrangente e protetor para a clientela e seus familiares; e a proeminência das questões relacionadas ao consumo de drogas ilícitas no país, com ênfase nos problemas associados ao uso de crack.

Na tentativa de identificar os principais problemas e lacunas, envolvidos no atual modelo de atenção em saúde mental, desenvolvemos diferentes estudos, articulados entre si. Estes estudos originaram manuscritos submetidos à publicação que tratam do tema desenvolvido na tese, sendo que três deles já foram publicados ao longo do

período de curso do doutorado. Um dos artigos, intitulado “Políticas e Inovação em Saúde Mental: Limites ao Descolamento do Desempenho do SUS” (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011) (**anexo 1**), trata das relações entre as normas, oferta e demanda em saúde mental, no âmbito das políticas pública brasileiras. Outro estudo, também já publicado, intitulado “Políticas de Redução de Danos no Brasil: Contribuições de um Programa Norte-Americano” (Inglez-Dias et al, 2014) (**anexo 2**), analisa um modelo de atenção a usuários de drogas, apresentando lições aprendidas, que podem ser aproveitadas no aprimoramento das políticas brasileiras. Ainda em processo de avaliação, mas já submetido, o manuscrito “Políticas de saúde mental, álcool e drogas no Brasil: incrementalismo, lacunas e conflitos normativos” (**anexo 3**), consiste em uma revisão da legislação vigente em saúde mental, no âmbito federal, analisando sua evolução desde a aprovação da Lei Paulo Delgado (Lei da Reforma Psiquiátrica) e de que forma as políticas foram influenciadas pela agenda de crack, álcool, e outras drogas e como outras novas clientela vêm sendo beneficiadas por essas políticas. Em termos de desenvolvimento conceitual, foi publicado, em 2013, um capítulo de livro (**anexo 4**), “Policy Analysis and governance innovations in the federal government” (Ribeiro & Inglez-Dias, 2013), que trata do modo como a análise de políticas circula entre áreas de governo e informa decisões, tomando como caso o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

O objetivo geral dessa tese foi analisar as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil e seus principais obstáculos, relacionados à implementação da Reforma Psiquiátrica. Para isso, promovemos uma profunda análise dos normativos da política pública, concentrada no Ministério da Saúde, e realizamos um estudo de caso no estado do Rio de Janeiro.

Com relação ao estudo de caso, estudamos a rede de serviços em SMAD no estado do Rio de Janeiro, com foco no processo de desospitalização e substituição dos hospitais e asilos por dispositivos como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir do conjunto de elementos teóricos e conceituais apresentados a seguir, desenvolveremos um modelo analítico e explicativo (ou *framework*) adequado ao contexto brasileiro e, principalmente, às políticas que serão analisadas. Procuramos estabelecer uma conexão conceitual e analítica dos temas mencionados nos textos anteriores, discutindo as políticas de saúde mental, incluindo a atenção aos usuários de drogas em geral e, especialmente, o crack.

Ressaltamos que o presente estudo se ateve aos aspectos relacionados à agenda em saúde mental, bem como à capacidade instalada da rede de serviços voltada a esta clientela. Apesar do entendimento de que tanto a saúde mental como um todo quanto sua interface com o uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, incluindo questões relacionadas à exclusão, violência, tráfico, entre outros temas, o foco desta tese se manteve na saúde, seus marcos regulatórios e relação entre oferta e demanda de serviços. No que diz respeito à implementação das políticas, nosso estudo não enfrentou questões relacionadas ao papel dos atores políticos, em seu desenvolvimento. Esse é um aspecto importante e que deverá ser focado em estudos posteriores.

Em relação aos temas citados nos estudos mencionados, os principais achados serão apresentados a partir dos elementos teóricos e conceituais do modelo e vinculados às políticas de saúde mental e, ao final do trabalho, os resultados centrais serão analisados em conjunto e descritos nas conclusões. O principal ponto é que a substituição do modelo manicomial pelo modelo comunitário de atenção ainda não se completou no Brasil, embora a Lei Paulo Delgado tenha estabelecido normas e provisões de importância fundamental para a garantia dos direitos dos pacientes ainda internados nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, os dispositivos inicialmente preconizados pelas políticas foram insuficientes, em seu formato original, para dar conta dos casos mais graves e cronicados.

Com a emergência das cenas de consumo de crack nas cidades brasileiras e da respectiva agenda política, houve uma re-oxigenação dos debates relacionados à saúde mental e a composição de uma rede de atenção mais complexa, com novas modalidades de serviços e intensificação da atenção nos CAPS. Por outro lado, é possível interpretar a tentativa de incorporação de outros serviços à rede pública de SMAD, com destaque para as Comunidades Terapêuticas (CT), como uma “disfunção” em relação à evolução das normas que regulamentam essa rede. No entanto, sob uma outra ótica, as portarias que passam a reconhecer as CT apenas impõem regras a um tipo de serviço que já existe em todo o território nacional, funcionando em uma escala superior a dos serviços públicos voltados aos usuários de drogas.

Os eventos de conhecimento público (por meio da mídia), especialmente os relacionados às aglomerações de usuários de crack e seus efeitos políticos (multiplicação de abrigos da assistência social, expansão de CT e a experiência de indivíduos desassistidos nas ruas, portas de serviços e comunidades) mostram uma forte escassez na oferta de serviços comunitários de atenção em saúde mental, álcool e outras

drogas. Nosso estudo analisa estas questões no contexto da política setorial e traz o caso do estado do Rio de Janeiro como exemplo de implementação da rede em SMAD, cujas normas foram formuladas no âmbito do Governo Federal.

A seguir, apresentaremos o capítulo que descreve os aspectos teórico-conceituais, nos quais nos baseamos para desenvolver as análises sobre as políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (SMAD). Em seguida, no capítulo 2, abordaremos os procedimentos metodológicos utilizados nos estudos realizados, detalhando cada um deles. No terceiro capítulo, descreveremos as características das políticas SMAD no Brasil, bem como sua contextualização em relação às diretrizes preconizadas pelos organismos internacionais de saúde, além de um breve histórico da consolidação dessas políticas, à luz do movimento da Reforma Psiquiátrica. O capítulo 4 tem seu foco nas políticas de álcool e outras drogas, com ênfase nas principais políticas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a área, como foi o caso da Redução de Danos e da criação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), além do papel da atenção básica para essa clientela. O quinto capítulo analisa a evolução das políticas de SMAD, tendo como ponto de partida a Lei Paulo Delgado e a elaboração de normas que se seguiu à sua promulgação, no sentido da conformação de uma ampla rede de atenção substitutiva ao modelo manicomial, atualmente intitulada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O sexto e último capítulo sistematiza os achados referentes à RAPS do estado do Rio de Janeiro, por meio da análise de dados da atenção hospitalar e ambulatorial, dos serviços que compõem essa rede, além de sua adequação às normas estabelecidas pelo MS e das entrevistas realizadas com especialistas e gestores da área. Nas considerações finais, são sumarizados os principais resultados dos diferentes estudos que compõem a tese, bem como recomendações para as políticas de SMAD.

Capítulo 1: Aspectos teórico-conceituais sobre a análise de políticas

O campo de estudos e análises referentes às políticas públicas é tradicional no cenário internacional. Nas últimas décadas foram expandidos estudos e análises sobre instituições, regras e modelos envolvidos nos processos de decisão, elaboração, implementação e avaliação de políticas. Diversos foram os fatores que contribuíram para elevar a importância desse campo e iniciar um movimento mais amplo e consistente no sentido de transformar seus processos em objetos concretos a serem compreendidos, em especial, o desenvolvimento das políticas no âmbito de instituições democráticas.

O presente texto tem a intenção de destacar aspectos e desafios, tanto teóricos quanto práticos, relacionados ao campo de análise das políticas públicas. Consideramos que se trata de uma discussão significativamente complexa, onde a aplicação de um único referencial teórico ou modelo padronizado de análise se mostra claramente insuficiente. Partiremos do princípio de que a análise de políticas pressupõe discernir padrões que, à primeira vista, não se mostram enquanto tais, que necessitam se transformar em objeto de conhecimento, serem descritos e sistematizados, de modo a que seus processos possam ser aprimorados, trazendo benefícios à sociedade como um todo.

No Brasil, o campo de estudos de políticas públicas vem sendo ampliado e ganhou destaque nas últimas décadas. Segundo Souza (2006), alguns fatores contribuíram para este processo de aumento de abrangência e aprofundamento desse campo do conhecimento: o primeiro foi a adoção de políticas restritivas em relação ao gasto público; o segundo se refere à mudança de paradigma quanto ao papel dos governos, especialmente quanto ao grau desejável de ingerência deste sobre a economia e sobre políticas sociais; e o terceiro, mais específico dos países em desenvolvimento, diz respeito às divergências políticas que, por muito tempo emperraram o desenvolvimento de políticas públicas capazes de contribuir com o desenvolvimento social e econômico dessas sociedades.

Conceitualmente, não é tarefa fácil definir do que trata a análise de políticas públicas, já que tal conceito pode ser confundido com inúmeros outros. O próprio termo *política*, já é em si ambíguo. Dessa forma, tentaremos, inicialmente, esclarecer diferenças conceituais apontadas por alguns autores. O termo ciência política diz respeito à produção e aplicação de conhecimentos sobre e nas políticas (*policies*),

enquanto o desenvolvimento da ciência política se traduz em um processo dialético entre a “cientificização” da política e a politização da ciência (Weingart,1999).

Na visão de Behn (1981), o analista de políticas (*policy analyst*) estaria preocupado em examinar um problema particular de uma determinada política e se empenhar em determinar as medidas a serem tomadas para solucioná-lo. Já o avaliador de políticas (*policy evaluator*), segundo essa mesma concepção, é quem deve determinar o impacto de problemas existentes, enquanto o político (*policy politician*) seria o agente preocupado com a distribuição das políticas, procurando justificar seus custos para a sociedade (Behn, 1981).

Na concepção de Howlett et al (2009), o processo de desenvolvimento de políticas públicas envolve diversos atores, mas, necessariamente, implica decisões tomadas por representantes oficiais do governo vigente, nas palavras do autor (2009), “*governments make public policy*”. Segundo ele, fazer política (*policy-making*) significa encontrar meios para atingir objetivos, na prática, encontrar soluções para problemas identificados, processo que conta com duas dimensões: a técnica e a política (*political*).

Em uma concepção que confere ao governo papel ainda mais relevante, Sabatier & Jenkins-Smith (1999) apontam que o processo de fazer políticas públicas inclui a forma como os problemas são concebidos e trazidos ao governo de modo a tentar obter uma solução. No entanto, cabe a instituições do próprio governo formular alternativas e selecionar políticas que se apresentem como soluções, que deverão ser implementadas, avaliadas e revisadas. Para este autor, cabe ao analista encontrar meios para simplificar todo esse processo, para que seja possível compreendê-lo.

Um dos principais problemas discutidos no campo das políticas públicas é a tensão entre avaliação e análise de políticas. A literatura disponível evidencia dificuldades não só quanto a estabelecer diferenças conceituais, mas em definir os limites das contribuições de cada uma também (Geva-May & Pal, 1999).

A escolha de uma política pública se dá no sentido de solucionar um dado problema, determinado pelo contexto e pelos atores envolvidos (*stakeholders*). Nesse sentido, para Geva-May e Pal (1999), se uma política pública se relaciona ao curso de ações, posições ou decisões políticas, e implica conflitos de interesse e disputas de poder, compreender todo este entorno e respectiva dinâmica deve ser o papel da análise de políticas.

Enquanto a análise de políticas pode ser considerada prospectiva, com ênfase em estimativas ou projeções, a avaliação de políticas seria retrospectiva, e seu foco se voltaria para os efeitos e resultados observados, em iniciativas já implementadas ou ao longo de seu processo de implementação. Avaliação se relaciona a aspectos mensuráveis e já existentes durante ou após o processo de implementação de uma política, não necessariamente desenvolve comparações ou interações entre valores e contextos políticos.

A avaliação, na realidade, pode ser considerada um dos estágios do ciclo da política (policy cycle). Já a análise de políticas está antes direcionada à determinação de potenciais alternativas de políticas, adequadas a determinados objetivos a serem alcançados, à luz das relações entre políticas e objetivos já alcançados ou fracassados. Trataremos com mais detalhes sobre os papéis de ambas, embora o foco desse trabalho esteja na análise de políticas.

O processo de desenvolvimento de políticas é de extrema complexidade e, como já mencionado, cabe ao analista simplificar tal processo de forma que o mesmo se torne compreensível sua análise factível frente aos inevitáveis constrangimentos de tempo, orçamento e recursos humanos capacitados. Segundo Sabatier & Jenkins-Smith (1999), alguns elementos são responsáveis por esse cenário complexo: muitos são os atores envolvidos; o longo tempo que o ciclo da política leva para se completar; o envolvimento de vários programas e esferas de governo em uma mesma política; conflitos de poder e interesse.

A abordagem ou o método empregado influenciam o modo como analistas explicam ou ressaltam resultados específicos de políticas públicas. Apesar de não existir um consenso quanto a uma metodologia “ideal” a ser seguida, segundo Howlett et al (2009), esses modelos e técnicas podem orientar analistas sob a ótica de duas abordagens mais amplas. Em uma visão mais positivista, o foco se concentra em aspectos mais objetivos quanto aos resultados e metas potenciais a serem alcançados por uma política. Já na concepção denominada pós-positivista, são empregadas técnicas de investigação mais subjetivas, com a finalidade de compreender e tecer críticas aos objetivos, intenções e ações de governo.

Quanto à abordagem positivista, na principal linha na análise de política prescritiva são aplicados princípios de economia (especialmente a economia do bem-estar) aos problemas públicos. Esses princípios se baseiam na noção de que indivíduos tomam a maioria de suas decisões com base em mecanismos de mercado. Seus

proponentes defendem que o mercado é o mecanismo mais eficiente para alocar recursos da sociedade, embora admitam que essa lógica não funcione adequadamente para toda ou qualquer circunstância.

No entanto, é possível afirmar que, com frequência, é impossível explicar decisões políticas utilizando métodos lógicos ou lineares. Ainda que seja possível identificar ou avaliar uma política como sendo a mais efetiva ou eficiente, as circunstâncias que a precederam ou que estão envolvidas na escolha dessa política (e não outra) não ocorreram de forma técnica (e, muitas vezes, nem mesmo racional), mas sob a influência de múltiplos interesses e instituições, além de conflitos entre eles (Howlett et al, 2009, Kingdon, 1995).

Abordagens pós-positivistas surgiram no início dos anos 1990, com o objetivo de superar o positivismo tecnocrático vigente. Representantes da nova corrente de análise de políticas tinham o propósito comum de gerar conhecimento aplicável no campo, através da utilização da análise política e social de problemas públicos e do processo de formulação de políticas e de seus resultados (Howlett et al, 2009).

Não existe um método formal de análise utilizado por pós-positivistas, sendo mais adequado afirmar que se trata de uma orientação teórica. Apesar de sofrerem influência, predominantemente, de métodos e teoria sociais tais como a teoria crítica, o pós-estruturalismo, o pós-modernismo e o construtivismo social, representantes de correntes pós-positivistas não descartam a utilização da análise objetiva e empírica das políticas públicas. No entanto, sob esta orientação, a ênfase não recai nas evidências empíricas, enfatizadas pela análise positivista. Pós-positivistas trazem para o campo da análise de políticas a idéia de que os objetivos e processos de políticas são permeados por conflitos constantes e pela necessidade de negociações entre os atores envolvidos, que por sua vez, são influenciados por seus próprios interesses e valores e constrictos pelas circunstâncias (Howlett et al, 2009).

Sabatier & Jenkins-Smith (1999) distinguem sete abordagens conceituais de maior destaque no campo de estudo das políticas públicas, ressaltando que o bom analista deve ser capaz de reconhecer a utilidade de cada uma delas e aplicá-las conforme cada circunstância apresentada. Segundo ele, a “heurística dos estágios” tem sido a abordagem mais frequentemente utilizada, até recentemente. Esta abordagem divide o processo das políticas em uma série de estágios - estabelecimento de agenda, formulação e legitimação da política, implementação e avaliação - e discute alguns dos fatores que afetam o processo em cada um desses estágios. No entanto, para este autor,

apesar da heurística dos estágios ter trazido ao campo contribuições relevantes, considerando que o processo das políticas não se apresenta tão bem dividido ou linear, é necessário substituir esse modelo por abordagens conceituais mais consistentes e complexas.

Conforme apresentado pelos autores (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999), as demais seis abordagens parecem mais promissoras no sentido de atender a critérios científicos mais rigorosos e lidar com a complexidade que usualmente está envolvida na análise de políticas públicas. A abordagem da “escolha institucional racional” enfoca o modo como regras institucionais repercutem no comportamento de indivíduos supostamente racionais, motivados por interesses materiais. Já a abordagem do “equilíbrio-pontuado”, defende que a formulação de políticas se caracteriza por longos períodos de mudanças incrementais, pontuadas por períodos curtos de mudanças de maior porte ou relevância.

Uma terceira abordagem, a “coalizão de ativismo” (advocacy coalition), como o próprio nome já diz, enfoca a interação entre coalizões de ativismo, que consistem em conjuntos de atores oriundos de diversas instituições, que compartilham um conjunto de crenças quanto às políticas, em um determinado subsistema de políticas. Com o objetivo de explicar variações na adoção de inovações em políticas específicas foi desenvolvida a abordagem da “difusão de política”, que defende que a adoção de uma política depende do sistema político vigente e de uma variedade de processos de difusão da mesma. A abordagem do “funil de causalidade”, utilizado para estudos comparativos entre números elevados de diferentes estados ou localidades, pretende explicar variações locais/ regionais nos resultados de políticas, especialmente em programas de bem-estar social (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Finalmente, a última das abordagens destacadas por Sabatier & Jenkins-Smith (1999), e a que pretendemos descrever em um maior nível de detalhe, é a denominada “correntes-múltiplas”, desenvolvida por John Kingdon (1995). Essa abordagem trata o processo de políticas como sendo composto de três correntes de atores e processos: a corrente de problemas, que envolve proponentes e definições de problemas; a corrente que envolve os proponentes de soluções para os problemas definidos; e a corrente que consiste em eleições e representantes de governo eleitos. Na visão de Kingdon, essas correntes costumam operar de forma independente, exceto quando surge uma “janela de oportunidade”, que as conecta através de determinados atores ligados à política (*policy entrepreneurs*), fazendo com que uma mudança significativa ocorra.

De maneira bastante simplificada, é possível afirmar que a formulação de políticas públicas é um conjunto de processos, e envolve o estabelecimento de uma agenda, especificação de alternativas, escolha entre as alternativas disponíveis e implementação desta decisão. O trabalho de John Kingdon destaca justamente o processo que precede a implementação das políticas, o processo pré-decisório das políticas, que inclui dois elementos centrais: o estabelecimento da agenda e a especificação das alternativas (Kingdon, 1995).

O termo agenda, na concepção desse autor, representa a lista de temas ou problemas considerados relevantes por membros formais do governo ou por pessoas associadas ao governo. Assim, o processo de estabelecimento de uma agenda tem a função de afunilar ou selecionar temas que virão a se tornar foco de atenção do governo. Segundo Kingdon, é importante destacar que a agenda governamental é diferente da agenda decisória, cuja lista de temas fazem parte da agenda governamental mas já estão prontos para serem submetidos ao processo ativo de decisão.

Quanto ao o conjunto de alternativas disponíveis para as ações de governo, é possível afirmar que algumas são levadas em consideração com alto grau de comprometimento, enquanto outras são prontamente descartadas. Nesse sentido, o processo de especificação ou escolha de alternativas a serem consideradas é a etapa que tem a função de restringir o leque de alternativas apresentadas inicialmente, no sentido de solucionar um problema específico, definido na agenda.

Por último, ao tratar do papel da corrente política o autor se refere ao mesmo como essencial e intrínseco ao processo de formulação de políticas públicas. Como primeiro elemento dessa corrente, ele destaca o “humor nacional” (*national mood*), que também pode ser definido como “clima de opinião” vigente no país, mudanças na opinião pública ou movimentos sociais amplos. Esses termos dizem respeito à noção de que uma maioria de cidadãos pensa de forma semelhante quanto a determinados aspectos, mas que essa linha de pensamento é passível de mudanças (para a esquerda ou direita) e têm impacto na agenda das políticas e seus resultados.

Como segundo elemento da corrente política, Kingdon (1995) cita as forças políticas organizadas, que são representadas pelos chamados grupos de interesse e, secundariamente, por outras forças organizadas tais como os partidos políticos. Um terceiro componente da corrente política é composto de eventos que ocorrem no âmbito do próprio governo, como mudanças na administração ou no congresso, podendo afetar agendas já em processo de formulação. Questões sobre limites estabelecidos por lei

quanto às atribuições de representantes e esferas de governo também são reconhecidos pelo autor, bem como a importância de especialistas tais como pesquisadores, burocratas e consultores, no desenvolvimento de programas especializados, que concretizarão políticas públicas.

Essas três correntes citadas, como dito anteriormente, têm uma existência relativamente independente, na teoria de Kingdon, mas se unem em momentos críticos denominado “janelas de oportunidade”. A abertura de uma janela de oportunidade significa um conjunto de fatores (em termos das três correntes) que criam um ambiente favorável a uma determinada política, posicionando-a na lista de itens prioritários da agenda decisória. Uma janela é, habitualmente, aberta a partir de uma mudança política ou porque um novo problema chamou a atenção de governantes ou pessoas próximas a eles. Mas para que uma alternativa de política seja aprovada, ela deve estar madura o suficiente para que seja possível implementá-la efetivamente, bem como ter atores que a representem e a levem adiante (policy entrepreneurs).

O modelo dos múltiplos fluxos foi também desenvolvido por Zahariadis (2003), que introduziu a noção de ambigüidade na análise de políticas, enquanto múltiplas formas de pensar sobre as mesmas circunstâncias ou um mesmo fenômeno. Segundo este autor, o referido modelo seria aplicável apenas em condições de ambigüidade nas políticas. A ambigüidade pode favorecer a manipulação, não em seu sentido pejorativo, mas sim, no sentido de exigir dos empreendedores das políticas capacidade de argumentação suficiente para controlar a ambigüidade e tornar possível a tomada de decisão. *Zahariadis* introduz o conceito de manipulação de idéias, através do qual empreendedores transformam o processo das políticas em uma atividade de “geração de significado”, controlando a ambigüidade (preferências problemáticas, tecnologia pouco clara e participação fluida) presente na formulação de políticas. O uso dessa ambigüidade nas políticas é o foco desse autor.

Zahariadis também amplia a teoria desenvolvida por Kingdon para explicar o processo de formação de uma política como um todo (agenda setting e decision making), além de considerar como processos inseparáveis a especificação de alternativas da escolha de uma política. Dessa forma, podemos afirmar que seu modelo busca explicar não só como itens ganham destaque na agenda, mas também como determinadas alternativas são escolhidas e outras não. Além disso, o autor também traz contribuições expandindo a teoria de Kingdon para além da realidade norte-americana, desenvolvendo estudo de casos em outros países, com sistemas políticos diferenciados.

Análise de Políticas no Brasil

No Brasil, as políticas públicas vêm sendo construídas em um campo de muitos conflitos e de elevada densidade política. Elas se efetivam em um cenário de relações complexas e de tensões entre estado e sociedade, entre instituições governamentais e entre as próprias esferas de governo (governo federal, estados e municípios).

As demandas por políticas e as próprias ações políticas, são geradas pelos interesses dos diversos atores envolvidos (*stakeholders*) que, segundo Matias-Pereira (2010), podem ser classificados como atores públicos, atores privados, agências internacionais e formadores de opinião. Na sociedade brasileira, especificamente, o interesse pelo campo das políticas públicas vem aumentando de forma significativa, na medida em que o grau de conhecimento da sociedade quanto aos seus efeitos e importância é ampliado.

Segundo aponta Arretche (2003), a competição eleitoral, a autonomia de governos locais e os programas de reforma do Estado são fatores a serem destacados como geradores de inovações no campo das políticas e programas governamentais. O propósito de promover a análise de uma política pública no Brasil se apresenta como um grande desafio, especialmente sob o ponto de vista teórico, já que se trata de um campo relativamente novo.

Além disso, não existe clareza quanto aos atores envolvidos na formulação de políticas e como as mesmas são implementadas em território nacional. Segundo aponta Souza (2003), para que seja possível avançar na pesquisa em políticas públicas, é preciso que determinadas lacunas sejam preenchidas, especialmente em relação às políticas sociais, cuja tradição histórica tem sido de influência de fenômenos como o clientelismo, paroquialismo, patrimonialismo, entre outros, muitas análises têm sido norteadas, ainda hoje, por eles.

Uma outra questão levantada por Souza (2003) diz respeito às diferenças de respostas de políticas entre os Estados brasileiros. Segundo ela, outros países federativos já avançaram nesse aspecto há algum tempo. É necessária uma compreensão mais ampla e até comparativa entre políticas desenvolvidas no âmbito estadual, já que se sabe da existência de diferenças marcantes entre políticas formuladas/ implementadas pelos governos estaduais. A maioria dos estudos existentes se concentra nas políticas nacionais ou locais, embora também não se possa dizer que sejam tão numerosos.

A concepção da análise de política (*policy analysis*), segundo Frey (2000) pode ser considerada adequada para aplicação no contexto brasileiro, no entanto, é necessário

que se considere que seus pressupostos foram consolidados na realidade de países considerados desenvolvidos. Assim, faz-se necessário uma adaptação, seja qual for a abordagem utilizada, às peculiaridades da situação política e institucional do país, além de se considerar as próprias limitações da proposta que se decida utilizar. Uma dessas peculiaridades diz respeito aos arranjos institucionais no cenário brasileiro, além da variedade de características dos processos políticos (de decisão e planejamento) estaduais e municipais, cujo conhecimento ainda é bastante escasso. Além disso, segundo Frey (2000), a ampla autonomia conferida aos municípios pela Constituição de 1988, incluindo o direito a outorgar uma constituição local, gera uma óbvia multiplicidade institucional, especialmente no que tange as negociações que mediam as relações entre legislativo e executivo.

Outro fator a ser considerado na análise de políticas diz respeito ao fato que, em contraposição às democracias mais consolidadas, que, em teoria, os governos se formam baseados em orientações político-ideológicas, no Brasil esse processo parece se desenvolver mais em consequência de constelações pessoais e com base no carisma pessoal de candidatos. Essa premissa carrega em si a idéia de um cenário político bastante vulnerável a alterações repentinas e radicais, o que na prática se manifesta pela falta de continuidade de ações político-administrativas em todas as esferas de governo. Dessa forma, em um ambiente político onde os arranjos institucionais e os processos de negociação entre executivo, legislativo e grupos de interesse da sociedade são pouco estruturados e formais, dificuldades em estabelecer metas claras e prioridades técnicas e materiais são esperadas. Tais dificuldades acabam refletindo também na regulação de conflito e cooperação entre os diferentes níveis de governo e entre instituições.

Como já mencionado, o campo da análise de políticas é descrito a partir de diversas abordagens e enfoques, o que não significa que não existam pressupostos teóricos consistentes para cada uma delas. Segundo Frey (2000), a análise de políticas não deve ser considerada uma ciência exata, mas um campo de estudo onde várias abordagens podem ser adequadamente utilizadas. Essa diversidade de correntes, abordagens e modelos teóricos pode ser justificada pela complexidade inerente ao próprio campo, que pressupõe a inter-relação de múltiplos elementos tais como os atores envolvidos, o ambiente político e forças internas e externas que influenciam ou determinam as políticas públicas.

O objetivo da análise de políticas é, em parte, tornar cognoscível elementos ou partes de questões ou problemas relacionados a determinadas políticas, promovendo a

geração de novas (ou mais adequadas) alternativas. Esse processo deve servir de base, em última instância, para a tomada de decisão informada e racional. Resumindo, a análise de políticas é o processo pelo qual a tomada de decisões do governo pode ser explicado e entendido, auxiliando a antecipação da decisão pelo estabelecimento de padrões desse processo.

Para cumprir tais objetivos, a análise de política pode utilizar diferentes modelos e técnicas, tanto formais quanto informais, para se chegar a recomendações que beneficiem a clientela atingida por uma dada política. Independente da natureza dos dados (quantitativos ou qualitativos), eles devem ser capazes de fundamentar a definição de problemas, hipóteses, alternativas, atores envolvidos e recomendações.

Decisões governamentais e o modo como as políticas são elaboradas e desenvolvidas são tratadas por diversas áreas de conhecimento como economia, administração, sociologia e ciência política e segundo um amplo leque de teorias, conceitos e ferramentas metodológicas. Um campo de natureza intrinsecamente multidisciplinar, como em linhas gerais é definido a análise de políticas (*policy analysis*), é de particular interesse para estudos sobre programas e políticas governamentais. A abordagem proposta por Majone (1989) destaca o modo como evidências, valores e narrativas devem convergir de modo a compor um conjunto coerente de explicações e argumentos orientados ao convencimento de tomadores de decisões. A produção de análises orientadas a governantes e tomadores de decisões políticas possui fortes vínculos com os mecanismos de decisões em si, em que pesem os esforços em delinear as fronteiras entre análises e estudos, que contam com uma ampla variedade de métodos e soluções de pesquisa.

A noção muito difundida de que a decisão política resulta principalmente da capacidade de liderança individual remonta à tradição maquiaveliana e se associa à percepção de que tais decisões são específicas de cada situação, dependem da vontade dos atores em meio a uma competição por ideias e, os resultados finais seriam altamente influenciados por análises de especialistas independentes.

No entanto, decisões políticas são frequentemente ambíguas, logo admitindo diferentes soluções. Modelos de análise distintos com premissas de cenários abertos, não sujeitos a padrões e de elevada incerteza são comumente formulados. Por outro lado, processos decisórios ocorrem, frequentemente, em ambientes complexos onde seus agentes não conseguem compreender solidamente todas as alternativas e informações disponíveis e têm limites em perceber todas as consequências de seus

próprios interesses. Percepções e valores se alteram especialmente quando se tratam de grandes temas políticos ou interfaces tecnológicas inovadoras.

Um dos aspectos mais importantes na análise de políticas se refere a identificar dinâmicas incrementais e os momentos da mudança política profunda. A busca por identificar padrões decisórios em políticas seja para fins descritivos ou de caráter preditivo, representa um tradicional desafio nas ciências políticas e econômicas. Ao definir o ambiente decisório e os problemas e soluções envolvidos nas escolhas políticas como algo dotado de ambiguidades e de aspecto amorfo e desestruturado (*muddle through*), Lindblom (1959) delineou os limites da racionalidade e observou que as alternativas políticas no momento final da tomada de decisões tendem a se diferenciar na margem. Propôs um conhecido modelo incrementalista como solução pragmática de tomada de decisões. Lindblom se ancorou, talvez excessivamente, na pequena diferença entre os projetos dos dois grandes partidos políticos norte-americanos naquela época, o que não é tão nítido no quadro atual. De qualquer forma, sua abordagem incrementalista angariou influencia. O incrementalismo nas políticas enfatiza mudanças pequenas, com base no acordo dos atores e instâncias envolvidos no processo, evitando (ou, ao menos, minimizando) a insatisfação (e eventual veto) de opositores. A tomada de decisão é serial e antigos problemas são trazidos à tona, à medida que demandas e novas abordagens são desenvolvidas para responder a eles e, se possível, solucioná-los. Assim, mudanças profundas são possíveis, mas tendem a ocorrer através de pequenos passos (Lindblom, 1980). Zahariadis (2003) utiliza outro termo para se referir a um processo semelhante que denomina “*Salami tactics*”, envolvendo um fatiamento estratégico de propostas de políticas, de forma a promover um acordo passo a passo com os tomadores de decisão.

O aspecto principal a ser ressaltado é que os processos decisórios costumam ser pouco estruturados. Alguns padrões, no entanto, podem ser observados e a busca por identificá-los facilita a produção de análises, recomendações e observação de tendências. Decisões são tomadas muitas vezes em ambientes institucionais delimitados e podem ser identificadas como ciclos realimentados envolvendo agendas e resultados (Howlett et al, 2009). Por outro lado, modelos mais abertos ao ativismo societário, nos quais as etapas de formulação e decisão são precariamente delimitadas, como na formação de coalizões de defesa (*advocacy coalitions*) tem força explicativa para tais situações (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Coalizões deste tipo podem ser

identificadas nitidamente em políticas do setor saúde no Brasil, como no caso do controle da epidemia de HIV/AIDS.

Por sua vez, para ambientes institucionais governamentais bem delimitados, onde políticos e especialistas coabitam o processo decisório com grupos de interesses e lideranças avulsas, teorias baseadas em fluxos decisórios, ação de empreendedores e oportunidades circunstanciais se mostram bastante atraentes (Kingdon, 1995). Formulada em ambiente federativo norte-americano, a teoria de múltiplos fluxos, onde se destacam os papéis de agentes empreendedores e de janelas de oportunidades, foi experimentada em outros ambientes institucionais (Zahariadis, 2003) e parece promissora para o estudo de políticas em nosso país. Majone (1989) discutiu os limites lógicos da aplicação dos métodos experimentais das ciências naturais aos estudos de fenômenos políticos em geral e na análise de políticas em particular. A análise de políticas, ao utilizar os dados e as informações disponíveis conforme cada situação deve produzir o convencimento segundo a capacidade do analista em construir um argumento sólido e persuasivo.

Em resumo, em nosso estudo adotamos a noção de que instituições possuem centros decisórios, normas e práticas razoavelmente consistentes. Isto serve de base para o desenho do ambiente institucional no qual os conflitos, problemas e soluções se apresentam. A identificação das instituições e núcleos dinâmicos e o modo como problemas e soluções são difundidos no governo e a circulação de agendas e alternativas representa a etapa inicial para compreender o desenvolvimento das políticas de saúde mental no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

Como destaca Vaitsman et al (2013), a análise de políticas no Brasil, em particular, se desenvolveu junto com o processo de redemocratização do país. Em linhas gerais, em nosso estudo utilizamos o referencial geral do que se conhece como análise de políticas no que busca reunir evidências a partir de bases de dados públicas, observação de processos, experiência profissional e entrevistas com atores relevantes e tomadores de decisão, especialmente, em políticas de saúde mental. Nesse sentido, não aplicamos um específico modelo analítico, como os citados anteriormente. Porém, fazemos um uso genérico das linguagens utilizadas em teorias de múltiplos fluxos (Kingdon, 1995; Zahariadis, 2003) e de ciclos de políticas (Howlett et al, 2009).

Capítulo 2: Procedimento metodológicos

A partir do conjunto de elementos teóricos e conceituais apresentados desenvolveremos um modelo analítico e explicativo (*framework*) adequado ao contexto brasileiro e às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, com foco na análise de políticas. Esta tese apresenta um resumo dos resultados de estudos, desenvolvidos no âmbito das linhas de pesquisa nas quais a autora esteve envolvida ao longo do programa de doutorado em saúde pública. Alguns desses estudos se desdobraram em publicações científicas, aprovadas em revistas indexadas ou já submetidas, aguardando parecer. Esses trabalhos constam em anexo a esta tese.

O objetivo dessa tese foi analisar o desenvolvimento das políticas de SMAD no Brasil, tomando como marco institucional a promulgação da Lei 10.216 de 2001, tanto no que tange o progresso de sua regulamentação quanto a implementação da rede de serviços preconizada por tais normas. Nesse sentido, enfatizamos a análise dos normativos do Ministério da Saúde relacionados à política setorial e, com relação ao papel de atores relevantes à política, nos concentramos nos aspectos que funcionam como obstáculos ou facilitadores de seu desenvolvimento.

Assim, utilizamos procedimentos tais como a pesquisa bibliográfica, de forma a contextualizar as mudanças que se seguiram à Reforma Psiquiátrica, suas repercussões e conflitos para as políticas de SMAD. A pesquisa bibliográfica também foi utilizada de forma a descrever aspectos conceituais e analíticos relacionados à análise de políticas e particularidades em relação às políticas brasileiras.

A revisão documental se propôs ao alcance de um dos objetivos mais específicos da tese, que foi a análise do desenvolvimento das normas após a Reforma, particularmente considerando a promulgação de portarias pelo Ministério da Saúde. Essa revisão foi feita com base nos temas relacionados à saúde mental, tendo por propósito categorizar as normas quanto às principais modalidades de serviços e ordem temporal em que foram aprovadas, de acordo com prioridades da agenda governamental.

Em relação às entrevistas, partindo de um roteiro que abordava temas tais como trajetória e mudanças nas políticas após a Reforma Psiquiátrica, implementação e capacidade da rede substitutiva, adequação dos serviços preconizados à demanda existente e importância dos especialistas nos serviços de SMAD, nosso objetivo foi utilizar a opinião de especialistas e gestores de forma a subsidiar a resposta às questões centrais da tese. Entender as motivações dos tomadores de decisão sobre a forma como

as normas foram sendo autorizadas e dificuldades na implementação de tais normas também foram objetivos das entrevistas.

O levantamento de dados sobre os serviços de SMAD do estado do Rio de Janeiro teve o propósito de compreender como, na prática, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem sendo implementada, os tipos de serviços que a compõem e os profissionais envolvidos na atenção. Todos os procedimentos estão descritos mais detalhadamente a seguir.

Pesquisa Bibliográfica

Quanto aos aspectos teóricos e conceituais, tanto em relação à análise de políticas quanto em relação às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, realizamos pesquisa bibliográfica a partir dos temas de estudo dos grupos de pesquisa nas quais participei. O primeiro estudo, tendo a Reforma Psiquiátrica como tema central - resultando em um dos artigos publicados no número temático da Revista Ciência e Saúde Coletiva, em comemoração aos 10 anos da Reforma.

A pesquisa bibliográfica envolveu artigos científicos relacionados aos temas estudados, através de mecanismos de busca como o Scielo e o Pubmed, a partir dos indexadores, buscando palavras-chave tais como uso de drogas, saúde mental e redução de danos. Ressaltamos que se tratou de uma revisão conceitual, que foi conduzida em conjunto com as equipes que estiveram envolvidas nas pesquisas que deram origem a esta tese.

Pesquisa Documental

A pesquisa documental se concentrou no material disponível nos sites oficiais, tanto de instituições nacionais, como o caso do Ministério da Saúde brasileiro, quanto internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde. Em relação às políticas de drogas especificamente, outras fontes também foram consideradas, como a UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) e a SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas).

Em relação à pesquisa documental, foram analisados, com especial destaque, documentos normativos oficiais na forma de leis, portarias e diretrizes oficiais do Governo Federal. Os principais documentos sobre as políticas governamentais e as principais leis foram obtidos nos sites do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria

Nacional de Políticas sobre Drogas e do Observatório Brasileiro sobre Drogas (OBID). No total foram selecionadas quatro leis e dois decretos.

Para a seleção de documentos normativos, os quais aparecem na forma de Portarias Ministeriais, utilizamos o mecanismo de busca eletrônico *Saúde Legis* (sistema de legislação em saúde), disponibilizado no site do MS. Foram considerados todos os documentos de abrangência federal, publicados a partir da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 até 31 de janeiro de 2012 e atualizada em janeiro de 2014. Foram descartadas todas as portarias consideradas de baixa relevância para a política analisada, como as que faziam referência à habilitação ou reclassificação de serviços específicos, instituía grupos de trabalho ou comissões, além daquelas que mencionavam a saúde mental de modo acessório. Também foram excluídos documentos que homologavam processos seletivos e prorrogação de prazos, além de portarias revogadas ou substituídas.

Utilizamos os seguintes descritores para a busca de documentos: “mental”, “álcool [e outras drogas]”, “psiquiátrico”, “psiquiatria”, “psicossocial”, “hospital dia”, “crack”, “comunidades terapêuticas”, “residência terapêutica” (alternativamente o termo serviço residencial terapêutico), “casa de acolhimento transitório” e “NASF (Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família)”. Foram encontradas 130 portarias por meio do citado mecanismo de busca *Saúde Legis*. Analisamos os temas predominantes e as normas vigentes mais relevantes em cada um. Portarias revogadas ou substituídas foram excluídas, assim como as que não possuíam conteúdo relevante na descrição das políticas.

Seguindo o critério de inclusão descrito, um total de vinte portarias foram selecionadas e classificadas, inicialmente, incluindo outras sete portarias após recente atualização. Os temas sob as quais as portarias foram divididas foram os seguintes temas: internação psiquiátrica, serviços comunitários extra-hospitalares, suporte e reabilitação e álcool e outras drogas. Esses temas, que representam eixos observados no desenvolvimento da política foram selecionados após minuciosa leitura dos documentos normativos e após combinarmos estes conteúdos com os eventos mais relevantes do desenvolvimento da política de saúde mental no país. A agenda política da Reforma Psiquiátrica enfatizou, em seu início, o controle das *internações psiquiátricas* seguido pela criação de *serviços comunitários extra-hospitalares*. A criação de mecanismos financeiros de *suporte e reabilitação* para os pacientes e seus familiares se mostrou necessária para viabilizar o processo de fim dos manicômios. Por fim, identificamos a

recente emergência da agenda política de *álcool e outras drogas*, que trouxe à tona antigos conflitos sobre a institucionalização ou não dos pacientes psiquiátricos.

Entrevistas

Foram entrevistados especialistas na área de saúde mental, gestores governamentais da saúde e assistência social, além de um representante das Comunidades Terapêuticas. Buscamos priorizar os gestores do Estado do Rio de Janeiro, foco de nosso estudo, mas incluímos em nossa pesquisa representantes das três esferas federativas, considerando o modelo atual de gestão da saúde, descentralizado para os municípios em termos de implementação, mas com diretrizes e normas de financiamento regulamentadas pelo governo federal. Também incluímos especialistas, pesquisadores renomados, mas com vasta experiência de gestão na área de saúde mental e participação ativa nos primórdios da Reforma Psiquiátrica. Considerando a emergência da agenda das drogas e seu atual protagonismo na atenção à saúde mental, trouxemos para o nosso estudo a experiência e a opinião de representantes da assistência social. Este setor, tradicionalmente, tem estado presente na atenção aos usuários de drogas. Na mesma linha, considerando os debates recentes sobre a incorporação de entidades não governamentais à rede de pública de atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, por meio de editais que regulamentam o financiamento público de serviços do tipo Comunidade Terapêutica, também entrevistamos um representante do setor.

Entrevistamos dois especialistas com experiência de mais de dez anos na gestão, além de inserção na academia e autoria em estudos publicados, ambos tendo relevância reconhecida no ambiente institucional da política pública relacionada à saúde mental. Um desses especialistas, Pedro Gabriel Godinho Delgado, ocupou por longo período posições centrais em termos de decisões no MS e este período foi simultâneo à implementação das políticas decorrentes da reforma psiquiátrica e da Lei Paulo Delgado. Atualmente, Delgado atua como professor e pesquisador no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O outro especialista entrevistado, Paulo Roberto Fagundes da Silva, foi diretor, também por cerca de dez anos, de uma das principais unidades públicas de internação de portadores de transtornos mentais, a Colônia Juliano Moreira, além de ter estado à frente de serviços substitutivos, na modalidade residencial terapêutica. Fagundes hoje atua como pesquisador e professor na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Essas

entrevistas foram realizadas em março de 2012, no local de trabalho dos entrevistados e, após transcrição, sob autorização dos entrevistados, foram aqui utilizadas na forma de comunicação pessoal.

Em relação aos gestores da área da saúde, foram selecionados representantes das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. No Ministério da Saúde, entrevistamos o coordenador da área técnica de saúde mental, Roberto Tykanori, que atua no cargo desde o ano de 2011. Tykanori já foi professor da Faculdade de Medicina da UNIFESP e atuou como coordenador de saúde mental do município de Santos, na segunda metade da década de 1990. Também entrevistamos a coordenadora da área técnica de saúde do adolescente, Thereza de Lamare, na função desde o ano de 2005, e com experiência prévia como secretária estadual de assistência social, no governo de Minas Gerais. Ambas as entrevistas foram realizadas no Ministério da Saúde, em Brasília, em dezembro de 2013. No âmbito do estado do Rio de Janeiro, entrevistamos a ex-coordenadora de saúde mental Ingrid Jann, que esteve à frente da gestão estadual da área durante dois anos (2010-2012), tendo sido integrante da equipe da coordenação desde 2006. Jann foi selecionada, recentemente, por concurso público, para o cargo de analista na Fundação Oswaldo Cruz, atuando no Instituto de Comunicação e Informação em Saúde, onde a entrevista foi realizada, em janeiro de 2014. Como representante da gestão municipal, selecionamos Daniel Soranz, subsecretário de atenção primária, vigilância e promoção da saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro. Sua escolha se deu pelo fato da coordenação de saúde mental ter estado sob a gestão de sua subsecretaria até o final do ano de 2013, onde atua desde 2009. A entrevista foi realizada na própria Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, em dezembro de 2013.

Além do setor saúde, foram realizadas duas entrevistas com gestores da assistência social, Rodrigo Abel, subsecretário de proteção especial da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (Prefeitura do Rio de Janeiro) e Nelma Azeredo, Subsecretária de Gestão da Rede, da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (Governo do Estado do Rio de Janeiro). Ambas as entrevistas foram realizadas em junho de 2013, nas respectivas secretarias. Também entrevistamos um representante das Comunidades Terapêuticas, Einardo Bingemer, membro da Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia e Coordenador do Projeto Latino-Americano de Pesquisa sobre Comunidades Terapêuticas (*LATC Research*). Essa entrevista foi concedida em julho de 2012, na própria residência do entrevistado.

O roteiro das entrevistas foi planejado de modo a tratar dos eixos identificados a partir da pesquisa documental. Os eixos nomeados anteriormente foram saturados no roteiro e aqui tratados como a agenda política do MS nos últimos dez anos. Entre os temas abordados nas entrevistas, foram enfocadas questões relacionadas ao percurso da Reforma Psiquiátrica; funcionamento e lacunas da rede pública de atenção à SMAD, articulação entre os setores da saúde, assistência e demais serviços não-governamentais (foco para as Comunidades Terapêuticas), especialmente na atenção ao uso de crack, álcool e outras drogas; efetividade do modelo substitutivo, com ênfase nos CAPS; emergência da agenda das drogas e sua influência para a saúde mental como um todo; e perspectivas futuras para a atenção em saúde mental, considerando as normas e o financiamento disponível.

Análise de dados secundários

Em relação ao estudo da Rede de Atenção Psicossocial, realizamos uma análise de dados secundários, disponíveis nos bancos de dados administrativos em fontes reconhecidas (DATASUS, CNES, IBGE, Secretaria de Estado de Saúde/ Governo do Estado do Rio de Janeiro). Analisamos toda a produção ambulatorial (SIA/SUS) disponível no sistema de informações em saúde da secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro, de janeiro a junho de 2013 e toda a produção hospitalar (SIH/SUS), de 1995 a 2013.

Em relação à produção ambulatorial, foram considerados todos os procedimentos relacionados à saúde mental, atenção psicossocial, psiquiatria e psicoterapia. Esses dados foram levantados para cada um dos municípios, embora alguns não apresentem qualquer dado sobre sua produção ambulatorial, dessa forma, seus estabelecimentos não foram incluídos em nossa base, o que não significa que não executem algum tipo de atenção em saúde mental. Em termos de análise para este estudo, após agregar a produção ambulatorial em três grupos (atendimento individual, atendimento em grupo e oficinas), observamos inconsistências irreparáveis, as quais foram confirmadas por entrevistados e, portanto, resolvemos não utilizar esses dados nesse estudo.

No entanto, a produção ambulatorial foi utilizada como critério de inclusão dos estabelecimentos, de forma a identificar todos os estabelecimentos que executam algum tipo de procedimentos em saúde mental em todo o estado do Rio de Janeiro. Foram listados estabelecimentos de 63 municípios, além dos 40 estabelecimentos listados

como pertencentes à gestão estadual. Estes últimos foram agregados ao município onde estão localizados, considerando que integram a rede daquela localidade. Um total de 528 estabelecimentos foram analisados, considerando seu município, região, tipo de unidade, natureza jurídica e equipe de nível superior. Esses dados foram coletados de junho a agosto de 2013.

Após o levantamento de todos os estabelecimentos que realizaram procedimentos em saúde mental, no ano de 2013, comparamos sua produção aos recursos humanos disponíveis, considerando o número de profissionais de nível superior e o número de horas contratadas. Também comparamos o número de especialistas em relação aos demais profissionais de nível superior. Consideramos especialistas em saúde mental os médicos psiquiatras e os psicólogos, levando em conta sua graduação estar, tradicionalmente, voltada à saúde mental. Esses profissionais, em sua formação básica, são capacitados em disciplinas tais como psicodiagnóstico, psicopatologia e psicofarmacologia. O psiquiatra, em particular, é o único profissional autorizado a prescrever medicação e a encaminhar para internação, nos casos necessários. Embora não sejam obrigatórios em unidades da atenção primária, por exemplo, sua ausência em estabelecimentos mais especializados (CAPS II, III, AD, I e AD III), pode ser um indicador de fragilidade do serviço.

Os CAPS, cuja produção ambulatorial foi registrada no SIA/SUS, foram analisados em separado, considerando sua centralidade na Rede de Atenção Psicossocial. Foram analisados 128 caps, embora exista um total de 169 unidades desse tipo registradas no CNES, pois foram excluídos os CAPS que não apresentaram produção ambulatorial para o estado do Rio de Janeiro. Destas 128 unidades, no entanto, 31 não contavam com registro de habilitação no sistema de informações, apesar sua produção ambulatorial registrada no SIA.

A produção hospitalar, obtida no SIH/SUS foi analisada à luz da evolução do número de internações em psiquiatria, comparada a de outras modalidades de internação hospitalar. As reduções das internações foram analisadas em relação à evolução da oferta de serviços substitutivos, considerando a demanda estimada em saúde mental. Os dados foram coletados entre outubro de 2013 até fevereiro de 2014, quando foi possível obter o registro do ano cheio de 2013.

Capítulo 3: Políticas de Saúde Mental no Brasil e o percurso da Reforma

Psiquiátrica

Embora tenha sido contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica apresenta uma história própria, que se dá num contexto internacional de mudanças no referido campo, quando ao final dos anos 1970 o modelo asilar entra em crise. Junta-se a esta crise, a eclosão de movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos (Brasil, 2005). No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início em 1978, através de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Mas esse movimento foi ampliado e se conformou enquanto um processo político e social que envolveu múltiplos atores, instituições e forças governamentais em suas três esferas. Inspirado no modelo italiano de Franco Basaglia, a Reforma brasileira se apoiava na desinstitucionalização e em uma crítica radical ao manicômio. Em meados da década de 80 começam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação do modelo assistencial e, em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios (Brasil, 2005).

Ao final da década de 1980, no Brasil, mudanças importantes foram observadas no campo da atenção à saúde mental. O surgimento de novos modelos de serviços de atenção concretizou, mesmo que de forma pontual, propostas alternativas para a atenção em saúde mental. Essas experiências possibilitaram recomendações importantes para as políticas, que vinham sendo formuladas à época. Nesse mesmo período, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental (em 1987 e 1992). No entanto, as propostas de mudanças na área da saúde mental não se deram de forma isolada, mas simultâneas à normatização das novas propostas para a saúde como um todo (que culminaram com a criação do SUS) e em consonância com o movimento de redemocratização, que culminou com a Constituição de 1988 (Amarante e Torre, 2001, Pitta, 2011).

No âmbito internacional, em 1990, representantes da América Latina se reuniram em Caracas, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, encontro que contou com a participação do Brasil e na qual foi promulgado o documento intitulado “Declaração de Caracas” (OMS, 1990). Esse documento é considerado um marco para a região (sendo posteriormente endossado pela OMS),

quanto ao compromisso dos países participantes de reestruturar suas respectivas redes de assistência psiquiátrica. O eixo condutor da Conferência foi a revisão crítica do modelo hospitalocêntrico/ manicomial e a garantia dos direitos humanos e da dignidade dos pacientes psiquiátricos, que nessa nova proposta, deveriam permanecer em seu meio comunitário, tendo a atenção primária como referência.

Alguns serviços foram criados nesse mesmo período e merecem destaque como modelo para a atenção preconizada atualmente. Dentre os serviços que serviram de exemplo para os atuais dispositivos privilegiados em saúde mental, é possível citar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em 1987, em São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos. Neste contexto de transformações e da criação desses novos serviços, são promulgadas as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que estimularam a replicação de outros serviços de atenção em saúde mental, em moldes semelhantes (Amarante e Torre, 2001). Essas portarias do Ministério da Saúde possibilitaram o financiamento de outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial, pelo Sistema único de saúde (SUS). Na primeira metade da década de 1990, os leitos psiquiátricos foram reduzidos de 86 mil para 72 mil, encerrando as atividades de 30 hospitais privados. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial (Amarante, 1995). Nessas unidades, o tratamento deixou de ser baseado na exclusão e na violência aos direitos básicos do indivíduo, para incentivar a sociabilidade e a reabilitação.

A lógica que passou a permear a atenção em saúde mental é a lógica da desconstrução, no sentido de um processo social amplo, abrangendo aspectos tais como a participação popular, a territorialização dos serviços e a mudança nas relações da sociedade com o fenômeno da loucura. Nesse sentido, o espaço mais adequado à reabilitação não é o hospital, que medica, segrega e isola o indivíduo, mas a própria comunidade (Torre e Amarante, 2001).

Os serviços do tipo CAPS foram criados sob a ótica da desinstitucionalização, devendo funcionar como estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, tendo como clientela prioritária aqueles com maior gravidade e que apresentavam quadros cronicados. Esse serviço apresentava uma proposta de funcionamento de 8 h/dia, 5 dias por semana. Já a estratégia de atenção no NAPS, era de funcionamento integral, 24 horas, 07 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a existência de seis leitos. Também era prioritário o estabelecimento de um *projeto terapêutico*, envolvendo

diferentes instrumentos técnicos e a integração entre prevenção/ tratamento/ reabilitação, além do atendimento à crise, não se limitando ao atendimento das emergências que chegam ao Pronto-Socorro (Amarante e Torre, 2001).

Assim, segundo Amarante (1995), todo o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), mais que normativo ou técnico, foi um processo ético e de reconhecimento dos direitos dos que sofriam e sofrem com transtornos mentais. A Reforma garantiu que essa clientela passasse a ter um tratamento efetivo e digno, o que não era possível na lógica manicomial. Esse processo teve seu avanço mais significativo a partir da década de 2000, culminando com a aprovação da Lei federal 10.216/ 2001, a chamada Lei Paulo Delgado.

A referida lei levou cerca de dez anos tramitando e gerando inúmeros debates entre os setores envolvidos, até que fosse finalmente aprovada. A aprovação da lei foi fortemente amparada num movimento social e foi fundamental para viabilizar a normatização da rede substitutiva que se seguiu a ela. Essa lei não se fixou apenas em objetivos sanitários e sim na garantia de direitos, e contou com uma posição unificada do MS para sua aprovação (Delgado, 2012). Em que pese as fragilidades da implementação da política antimanicomial, o quadro de descaso, desumanidade, além da má qualidade dos serviços foi enfrentado com relativo sucesso pelas políticas que se seguiram à Lei (Fagundes, 2012).

Entretanto, passados mais de dez anos da promulgação da Lei 10.216, a lei conhecida como Paulo Delgado, alguns autores de destaque na área reforçam que os serviços existentes ainda são insuficientes para atender a demanda da área, especialmente as urgências e os casos mais graves (Pitta, 2011). Uma proposta que vem sendo reforçada, tanto pelos especialistas da área (Pitta, 2011) quanto pelos gestores é a ampliação dos serviços do tipo CAPS III (Tykanori, 2013, Soranz, 2013). É um consenso a necessidade de intensificação da atenção nos serviços substitutivos, de forma a se tornarem mais eficazes e resolutivos. Especialistas e gestores concordam que a grande maioria dos serviços comunitários existentes ainda são frágeis, tanto em termos de estrutura física e equipe profissional, quanto em relação ao modo de funcionamento.

Uma questão colocada por alguns autores diz respeito ao processo de descentralização da saúde e da forma como isso afetou a implementação dos serviços, considerando o compromisso e a capacidades locais (Costa et al, 2011). Os limites à expansão da rede são de ordem financeira e de disponibilidade de profissionais, no nível local (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011). A heterogeneidade presente entre os municípios,

levou o Ministério da Saúde (MS) a definir em bases mínimas as equipes dos CAPS, de forma a viabilizar em termos nacionais a expansão destes serviços, o que foi correto em termos estratégicos (Delgado, 2012). Isso gerou a multiplicação de serviços com intensidade de atenção e capacidade de cobertura desiguais, em todo o território, mas garantiu que um maior número de municípios pudesse implementar serviços do tipo CAPS em seu território.

Segundo Delgado (2012) essa heterogeneidade entre regiões e governos locais foi o principal motivo para a criação das diferentes modalidades de CAPS (I, II e III). Nessa época havia um número inferior a duzentos serviços no Brasil inteiro e era necessário criar um ordenamento, indutor da expansão da rede, de maneira a dar início ao processo de desospitalização. O grande desafio era interiorizar as ações de saúde mental e muitos municípios, especialmente os de menor porte, não contavam com médicos psiquiatras ou enfermeiros de nível superior. Assim, a portaria 336 de 2001 foi aprovada com o objetivo de garantir a expansão da rede, com uma estrutura mínima preconizada para a implementação dos serviços substitutivos.

Atualmente, considerando limites de financiamento, bem como a heterogeneidade quanto à capacidade local de implementação, a tendência é que os CAPS se configurem como serviços de atenção aos casos mais graves e casos agudos (crise). Nessa linha, o que vem sendo preconizado pelo MS é um aumento do investimento na capacitação das equipes de atenção primária em saúde mental, para atender aos demais casos e funcionar como porta de entrada (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011, Soranz, 2013). Por outro lado, dentro dessa lógica, os serviços do tipo CAPS deveriam atuar contando com equipes cada vez mais especializadas, de forma a dar suporte aos demais serviços da rede de atenção em saúde mental, orientando o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo de Lamare (2013), os CAPS, de forma isolada, não são suficientes para dar conta de toda a demanda em saúde mental. Em sua opinião, as equipes de saúde da família têm um papel importante na área e deveriam contar com uma diversidade maior de profissionais, especialmente os capacitados em saúde mental, como o psicólogo e o assistente social, por exemplo, evitando o atendimento de casos mais leves nos CAPS. Contudo, a escassez de profissionais de saúde, especialmente de médicos, se caracteriza como um desafio para a aplicação de novas exigências quanto às equipes, particularmente nos municípios de menor porte, tornando a política inviável.

Outro desafio presente no campo da atenção à saúde mental diz respeito à diversidade de demandas, como a atenção às psicoses, autismo, dependência ao álcool e drogas, transtornos de humor, entre outros diagnósticos. Ainda não está claro para os formuladores das políticas o grau de especialidade/ generalismo com que os serviços devem contar. Mesmo nos serviços teoricamente mais especializados, como o caso dos CAPS AD, a diversidade de problemas decorrentes do uso de substância impõe aos profissionais a necessidade de estabelecer condutas mais flexíveis, quanto aos planos terapêuticos, mas, ao mesmo tempo, manter contato com outros tipos de serviços de saúde, já que as demandas não são apenas relacionadas ao uso da droga em si. Nesse sentido, a conformação da RAPS se apresenta como uma proposta de reconhecimento de que apenas os dispositivos do tipo CAPS não são suficientes para dar conta da complexidade e da diversidade na atenção à saúde mental, que não deve ser apartada do restante da rede de serviços existentes, tanto na saúde quanto em setores como a assistência social, a educação, a habitação e o trabalho (Tykanori, 2013).

Aspectos da demanda e oferta em saúde mental

São claros os desequilíbrios entre oferta de serviços em SMAD e a demanda. Esse descompasso tem percebido pela opinião pública e vem sendo noticiado na mídia de ampla circulação. Considerando a teoria dos múltiplos fluxos, o papel da corrente política é definido como fundamental na formulação e tomada de decisões nas políticas públicas. Um dos elementos da política é o “humor nacional” (*national mood*), também definido como “clima no país” (Kingdon, 1995). Trata-se da maneira como uma maioria na sociedade pensa sobre um determinado tema, mas que pode sofrer mudanças, impactando na agenda das políticas.

A mídia, nesse sentido, pode exercer duas funções, uma como tradutora do humor nacional, refletindo as preocupações da sociedade e informando sobre o que uma maioria pensa, tanto em relação aos problemas quanto às possíveis soluções. Por outro lado, a mídia tem a capacidade de ampliar ou minimizar problemas colocados pela sociedade, de forma a influenciar a opinião pública em um sentido ou no outro.

No caso da saúde mental, dois temas têm aparecido com maior frequência na mídia, mais recentemente. O mais predominante é o uso de crack, especialmente entre pessoas em situação de rua. O fenômeno das cracolândias dominou espaço na mídia e se tornou prioridade de governo, o que contribuiu para um maior aporte de recursos na saúde mental como um todo. Em grandes metrópoles como São Paulo, jornais de grande

circulação noticiam as dificuldades encontradas pelas instituições e programas públicos de saúde e assistência social, na adesão dos usuários ao tratamento (O Estado de São Paulo, 29/01/2014). Em Feira de Santana, no estado da Bahia, através de ações promovidas pela assistência social, moradores de rua que fazem uso de crack são encaminhados para tratamento no CAPS AD (O Globo, 24/01/2014).

Outro fato que vem sendo ressaltado na mídia diz respeito ao fechamento de hospitais psiquiátricos, pela justiça e ministério público, pela ausência de condições na prestação de tratamento adequado de saúde (O Globo, 11/02/2014). Os hospitais especializados que ainda estão em funcionamento são insuficientes para a demanda, considerando a fragilidade e a escassez dos serviços ambulatoriais da rede pública e a gravidade de alguns casos (Folha de São Paulo, 10/02/2014). A escassez do atendimento ambulatorial em saúde mental também fica evidente nos casos de maior prevalência, como o suicídio, comumente associado a transtornos mentais tratáveis (Folha de São Paulo, 12/09/2013).

Eventos como atos de violência praticados por usuários de crack e aglomerações de moradores de rua fazendo uso da droga, especialmente quando existem crianças e adolescentes envolvidos, causam comoção social e são valorizados pela mídia. Por outro lado, soluções como o recolhimento compulsório, que tem como exemplo o caso do município do Rio de Janeiro, representado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, têm causado polêmica e dividem opiniões quanto à sua legitimidade. Recentemente, ações como essas foram atacadas pelo Ministério Público, que entrou com uma ação civil pública, pedindo a cassação do mandato do prefeito do Rio de Janeiro (Valor Econômico, 11/04/2013).

Em menor proporção, mas também gerado pela visibilidade de pessoas em situação de rua, portadores de transtornos mentais também têm se tornado um tema frequente nos meios de comunicação. Ambos os temas geram na população a sensação de um vazio assistencial, a escassez de serviços públicos que atendam uma população que é estigmatizada e marginalizada socialmente. Os dados oficiais corroboram o que mostra a mídia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar na qual o indivíduo é capaz de desenvolver suas habilidades, lidar com estresses normais da vida e pode trabalhar produtivamente, além de contribuir para sua comunidade” (WHO, 2001, p.1). Nesse sentido, a saúde mental estaria relacionada à saúde física, ao comportamento e ao convívio social, e não seria

sinônimo da mera ausência de doença mental. Embora o termo *saúde mental* se aplique a um rol amplo de atividades que inclui a pesquisa e a atenção clínica individualizada, no contexto dessa tese, será discutido enquanto política, no campo da saúde pública.

Vale ressaltar que os campos da saúde pública e da saúde mental apresentam, em todo o mundo, evidentes lacunas de interação, ao longo de suas respectivas histórias, apesar de estarem obviamente relacionadas. Isso se deve, principalmente, ao estigma associado ao conceito de doença mental e às dificuldades em definir saúde e doença mental. O interesse pelo campo tem crescido, especialmente por duas razões: a saúde mental tem sido percebida como componente fundamental para a saúde física e qualidade de vida e o reconhecimento da crescente demanda global em saúde mental. Estimativas apontam que, em 2020, a depressão será o segundo agravo mais relevante do ponto de vista da carga de doença no mundo (WHO, 2005).

Globalmente, transtornos mentais e neurológicos corresponderam a 12% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY, em inglês) no ano 2000 (WHO, 2001a). Entre os principais diagnósticos citados, destacam-se os transtornos depressivos, a esquizofrenia, os transtornos resultantes do abuso de substância, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência e a doença de Alzheimer.

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais graves (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves e deficiência mental com grave dificuldade de adaptação) é estimada em cerca de 3% da população geral (Brasil, 2005). Assim, os números apontam para uma demanda de cerca de cinco milhões de pessoas, que necessitariam de cuidados contínuos e intensivos no âmbito da saúde mental. Além disso, 10-12% da população sofre de transtornos menos graves, mas que também exigem algum cuidado em saúde mental, sob a forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras abordagens (Brasil, 2005).

No entanto, apesar da flagrante e crescente demanda, muitos países não contam com sistemas de serviços adequados em saúde mental. Especialmente nos países de renda média e baixa, há um grande descompasso entre a demanda e a oferta de serviços em saúde mental. Segundo dados da WHO (2009), apenas 28% dos países contam com um orçamento específico para a atenção em saúde mental e muitos países contam com escassa mão-de-obra qualificada na área. Muitos sistemas de saúde ainda se baseiam no cuidado institucionalizado, em hospitais psiquiátricos, apesar de todas as recomendações dos organismos internacionais, com fundamentos humanitários, e do

advento das novas drogas psicotrópicas e da criação de programas de reabilitação psicossocial (que, em tese, os tornariam desnecessários ou, no mínimo, acessórios).

No Brasil, as diretrizes básicas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) garantem aos usuários de serviços de saúde mental (incluindo os que sofrem de transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas) a universalidade de acesso e direito à assistência, além dos demais princípios que balizam a operação do SUS. Atualmente, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica em Saúde Mental, coordena uma ampla rede de atenção aos que necessitam de cuidados em saúde mental. Devido às características federativas do país e da autonomia dos níveis estaduais e municipais, esta ação deve ser cooperativa, à medida que a grande maioria dos serviços são prestados por entes subnacionais.

Essa rede diversificada e hierarquizada dispõe de recursos que abrangem desde a atenção básica, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dispositivos de urgência e emergência, hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – dispositivos privilegiados pelas políticas de saúde mental. O atual modelo foi sendo conformado ao longo do movimento da Reforma Psiquiátrica de modo aditivo e baseado em experiências exitosas.

A partir do compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a vigorar as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, baseadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, além de normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Após mais de uma década foi que se deu a aprovação da Lei 10.216 de 2001. No entanto cabe assinalar que, até este momento, quando se fala de política de saúde mental, tudo gira ao redor do paciente psiquiátrico “clássico”, aqueles longamente institucionalizados e que tinham o manicômio como única alternativa ofertada até então.

Poucos anos depois, a portaria 52, de 20 de janeiro de 2004 atribuiu ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial. A redução dos leitos conveniados ou contratados, especialmente em hospitais com mais de 160 leitos, deveria conduzir à diminuição dos hospitais psiquiátricos de maior porte. A mesma portaria especifica que os recursos financeiros que deixariam de ser gastos no componente hospitalar deveriam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias, na mesma proporção, em cada período de tempo.

O MS (Brasil, 2011) tem discutido as perspectivas da atenção comunitária e hospitalar em saúde mental sob a ótica da reforma e reflete a experiência de países dotados de sistemas sanitários sólidos. Um sistema de atenção comunitária, ambulatorial e hospitalar foi sistematizado no World Health Report (WHO, 2001a) e a reforma psiquiátrica brasileira está alinhada a estas soluções.

O modelo reformador preconiza a substituição progressiva dos hospitais por serviços cuja complexidade, em termos de equipamentos, é menor em troca de maior complexidade na abordagem aos pacientes e no suporte às suas famílias. Propõe-se a troca do ambiente hospitalar, com maior escala de atendimento e acesso a recursos de emergência, por um ambiente comunitário e ambulatorial mais adaptado às necessidades individuais e familiares – troca-se escala por qualidade. Há maior complexidade e intensidade no trabalho profissional em saúde mental. A substituição regulada da atenção hospitalar pela atenção centrada em ambulatórios e comunidades envolve a criação de novos serviços (CAPS, residência terapêutica, e outros dispositivos de atenção psicossocial).

Emergência da agenda da atenção ao uso de crack, álcool e outras drogas

Enfatizamos aqui que, atualmente, o foco das políticas vem sendo redirecionado para a temática da atenção ao uso de álcool e outras drogas, inclusive retomando a discussão sobre a institucionalização de usuários. Especialmente a partir de 2009, observa-se um crescimento (ou maior visibilidade) de eventos dramáticos relacionados ao consumo de drogas, com destaque para o uso de crack. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, o número de usuários de cocaína (e seus derivados) no Brasil é estimado em cerca de 900 mil, se configurando no maior mercado da América do Sul (UNODC, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), a partir de 2003, começou a desenvolver ações sistemáticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com a progressiva consolidação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004). Pouco antes, no ano de 1999, foi instituído um Plano de Atendimento aos Usuários, que não se fez acompanhar a definição de metas e recursos financeiros disponíveis. Até a criação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), os serviços disponíveis estavam vinculados à ação social, compreendendo instituições filantrópicas de orientação religiosa (especialmente as comunidades terapêuticas), abrigos e grupos de mútua ajuda (Brasil, 2009).

Recentemente, foram publicados normativos e editais de convocação aos serviços residenciais, na modalidade de Comunidade Terapêutica (CT), com oferta de financiamento público para as entidades que se adequassem às normas propostas. No entanto, poucos foram os serviços habilitados pelo MS e, segundo os gestores entrevistados (de Lamare, 2013; Tykanori, 2013), poucos também foram os serviços que se candidataram ao financiamento. Segundo Bingermer (2012), não há interesse da maioria das instituições em se adequarem ao modelo proposto pelo setor público, já que suas propostas não são convergentes. A grande maioria das CT não atua dentro da lógica clínica ou do modelo psicossocial, mas oferece propostas de tratamento baseadas em atividades laborais e na espiritualidade. Nesse contexto, as ações com foco na atenção aos usuários de drogas deixam de estar circunscritas ao setor saúde e passam a ser orientadas (e financiadas) por outras instâncias, incluindo a presidência da república, mas não são convergentes com os princípios do corpo técnico do MS (Tykanori, 2013).

Na realidade, as dificuldades enfrentadas pelo setor público em lidar com problemas relacionados ao consumo de drogas não se distingue nitidamente dos problemas identificados na atenção aos demais portadores de transtornos mentais, embora o senso comum os tenha singularizado. O MS (Brasil, 2011) tem discutido as perspectivas da atenção comunitária e hospitalar em saúde mental, álcool e outras drogas sob a ótica da reforma, refletindo a experiência de países que contam com sistemas sanitários eficientes, com boa cobertura e integração entre os serviços, como o sistema de saúde inglês. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aborda a carga de doença em saúde mental agrupando transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias. Um sistema de atenção comunitária, ambulatorial e hospitalar foi sistematizado no *World Health Report* (WHO, 2001a) e o modelo proposto nas políticas brasileiras de saúde mental se baseiam nessa lógica de atenção.

A Rede de Atenção

O atual modelo brasileiro preconiza a substituição progressiva dos hospitais por serviços cuja complexidade, em termos de equipamentos, é modesta, em prol de uma maior complexidade na abordagem aos pacientes e no suporte às suas famílias. Propõe-se a substituição do ambiente hospitalar, com maior escala de atendimento e acesso a recursos de emergência, por um ambiente comunitário e ambulatorial mais adaptado às necessidades individuais e familiares dos pacientes. Essa lógica da substituição regulada da atenção hospitalar pela atenção centrada em dispositivos de base ambulatorial e

comunitária é o que justifica o modelo dos CAPS. No entanto, nos casos de desospitalização dos pacientes provenientes de longas internações, a participação das residências terapêuticas nesse processo é fundamental, já que muitos não possuem vínculos familiares ou comunitários e precisarão de uma estrutura maior de suporte (Fagundes, 2012; Jann 2014).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, que funcionam em regime aberto, com base comunitária e que oferecem atendimento diário aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Dependendo do porte do município onde estão inseridos, podem ser do tipo I, II ou III. Além dessa classificação, também existem outros dois tipos de CAPS especializados no atendimento aos portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves (CAPSi).

Em todo o Brasil existem hoje 1.742 CAPS, sendo 63 CAPS III e 272 CAPSad, 5 CAPS AD III e 149 CAPSi (Brasil, 2012). No Estado do Rio de Janeiro, desde o ano 2000, a cobertura de CAPS vem sendo ampliada, passando de 6 centros, em 1999, para 62, em 2005 e 111 em 2011 (Brasil, 2012). Os quantitativos referentes aos CAPS instalados no RJ são discrepantes, segundo dados coletado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, existem 148 CAPS em todo o estado, sendo que 22 destes estão localizados no município do Rio de Janeiro e 14 em Paracambi, em 2011. Já os dados do IBGE (2011) apontam para um número inferior: 109 CAPS em todo o estado, com apenas 18 CAPSad, 1 CAPS III e 1 CAPSad III. No entanto, segundo entrevista concedida pela ex-coordenadora estadual da área técnica de saúde mental do Rio de Janeiro, o número que deve ser considerado é o apresentado pelo Ministério da Saúde ou pela gestão estadual, pois muitos dos CAPS registrados no CNES não estão habilitados, não recebem financiamento federal e não cumprem os requisitos mínimos para o credenciados pelo estado (Jann, 2014).

Segundo o Relatório de Gestão da Saúde Mental (Brasil, 2011), a expansão efetiva dos CAPS III ao longo de 2007-2010 foi menor do que o esperado para o período, o que significa uma importante lacuna da rede disponível e uma defasagem da implementação frente ao planejado, considerando que este seria o tipo mais complexo de CAPS, preconizado no atendimento à clientela mais grave. Com a criação dos CAPSad III, outro tipo de serviço passa a fazer parte da rede de saúde mental. Ao final de 2010, incentivos financeiros foram transferidos para os municípios contemplados pelo Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool

e outras Drogas (PEAD), instituído pela Portaria nº 1.190, de 05 de maio de 2009, e para a implantação de 67 CAPSad III no país, através do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack), instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

Já no relatório publicado no ano seguinte (Brasil, 2012), a ênfase é dada no estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes prioritárias no SUS, no ano de 2011. Isso significou o aporte de maior investimento de recursos na área da saúde mental, representado pelo valor de 200 milhões de reais a mais para o custeio da rede já existente, além da possibilidade de implementação de novas modalidades de serviços. Também merece destaque o lançamento do Plano “Crack, é Possível Vencer”, ao final do ano de 2011, que atribuiu protagonismo à RAPS, na atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, mas, a reboque, beneficiou todos os que utilizam a rede de serviços públicos em saúde mental. Esse fato foi mencionado por alguns dos gestores entrevistados, nas diferentes esferas de governo, que consideraram o enfoque dado às drogas como positivo, no sentido da ampliação de recursos financeiros para as políticas de SMAD e, conseqüentemente, da rede de saúde mental como um todo (Soranz, 2013, Tykanori, 2013, Jann, 2013).

Segundo o relatório Saúde Mental em Dados (Brasil, 2012), do Ministério da Saúde, em 2011, com o cadastramento de 122 novos CAPS em todo o território nacional, atingindo o número de 1742 serviços, a cobertura chegou a 72% (considerando a recomendação de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes). No entanto, pouco desses CAPS apresentam funcionamento por 24h, sendo 63 CAPS III e apenas 5 CAPS AD III. As Residências Terapêuticas (625) também são ainda insuficientes, levando em conta o número de pacientes que ainda se encontram internados, considerando os 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos, número bastante superior se comparado ao de pacientes vivendo nas RT (3.470). Ainda segundo os dados apresentados pelo MS, os principais desafios da rede se encontram na ampliação dos serviços para populações específicas, como crianças e adolescentes e usuários de drogas, além dos serviços mais intensivos, de funcionamento 24h.

Uma questão relevante a ser analisada é se essa expansão progressiva de serviços comunitários se reflete em real atendimento da demanda local. Demanda essa composta pelos portadores de transtornos mentais em geral e pelos desospitalizados em decorrência da redução de leitos psiquiátricos. A mensuração desse equilíbrio é de

difícil realização em função da escassez de dados disponíveis. Entretanto, a expansão de CAPS referida pelo MS não parece robusta, na medida que os principais serviços, em termos de intensidade de atenção (CAPS III e CAPS AD III), ainda são escassos no país. Na experiência internacional de serviços comunitários substitutivos equivalentes aos CAPS III, com leitos de acolhimento noturno e de funcionamento 24 horas são predominantes (Girolamo et al, 2007).

Capítulo 4: Políticas de Álcool e Drogas e os Efeitos sobre a Atenção em Saúde Mental

Como já foi dito, no Brasil, as políticas públicas voltadas para o consumo de drogas foram, durante muito tempo, pouco sólidas e estruturadas, enfatizando a vertente da repressão, mantendo o uso de drogas basicamente atrelado ao campo da justiça e não da saúde pública. Nesse contexto, de ausência de serviços e políticas públicas de saúde voltadas ao uso de drogas, outras instituições se apropriaram da atenção à essa clientela. Após o advento de Reforma Psiquiátrica, as questões relacionadas ao uso de drogas foram, gradualmente, inseridas na agenda da saúde mental, cujo foco inicial estava na desospitalização e desenvolvimento de uma rede substitutiva. Mais recentemente, com a visibilidade gerada pelo crack e o fenômeno das cracolândias, a Rede de Atenção Psicossocial foi elevada à condição de Rede Prioritária, no âmbito do Ministério da Saúde (de Lamare, 2013, Tykanory, 2013).

Nesse sentido, devemos destacar que já haviam políticas de saúde voltadas para os usuários de drogas, mas o foco estava na prevenção à disseminação do HIV entre essa clientela. Questões relacionadas ao tratamento da dependência ou outros problemas decorrentes do uso de drogas não estavam entre as prioridades das políticas. Esse vazio assistencial acabou gerando uma incursão de outros setores e entidades não governamentais, especialmente as religiosas, que preencheram um espaço que deveria ser ocupado pela saúde pública.

Em relação à demanda, é possível afirmar que o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas não vem experimentando redução no mundo em seu conjunto, apesar de todos os esforços nesse sentido, tanto em economias em desenvolvimento (países de renda baixa e média), como é o caso dos países da América Latina e Caribe, quanto nos países mais ricos, como é o caso dos Estados Unidos. Com relação ao uso de álcool e de outras drogas, em toda América Latina e Caribe, estima-se que ao menos 4,4 milhões de homens e 1,3 milhões de mulheres tenham sido afetados por transtornos relacionados ao uso de drogas, em algum momento de suas vidas (PAHO, 2009). Muitos são também os danos e riscos à saúde que estão associados ao consumo destas substâncias, assim como são altas as taxas de mortalidade relacionadas direta ou indiretamente ao consumo de drogas.

No caso do álcool, por se tratar de uma droga lícita e socialmente aceita, na maioria das sociedades, existem apenas políticas mais pontuais e menos repressivas, como as que coíbem o consumo de bebidas alcoólicas entre os motoristas. No entanto, o

ônus social que está associado ao consumo de bebidas alcoólicas é expressivo no mundo todo e ultrapassa, uma vez contabilizado em dólares ou outras moedas locais, em muito o montante arrecadado em impostos sobre a produção e a comercialização (Duailibi & Laranjeira, 2007). O uso problemático de álcool está associado a diversas patologias hepáticas, como cirrose hepática, esteatose e hepatite alcoólica, sendo que a cirrose hepática é uma das principais causas mundiais de morbidade e mortalidade. O uso de álcool entre usuários de drogas injetáveis constitui um dos fatores mais importantes associados à transmissão de infecções virais como HIV, hepatite B e hepatite C (Neuman et al., 2006).

Quanto às demais drogas, especialmente as ilícitas, sabe-se que elas são amplamente consumidas em todo mundo, mas este consumo está claramente subestimado, assim como seus efeitos para a saúde, que são, relativamente, pouco conhecidos. Apesar da relativa escassez de dados sobre o consumo de drogas ilícitas na América Latina e Caribe, estimativas apontam para o uso de drogas como um importante problema de saúde pública nessa região. Nos EUA, o uso não médico de drogas psicoativas é, reconhecidamente, uma das maiores causas diretas ou indiretas de problemas de saúde, especialmente entre a população mais jovem (Des Jarlais, 1995).

Especialmente nos EUA, onde a tradição de políticas de drogas se baseia em princípios morais, o modelo da “guerra às drogas” predomina de forma incontestada. Esse tipo de abordagem privilegia a pressão permanente sobre a oferta (*supply-side policies*) e estratégias com base na abstinência. Corroborando tal abordagem, os grupos de mútua ajuda se multiplicaram nos EUA e expandiram a filosofia da abstinência total e absoluta para outras culturas. Organizações como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) propagaram a crença da abstinência como única fórmula de sucesso no tratamento da dependência às drogas (Peterson et al., 2006). Fenômeno semelhante pode ser observado no cenário brasileiro, corroborando com a visão da abstinência como mecanismo tradicionalmente aceito, em termos de tratamento para os usuários, em detrimento aos modelos adotados na rede pública de saúde.

A “guerra às drogas”, conduzida pelos Estados Unidos, tanto em seu próprio território quanto fora dele, tem resultado em efeitos adversos para a saúde pública que poderiam, ao contrário, ser reduzidos através de intervenções de saúde pública (Burriss & Strathdee, 2006). Os questionamentos das políticas de drogas deveriam se centrar sobre que tipos de esforços e iniciativas teriam o maior impacto positivo sobre o uso de

drogas e os riscos e danos associados, reduzindo o papel, hoje dominante, das propostas de eliminação do consumo em curto prazo.

Entre os muitos motivos para se reconsiderar a política de “guerra às drogas”, o mais urgente dentre eles foi a epidemia de HIV/ AIDS. A política de drogas que predomina internacionalmente, enfatizando a repressão, não tem logrado obter sucesso expressivo, de um modo geral. Ainda assim, muitos países insistem em privilegiar o uso da repressão, resistindo à implementação de políticas de redução aos danos à saúde, relacionados ao uso de drogas. Essas políticas desconsideram as evidências científicas disponíveis e, de certa forma, terminam contribuindo para a propagação dos danos causados pelo uso de drogas (Elliott et al, 2005).

Por outro lado, as estratégias de redução de danos vêm ganhando força internacionalmente, tanto no âmbito do tratamento para o uso de drogas quanto no da prevenção ao HIV. Como já foi dito anteriormente, a redução de danos pode ser definida como um conjunto de estratégias práticas que têm por objetivo reduzir as possíveis conseqüências relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. Trata-se uma visão mais realista e flexível, no âmbito da saúde, que incorpora estratégias que podem variar desde a orientação para um uso de drogas mais seguro até a completa abstinência.

Todavia, a perspectiva da redução de danos ainda encontra resistências na maioria das sociedades e, mesmo entre os próprios usuários de drogas, que muitas vezes encaram a abstinência como único meio de recuperação para a dependência às drogas. Proponentes da redução de danos têm sido acusados de apoiarem o uso continuado de drogas, sabotando os esforços dirigidos à abstinência e indo de encontro às políticas sociais instituídas (Peterson et al, 2006).

No caso do Brasil, são notáveis os esforços na formulação de políticas públicas que enfoquem a prevenção ao HIV, sem subalternizar quaisquer segmentos populacionais. Ao contrário, apesar das barreiras sociais, os usuários de drogas são considerados como um segmento estratégico para a contenção da epidemia, pelos riscos e danos a que estão expostos e que expõem os que com eles convivem, além das conseqüências negativas que podem advir do próprio consumo (Caiaffa & Bastos, 2006).

Atualmente, o trabalho da redução de danos ampliou sua atuação, não estando mais restrito à prevenção de HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis. Como já mencionado, no Brasil, houve um deslocamento das políticas de RD do campo

da prevenção de DST/Aids, para a saúde mental. A atuação dessas políticas abrange diversos padrões de uso e diferentes drogas (inclusive lícitas, como o álcool e o cigarro de tabaco), estabelecendo outras estratégias para reduzir danos tais como a redução do consumo, a substituição do uso de determinadas drogas/práticas associadas a maiores danos por outros hábitos/substâncias (por exemplo, substituição do uso injetável de heroína por metadona oral) e cuidados no consumo. Mas apesar dessa ampliação da atuação da RD, as barreiras ainda existem e muitas são as dificuldades que os programas encontram para sair da marginalidade e se integrar ao sistema de saúde, tornando-se uma prática legítima de cuidado, dentre outras (Nardi & Rigoni, 2005).

Também é importante destacar que os efeitos protetores das iniciativas de redução de danos são influenciados, direta ou indiretamente, por políticas de controle de drogas em diferentes níveis. Esses efeitos podem ser mais diretos, como o impedimento do funcionamento de programas de troca de seringas, especialmente quando se trata de políticas locais. Políticas de controle de drogas também podem exercer efeitos indiretos sobre as iniciativas de redução de danos, quando outras agências governamentais atuam sob uma lógica contraditória às estratégias de RD, trazendo desafios à implementação de tais estratégias, por exemplo, no contexto de orientações contraditórias das políticas de saúde e da atuação cotidiana da força policial (Bastos & Strathdee, 2000). Seria possível reduzir muitas das conseqüências para a saúde que podem advir do uso de drogas, através da adoção da perspectiva da saúde pública. Sob essa perspectiva, o conhecimento científico sobre os diferentes tipos de drogas e suas modalidades de uso poderia influenciar positivamente na formulação das políticas públicas voltadas ao uso dessas substâncias.

Por outro lado, apesar de as autoridades com frequência utilizarem recomendações da ciência para a formulação de políticas públicas, nem sempre estas foram levadas em consideração, especialmente quando não estão em sintonia com as políticas vigentes. Intervenções que dizem respeito a uma população marginalizada e estigmatizada, como no caso dos usuários de drogas, ainda que sob recomendação da comunidade científica, na prática, são muito mais controversas e encontram barreiras em sua implementação (Lurie, 1995). Pela ilegalidade do uso de drogas, a prevenção e o tratamento ao consumo prejudicial foram postos em segundo plano, em relação à repressão ao comércio e consumo e à centralização dos esforços terapêuticos (por vezes, compulsórios) voltados para a abstinência (Delgado, 2005). Isso gerou um descompasso nas políticas de saúde voltadas a esta clientela, em detrimento de outros casos abordados

em saúde mental. Nesse sentido, diante da escassez de serviços de saúde especializados no tratamento de usuários de drogas, outros setores vêm sendo convocados a assumir papéis de destaque nas políticas de prevenção e atenção ao uso de drogas, como é o caso da assistência social e da educação (Tykanori, 2013; de Lamare, 2013).

Como já mencionado, no Brasil, as políticas de redução de danos foram, ao mesmo tempo, parte de um programa prioritário na agenda do Ministério da Saúde, que dizia respeito ao controle da disseminação do HIV no Brasil e a primeira política, verdadeiramente governamental, voltada aos usuários de drogas. A primeira iniciativa concreta de controlar a disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis se deu na cidade de Santos, Estado de São Paulo, através de sua Secretaria Municipal de Saúde (Mesquita et al., 2003). No final da década de 1980, Santos apresentava um das taxas mais elevadas de infecção pelo HIV/AIDS em todo o Brasil, em relação ao tamanho de sua população total. Preocupados com essa situação e influenciados pela experiência internacional, autoridades da área da saúde decidiram implementar o primeiro programa de troca de seringas do Brasil, em 1989 (Mesquita et al., 2003).

Contudo, essa iniciativa foi fortemente contestada pelo Ministério Público de São Paulo, que moveu ações civis e criminais contra os organizadores do programa, alegando que o programa estimularia o consumo de drogas (Mesquita, 1998). Apesar de apoiado pelo governo federal, o governo da cidade de Santos enfrentou dificuldades em levar o programa adiante e, como consequência, se viu forçado a interrompê-lo, por um longo período de tempo. Apenas em 1994, a troca de seringas foi autorizada pelo governo, quando associada à pesquisa. Tal decisão constitui um marco importante nas políticas públicas de saúde voltadas para o uso de drogas no Brasil.

Já o primeiro programa brasileiro de redução de danos (incluindo atividades de prevenção e informação, além da troca de seringas) foi implementado em Salvador, Bahia, em 1995, por iniciativa da Universidade Federal da Bahia e contando com recursos municipais e estaduais (Andrade et al, 2001). Em 2003, mais de 150 programas de redução de danos estavam em funcionamento no Brasil. Todos esses programas eram apoiados politicamente pelo Ministério da Saúde e muitos deles eram também financiados, majoritariamente ou exclusivamente, pelo referido Ministério (Mesquita et al, 2003).

Números mais recentes referentes aos programas em operação são mais modestos, com cerca de 134 programas de redução de danos no Brasil, distribuídos por 15 estados e concentrados predominantemente nas regiões sul e sudeste. Em sua

maioria, tais programas são executados por instituições governamentais, universidades, ONGs e secretarias de saúde (Fonseca et al., 2006). Esses projetos, para além da troca de seringas, tornaram-se pontos de referência e ajuda para uma população estigmatizada e marginalizada que é a dos usuários de drogas injetáveis. A atuação dessas políticas abrange diversos padrões de uso e diferentes drogas (inclusive lícitas, como o álcool e o cigarro de tabaco), estabelecendo outras estratégias para reduzir danos tais como a redução do consumo, a substituição do uso de determinadas drogas/práticas associadas a maiores danos por outros hábitos/substâncias (por exemplo, substituição do uso injetável de heroína por metadona oral) e cuidados no consumo.

Também é importante destacar que os efeitos protetores das iniciativas de redução de danos são influenciados, direta ou indiretamente, por políticas de controle de drogas em diferentes níveis. Esses efeitos podem ser mais diretos, como o impedimento do funcionamento de programas de troca de seringas, especialmente quando se trata de políticas locais. Políticas de controle de drogas também podem exercer efeitos indiretos sobre as iniciativas de redução de danos, quando outras agências governamentais atuam sob uma lógica contraditória às estratégias de RD, trazendo desafios à implementação de tais estratégias, por exemplo, no contexto de orientações contraditórias das políticas de saúde e da atuação cotidiana da força policial (Bastos & Strathdee, 2000).

Seria possível reduzir muitas das conseqüências para a saúde que podem advir do uso de drogas, através da adoção da perspectiva da saúde pública. Sob essa perspectiva, o conhecimento científico sobre os diferentes tipos de drogas e suas modalidades de uso poderiam beneficiar a formulação das políticas públicas voltadas ao uso dessas substâncias. Além disso, particularmente no caso das formas mais prejudiciais de uso de drogas, a ênfase na prevenção primária e a secundária poderia ser considerada pelos formuladores, como estratégia central. Também seria importante cogitar o investimento na redução dos efeitos adversos do uso de drogas, tanto para a saúde, quanto sociais, através de programas que atuem na modificação dos comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Atenção básica e as políticas de SMAD

Em todo o mundo, a atenção à saúde vem passando por sucessivas reformas, em parte por conta dos custos crescentes dos cuidados com a saúde. Em função da preocupação com a sustentabilidade dos orçamentos públicos e privados em saúde, compartilhada por muitos países, e a centralidade já ocupada pela atenção primária, esta

ganhou destaque quanto ao seu papel e efetividade no âmbito dos sistemas de saúde. Segundo Starfield (2002), “a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo”.

O termo “Atenção Básica” foi adotado no contexto brasileiro das políticas de saúde, como uma alternativa menos restritiva à denominação “Atenção Primária”, proposta por entidades internacionais. Nessa perspectiva, o conceito de Atenção Básica está associado a uma concepção universalista, compreendida como um componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema de saúde (Viana e Fausto, 2005). Ressalta-se, entretanto, que o termo atenção básica foi, inicialmente, associado ao Piso da Atenção Básica (PAB) e ao financiamento restritivo a poucos procedimentos simples e de baixo custo.

No Brasil, é recente o movimento de fortalecimento da Atenção Básica e sua incorporação ao ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao processo de descentralização da política de saúde, que teve início na década de 1990. A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Atenção Básica à Saúde, como o próprio nome já define, é o ponto inicial do atendimento em saúde, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o seu bem-estar (Brasil, 2007).

O movimento de expansão da atenção básica foi preconizado pelas normas e diretrizes do MS, ganhando força em todo o território nacional. Um exemplo dessa expansão pode ser ilustrado pelo fenômeno ocorrido na cidade do Rio de Janeiro. Nesse município foram progressivas as mudanças ocorridas nos últimos cinco anos, já que houve uma inversão em termos de financiamento em relação à atenção hospitalar. Segundo Soranz (2013), cerca de 85% do orçamento da saúde costumava ir para a atenção hospitalar, sendo a cobertura da atenção primária no município a menor do país (3,3%), com apenas 68 equipes completas. Atualmente, a cobertura da atenção básica é de 45%, contando com 813 equipes completas.

Tanto na saúde de um modo geral, quanto na saúde mental, o foco deve ser a garantia uma atenção de maior qualidade, baseado na lógica do acompanhamento longitudinal dos pacientes e em uma maior resolutividade. Na saúde mental, por tratar de problemas de saúde crônicos, em sua maioria, a lógica deve ser a mesma, sendo

importante o acompanhamento dos pacientes a logo prazo. No entanto, segundo Soranz (2013), os casos mais graves devem ser tratados pelos CAPS, enquanto os mais leves devem ser objeto da atenção primária, reforçando o posicionamento dos CAPS na atenção secundária, no mesmo nível das policlínicas.

Nessa linha, considerando a expansão do processo de organização dos serviços públicos de saúde, a atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde, enfrenta a necessidade de ampliar seu campo de conhecimento e atuação para melhor servir à população. Um dos desafios enfrentados pelas equipes dos serviços da Atenção Básica é o atendimento ao portador de transtornos mentais em geral e, especialmente, ao usuário de drogas.

No caso dos usuários de drogas, as diretrizes do MS apresentam a concepção da redução de danos como norteadora das ações direcionadas a essa clientela. Nesse sentido, uma preocupação importante das políticas consiste em enfatizar as ações de prevenção ao HIV e outras DSTs, entre os usuários de drogas (Brasil 2006). Devemos ressaltar, contudo, que o conceito de redução de danos, no início da epidemia de Aids, esteve vinculado exclusivamente aos UDI, sendo gradativamente ampliado aos diversos tipos de consumo de substâncias psicoativas, incluindo álcool, tabaco e medicamentos psicoativos tomados sem prescrição médica. Dentre as ações de redução de danos preconizadas pelas normativas da atenção básica, estão incluídas a oferta de informação adequada a usuários de drogas e sua rede social e a distribuição de material estéril de injeção, preservativos e material educativo (Brasil, 2006). Na prática, a oferta de insumos para injeção segura nos serviços de saúde, bem como a implementação de outras estratégias de redução de danos, exigiriam a familiaridade e a capacitação das equipes para lidar com as possíveis dificuldades e preconceitos que cercam o uso de drogas.

Além das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, um outro dispositivo importante compõe a rede de atenção primária: os Consultórios de Rua (CR). O foco dos CR são os moradores de rua, funcionando como porta de entrada e referência de atenção à saúde para essa população. Os CR são responsáveis pelo encaminhamento dessa clientela aos serviços de atenção secundária, mantendo uma equipe de referência para acompanhar o paciente nesses encaminhamentos. Considerando as altas prevalências de uso de drogas entre a população em situação de rua, os CR desempenham um papel importante nesse tipo de atenção e suas equipes

devem estar capacitadas quanto aos problemas relacionados ao consumo de substâncias, com especial atenção para o uso de crack.

Atenção ao usuário de drogas no contexto do SUS e do SUAS

No Brasil, a constatação de que o uso de drogas tem-se tornado um importante problema de saúde pública, especialmente pela relação, anteriormente mencionada neste trabalho, entre o consumo e os riscos e danos a ele associados, tanto na esfera da saúde quanto da dimensão social mais ampla, ressalta a importância da elaboração de políticas públicas consistentes voltadas para esse problema. As políticas de atenção ao usuário de drogas no âmbito da saúde, têm se mostrado pouco integradas e com baixa cobertura.

Segundo o texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o Sistema Único de Saúde deveria garantir aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo os que sofrem por transtornos relacionados ao consumo de drogas, universalidade, integralidade e descentralização no atendimento, proporcionando a estruturação de redes de assistência que considerem as desigualdades existentes e que ajustem suas ações às necessidades da população (Brasil, 2002).

Nesse sentido, as diretrizes da atual política de atenção a usuários de álcool e outras drogas se propõem a atuar em uma perspectiva ampliada de saúde pública, proporcionando tratamento no âmbito da atenção primária, da atenção na comunidade e da educação em saúde para a população, favorecendo a participação ativa da comunidade, da família e dos próprios usuários. Seguindo essa linha, a assistência deveria ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados ministrados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), estando também inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2004).

No entanto, nos relatos dos gestores entrevistados, o que percebemos é que nem sempre os serviços preconizados pelas normas estão sendo implementados de fato. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, até o ano de 2013 a atenção ao uso de drogas estava sob os cuidados da Subsecretaria de Atenção Primária, mas após mudanças na gestão, toda a área técnica de saúde mental foi alocada sob a atenção hospitalar (Abel, 2013; Soranz, 2013). As Unidades de Acolhimento (UA), dispositivos que deveriam estar sendo estruturados no âmbito da saúde, conforme previsto nas normas do MS, ainda não estavam sendo implementadas até maio de 2013 (Abel, 2013).

Na perspectiva da assistência, no âmbito municipal, segundo Abel (2013), o que já existe em funcionamento são os CREAS (Centro de referência Especializado de Assistência Social) itinerantes, que funcionam de forma semelhante aos Consultórios de Rua. No entanto, na prática, a integração entre os serviços da assistência e as equipes dos Consultórios de Rua é muito difícil, devido a divergências entre os setores da saúde e Assistência social. No município do Rio de Janeiro, equipes do CREAS itinerantes e dos Consultórios de Rua podem atuar em um mesmo território, mas não atuam de forma integrada na atenção aos usuários de drogas que estão nas ruas.

Contudo, existe uma articulação entre os serviços prestados pela assistência e a RAPS, através dos CREAS itinerantes, já que esses últimos têm como referência de serviços de tratamento especializados os CAPS. Porém, segundo Abel (2013) estes serviços existem em número insuficiente à demanda e não são adequados aos usuários de crack, que nem chegam a acessar os CAPS de forma autônoma. Assim, no município do Rio de Janeiro, o que vem ocorrendo, através da assistência social, é o recolhimento voluntários dos usuários de drogas em um abrigo para a população em situação de rua. Este abrigo, embora não seja específico ao tratamento de usuários de drogas, possui uma equipe multidisciplinar, incluindo profissionais de saúde, capaz de atender os casos menos graves. Os casos mais graves são referenciados aos CAPS, mas, segundo Abel (2013), usuários de crack, assim como de outras drogas, não costumam comparecer e aderir a serviços desse tipo.

No âmbito estadual, o Governo do Rio de Janeiro assinou termo de compromisso com o Governo Federal, em relação ao Plano de Enfrentamento ao Crack. Contudo, segundo Azeredo (2013), atualmente, no estado do Rio de Janeiro, o uso de drogas é entendido como um problema de saúde e que os recursos são destinados à Secretaria de Estado de Saúde (SES). Porém, em função da tradição da relação da assistência social com as instituições que já executavam trabalhos na atenção ao uso de drogas, a saúde repassa esses recursos para serem geridos pela Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH).

A SEASDH, utilizando tais recursos, mantém convênios com as instituições não governamentais que implementam os CARE AD (Centro de Acolhimento Regionalizado Especializado para Usuários de Álcool e outras Drogas), unidades que integram de forma complementar a rede SUS e SUAS. São seis unidades em todo o estado do Rio de Janeiro, que recebem usuários referenciados pelos CAPS. A família desses usuários acolhidos são, em geral, também acompanhadas pelos CREAS ou

CRAS de sua região. Essas unidades, no entanto, só atendem pessoas com mais de dezoito anos (Azeredo, 2013).

Os CAPS AD como os serviços especializados privilegiados na RAPS

A atual política brasileira de atenção a usuários de álcool e outras drogas gerou a necessidade de estratégias específicas de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, com destaque na reabilitação e reinserção social dos mesmos. Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde propôs a estruturação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD). Trata-se de um dispositivo assistencial, que atua sob a perspectiva estratégica da redução de danos sociais e à saúde, primando pela flexibilidade e abrangência em seus projetos terapêuticos (Brasil, 2004).

As modalidades assistenciais de cuidados para álcool e drogas nos CAPS AD devem atuar sob a lógica da redução de danos, tanto em relação às práticas de prevenção ao HIV, hepatites virais e DSTs, quanto ao próprio uso de substâncias psicoativas. Além disso, os CAPS AD têm a proposta de funcionar de forma articulada a outros serviços de saúde mental e da rede básica de saúde. Eles também devem desenvolver uma rede flexível de cuidados, com base nos dispositivos comunitários de suporte social já existentes, em conformidade com a demanda assistencial das localidades onde atuam (Brasil, 2004).

A implementação dos CAPS AD se apresenta como iniciativa prioritária da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento. Esse modelo de atenção, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica, tendo como proposta a compreensão da determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença, marca a mudança de perspectiva de atendimento ao usuário de drogas, no contexto da saúde pública.

No entanto, como já foi dito, com o aumento da visibilidade do consumo de crack, as questões relacionadas ao uso de drogas se tornaram prioridade na agenda governamental. Assim, houve um aumento dos investimentos na Rede de Atenção Psicossocial como um todo, com enfoque nas unidades do tipo CAPS AD III, além das Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil) (de Lamare, 2013, Tykanory, 2013). Esse aporte de recursos ainda não se transfigurou em ampliação concreta da rede, mas já aponta para a perspectiva de criação de novos serviços e intensificação de outros já existentes, como exemplo, já existem algumas experiências de CAPS I e II realizando acolhimento noturno de pacientes, enquanto alguns CAPS estão sendo efetivamente

habilitados como CAPS do tipo III. Editais também foram publicados no ano de 2013, prevendo a construção de novos CAPS III e CAPS AD III, além de Unidades de Acolhimento.

Essas mudanças começaram a ocorrer a partir de 2010, quando o Governo Federal elaborou o Plano Crack, que incluía tanto medidas de prevenção, tratamento e reabilitação de usuários de crack e outras drogas, quanto medidas de repressão à oferta. A partir de 2011 o padrão, se pensarmos em termos de normas, reforça os papéis dos dispositivos de atenção comunitária, refletindo a disposição dos especialistas e dirigentes da área de saúde mental em reafirmar a excelência do modelo CAPS e a necessidade de sua expansão mais acelerada. A ênfase nesse modelo se contrapõe às pressões externas ao MS, em termos políticos, que busca incluir outros modelos de atenção, que podem ser considerados como uma nova forma de institucionalização, com destaque para as Comunidades Terapêuticas. Esses dispositivos se baseiam fortemente no acolhimento por tempos prolongados, em média superior ao período de seis meses. Buscou se associar estas políticas à Rede de Atenção Psicossocial, conferindo cada vez mais prioridade ao tema do crack, álcool e outras drogas no SUS. No contexto de disputas políticas e decorrentes de negociações entre o Governo Federal e grupos políticos como as bancadas evangélicas e parlamentares patrocinadores de entidades filantrópicas, em 2012 foram normatizadas as regras para o funcionamento de Serviços em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas para usuários de álcool e drogas, apesar de fortes resistências da parte de especialistas comprometidos com a agenda da Reforma Psiquiátrica.

Como um contraponto a esta inclusão, Casas de Acolhimento Transitório e, em seu âmbito, Unidades de Acolhimento com especificidade aos usuários de crack e outras drogas, foram criadas como serviços residenciais governamentais. Nesta mesma direção a formação de Equipes de Consultório de Rua foi orientada para a atenção à flutuante população de rua usuária de crack e outras drogas.

A questão a ser demonstrada é se esta oferta pública de serviços caracterizada como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é adequada ou não à demanda por serviços de saúde mental. Não dispomos de estudos independentes que respondam a isto de modo conclusivo. No entanto, a observação da resposta governamental à emergência da agenda de álcool e drogas, o ainda elevado total de internações em hospitais psiquiátricos, a escassez de serviços comunitários emergenciais e a proliferação de serviços fora da rede convencional sugerem que a escassez está presente.

Capítulo 5: Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no SUS:

Descentralização e Normativos

Em todo o mundo, tem sido notória a transformação na estrutura dos governos, essencialmente, em termos de uma migração de um poder mais centralizado para um poder subdividido, entre unidades subnacionais. A emergência do federalismo como estrutura política “ideal”, aliada à adoção das práticas de descentralização e desconcentração, que começam a se apresentar como tendência dominante no cenário político-econômico mundial, trazem consigo muitos desafios e afetam o cenário das políticas sociais, conseqüentemente. No Brasil, pode-se afirmar que, no campo das políticas sociais, a saúde foi pioneira na adoção das medidas de descentralização. Na realidade, a reforma sanitária, iniciada na década de 80, influenciou, de forma significativa a própria Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que a reconfiguração do pacto federativo exerceu influência nas reformas da política de saúde.

O atual governo tem dado continuidade às políticas de descentralização e de organização e financiamento do setor saúde, introduzidas pelas administrações anteriores. Esse processo de descentralização tem se consolidado em âmbito nacional, com base nas diretrizes do SUS. No caso da saúde mental, esses aspectos devem ser considerados, já que as normas partem do governo federal, através da publicação de portarias específicas, mas sua implementação se dá de forma descentralizada, majoritariamente, pelos governos locais (municípios). O governo federal induz as políticas através da oferta de incentivos financeiros, os estados orientam, apóiam e monitoram a implementação das políticas e os municípios atuam como os principais executores, embora em alguns casos, os estados precisem intervir mais diretamente.

Segundo Rodden (2005), os processos de descentralização, em termos práticos, podem carregar consigo alguns problemas, já que, com alguma freqüência, ao invés de elevar a autonomia dos governos estaduais e municipais, eles podem simplesmente aumentar a complexidade e a superposição na gestão das políticas. A descentralização pode ser pensada como a transferência de autoridade dos governos centrais para os governos locais, embora deva ser mantida a autoridade central sobre a sociedade e a economia.

No cenário brasileiro, as análises sobre as relações intergovernamentais são convergentes e apontam para um percurso definido por três períodos distintos: o primeiro, de forte centralização do poder, durante o regime autoritário; o segundo, durante a década de 80, orientado para a descentralização e formação de um novo

modelo de federalismo e, finalmente, na década de 90, apresentando traços de um processo de recentralização e ausência de mecanismos cooperativos – o que pode ser considerado um período de transição para um novo pacto federativo (Viana et al, 2002).

Fato é que as aspirações de descentralização e reforma social foram se conformando desde o final do regime autoritário e culminaram com a promulgação da Constituição de 1988. Sob a égide da nova carta constitucional, o sistema federal foi redesenhado em favor dos estados e municípios, estes últimos reconhecidos com entes federativos, com o mesmo status legal dos demais níveis de governo. Dessa forma, foi consagrada a tendência à redistribuição dos recursos fiscais, em detrimento do governo central.

No entanto, de acordo com Souza (2005), é importante ressaltar que a federação brasileira se distingue por se tratar de um sistema de três níveis (triplo federalismo), já que incorporou os municípios juntamente com os estados, como entes federados. Esse sistema, como foi consolidado, reflete uma longa tradição de autonomia municipal e escasso controle dos estados sobre questões locais.

Um outro aspecto ressaltado pela mesma autora, diz respeito à Constituição brasileira mais recente, de 1988, cujo conteúdo contrastou com os documentos anteriores, principalmente no que se refere à provisão de mais recursos para os entes subnacionais; à expansão do controle social sobre as esferas de governo – através do aumento dos poderes judiciário e legislativo e pelo reconhecimento dos movimentos sociais e de organizações não-governamentais – e pela universalização de alguns serviços sociais (particularmente a saúde pública).

No terreno das políticas sociais, a nova Constituição apontava para uma modalidade de federalismo cooperativo, o que implicava a existência de funções compartilhadas entre as diferentes esferas de governo. Foram estabelecidas competências comuns para a União, estados e municípios nas áreas de saúde, educação, cultura, habitação e outras. No Brasil, segundo Souza (2001), o federalismo se apresentou como uma espécie de mediador das profundas disparidades regionais, e suas características atuais conformam uma federação que constribe o centro e redireciona o papel dos governos subnacionais na provisão de serviços. Entretanto, contrapondo-se a este ideal, Viana et al (2002) argumenta que, na prática, a descentralização no Brasil ocorreu sob um padrão perverso de políticas públicas, pois a União perdeu um certo poder sobre sua execução e os estados mantiveram a politização da administração

pública estadual, o controle sobre o sistema eleitoral ao governo estadual, além da neutralização dos órgãos fiscalizadores estaduais.

Há mais de duas décadas, o Brasil tem vivenciado profundas reformas no setor saúde. Nos anos 80, essas transformações deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da própria legislação definida na Constituição de 1988. Na década de 90, os esforços foram concentrados na reformulação dos papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. Nesse mesmo período, foram criados os Conselhos de Saúde, que representavam novas instâncias de negociação, integração e decisão, nos diferentes níveis de governo e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, de caráter mais especializado e restrito (Viana et al, 2002).

No Brasil, como já foi dito, o sistema público de saúde e seus beneficiários são definidos nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema criado a partir das disposições constitucionais de 1988 e implementado por leis promulgadas em 1991, representando o principal comprador de serviços de saúde no país. Suas instituições influenciam, de forma significativa, a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas (com ou sem fins lucrativos).

O SUS passa a representar, desde então, o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde, em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. No plano de sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária, assim como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário (Viana et al, 2002).

O sistema de saúde no Brasil é misto, onde coexistem três principais formas de financiamento: governamental (representado pelo Sistema Único de Saúde), seguro privado (representado por operadoras de planos pré-pagos) e desembolso direto (representado pelas despesas diretas das famílias).

Embora este tipo de estrutura seja a mesma da maioria dos países da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), o que chama a atenção no caso brasileiro é que as disposições constitucionais definiram um padrão próximo ao europeu ocidental. No entanto, na prática, o que se observa é que a oferta efetiva dos serviços se aproxima mais da configuração norte-americana (Ribeiro, 2009).

Especificamente, no caso do sistema preconizado pelo SUS, a coordenação de ações entre diferentes níveis de governo, reordenadas de acordo com uma proposta de

regionalização que vise a otimização dos recursos disponíveis. As relações intergovernamentais, sob este prisma, devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos gerados pelo sistema, pois a estes acordos é que o acesso aos serviços está subordinado, não se deixando de considerar as diferenças e necessidades regionais (Viana et al. 2002).

No contexto internacional, apesar das especificidades dos problemas enfrentados por cada país, há uma agenda política comum quando se fala de oferta e acesso a serviços. Seguindo esta linha, Starfield (2004) cita que, em termos de financiamento, pagamento, contratação e gestão de serviços de saúde, existe um processo de convergência nas experiências internacionais.

Entretanto, essa convergência não deve encobrir o fato de que o financiamento proveniente de impostos ou seguros sociais obrigatórios representa a base da garantia de um acesso igualitário aos serviços. O dinamismo é característico dos sistemas de saúde e estes respondem a demandas tanto provenientes da sociedade, quanto do sistema político em si, bem como a processos complexos, como inovações tecnológicas, por exemplo (Ribeiro, 2009).

No caso do Brasil, quanto à distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, além de ser responsável pela coordenação das ações intergovernamentais. Isso significa que o governo federal tem autoridade para tomar as principais decisões nessa política setorial. Assim, as políticas implementadas pelos governos locais estão fortemente condicionadas às transferências federais e às normas do Ministério da Saúde. Dessa forma, fica muito evidente que o governo federal dispõe de recursos institucionais suficientes para afetar a agenda política dos governos locais, tanto na área da saúde quanto no campo das demais políticas sociais (Arretche, 2003). A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. Isso quer dizer que a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio Poder Executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional. O conteúdo dessas portarias consiste, em grande medida, em condicionar as transferências federais à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal.

Assim, resumindo o que foi anteriormente apresentado, em termos de saúde, a década de 80 foi marcada pela reforma sanitária, consolidada na Constituição de 1988. Nesse período foi possível perceber mudanças institucionais significativas, como a universalização do acesso aos serviços de saúde, baseado em um sistema público

financiado pelos impostos gerais. Na prática, essa universalização gerou um efeito paradoxal na saúde nacional, não atingindo seus objetivos principais que eram a cobertura universal e o acesso equitativo. Na realidade, a universalização passa a ser percebida como excludente, já que as camadas mais favorecidas passam a migrar para o serviço privado e a oferta de serviços no sistema público passa a ser racionada. Entretanto, o modelo de descentralização setorial na saúde, apesar de todos os esforços empreendidos pelo governo federal, no sentido da indução e regulação do processo, pode ter pouco impacto nos indicadores de oferta e acesso aos serviços, considerando os constantes conflitos de ordem federativa, agravados pelo contexto de restrição fiscal e de desigualdades regionais. O caso da saúde mental não se apresenta como exceção, nesse sentido.

Dessa forma, o modo como a produção de normas se deu após o advento da aprovação da Lei Paulo delgado é explicado por esse contexto, delimitado pelos conflitos federativos e a heterogeneidade na capacidade dos governos locais, responsáveis pela implementação das políticas. Assim, o caráter incremental nas políticas de SMAD é ressaltado em nosso estudo, considerando as restrições impostas para a conformação da rede substitutiva de atenção em saúde mental.

O incrementalismo nas políticas enfatiza mudanças graduais, baseadas em acordos entre os atores e instâncias envolvidos no processo, minimizando potenciais conflitos e conseqüentes vetos às políticas. Nessa perspectiva, a tomada de decisão é fatiada, à medida que novas demandas e abordagens (soluções) são desenvolvidas. Assim, mudanças maiores são viabilizadas através de pequenos passos (Lindblom,1980). Esse fatiamento estratégico de propostas de políticas, no cenário de disputas e conflitos encontrado pela Reforma, repercutiu positivamente na aprovação das normas propostas pelos tomadores de decisão.

Saúde mental: as normas e sua evolução

Os elementos históricos da Reforma Psiquiátrica vêm sendo discutidos em detalhe pela literatura nacional, especialmente quanto à crítica ao modelo manicomial (Amarante, 1995). Os efeitos desta reforma e as inovações estimuladas pela Lei 10.216/2001 foram analisados por Costa et al. (2011), em termos do seu sucesso na montagem de uma rede comunitária de serviços a partir de um conjunto de experiências exitosas observadas no país. A Lei 10.216, de 2001 (Lei “Paulo Delgado”, que adota o nome do deputado que formulou a proposta original), é o marco legal da Reforma

Psiquiátrica no Brasil e reforçou as diretrizes básicas preconizadas pelo SUS quanto à garantia aos usuários de serviços de saúde mental de universalidade de acesso e direito à assistência.

A partir de então, o que se pode perceber é uma extensa normatização do conjunto de políticas referentes à implementação na prática deste novo marco legal, por parte do Ministério da Saúde (MS). No presente estudo, foram revisados todos os decretos, leis e portarias, aprovados desde 06 de abril de 2001, com o objetivo de identificar o padrão das mudanças na política e a dinâmica das alternativas propostas no sentido de regulamentar os procedimentos adotados em consonância com o novo marco legal e a agenda setorial.

Após a análise documental, realizada sobre a normatização das políticas de Saúde Mental no Brasil, concluímos que este incrementalismo se deu por uma combinação de experimentalismo (normas decorrentes de inovações locais) e adaptações a mudanças que tiveram lugar na agenda política setorial. O processo adaptativo, como procuramos mostrar, envolve uma fase inicial com foco no controle sobre as internações psiquiátricas, passa pela montagem da rede substitutiva de assistência e de acolhimento (residências terapêuticas e similares) e se expande no sentido de contemplar a agenda de álcool, crack e outras drogas. Mudanças incrementais representam processos usuais no desenvolvimento de políticas, as quais em determinadas circunstâncias evoluem para mudanças políticas mais profundas ou resultam deste tipo de processo. Mais adiante trataremos de alguns aspectos conceituais relacionados a esses processos.

As relações entre demanda ampliada em saúde mental e suas repercussões para o desenho da política pública foram discutidas em detalhes em estudo anterior (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). Os normativos da saúde mental e o fatiamento da reforma psiquiátrica seriam movimentos adaptativos a esta demanda crescente e progressivamente definidas e justificadas (incorporando novas populações e/ou novas alternativas terapêuticas).

Como visto, a Lei 10.216/2001 é tomada como marco para análise de um novo ciclo da política. No entanto, esta lei é inespecífica quanto às clientela que devem ser objeto de proteção e quanto aos serviços preconizados. Dois anos após a sua promulgação, foi aprovada a Lei 10.708 de 2003, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para os pacientes egressos de internações psiquiátricas. Essa lei representou

um avanço em termos de incentivo à ressocialização dos pacientes longamente internados.

O tema das drogas aparece na Lei 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Em 2007 é aprovada a Lei 6.117, de 22 de maio de 2007, que institui a Política Nacional sobre o Álcool, que lança mão do conceito ampliado de redução de danos, como norteador das políticas, em consonância com suas formulações originais (IHRA, 2009).

O Decreto 7.179, de 2010, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e determina o aumento do número de leitos para internação de usuários e a incorporação das comunidades terapêuticas à rede pública de assistência. Por fim, a Lei 12.339, de 2010, destina explicitamente recursos financeiros no âmbito do Plano Crack, sob a égide da Presidência da República. Os aspectos mais importantes do cotidiano da implementação das políticas podem ser analisados à luz das portarias que as regulamentam e este será o foco analítico do estudo.

Os normativos analisados a seguir seguem uma tradição nacional Pós-Constituinte de 1988 e orientam as políticas a um padrão descentralizado e municipalista. Em termos da periodicidade e ênfase nas normas, podemos dividir a publicação das Portarias em quatro fases distintas. A primeira, abrangendo os anos de 2001-2002, se refere basicamente ao desestímulo do financiamento para hospitais psiquiátricos de grande porte e à estruturação da rede psicossocial de atenção em saúde mental. Na segunda fase, que tem lugar entre os anos 2003-2004, o movimento mais marcante é a expansão de clientelas da rede de saúde mental, com destaque para a criação e regulamentação de serviços de atenção aos usuários de drogas e crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Na terceira fase, entre 2005-2008, alguns ajustes são normatizados, como a reconfiguração dos serviços residenciais terapêuticos que passam a compor a rede de atenção psicossocial e a regulamentação do atendimento para usuários de drogas nos CAPS I. Finalmente, na quarta fase (atual), entre 2009-2013 é marcante a emergência da agenda das drogas e da atenção ao uso de crack, especificamente.

A análise do vasto material documental que inclui os normativos da política de saúde mental corrobora alguns dos elementos centrais da política de saúde assinalados anteriormente. O principal elemento que se destaca é que, após a alteração profunda secundária ao novo marco legal representado pela Lei Paulo Delgado, uma série de decisões políticas adquiriram um caráter nitidamente incremental. O incrementalismo

aqui diz respeito a um conjunto aditivo de serviços, beneficiários e clientela específicas, implantados e incluídos ao longo do tempo.

Uma questão relevante deve ser formulada quanto a normativos recentes relativos ao acolhimento preconizado em instituições não hospitalares, os quais poderiam representar um retrocesso com relação às políticas e marcos de desinstitucionalização, muito presentes nos primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil.

Um total de 21 portarias foi detalhadamente analisado e classificado em 4 grupos temáticos segundo itens relevantes da política de saúde mental. Em linhas gerais, as principais mudanças aqui analisadas nos tópicos e quadros a seguir incluem:

- Definição de beneficiários e titulares de direitos (ex. auxílio reabilitação);
- Definição de clientela específicas, como no caso da ampliação da rede CAPS para atenção a álcool e drogas e crianças e adolescentes;
- Ampliação do conceito de rede substitutiva para rede de assistência em saúde mental, álcool e drogas, incluindo os serviços hospitalares e a rede básica (através dos NASF);
- Ampliação dos serviços de internação não-hospitalares (serviços residenciais terapêuticos, inicialmente), incluindo outros dispositivos como as CAT (casas de acolhimento transitório) e as comunidades terapêuticas;
- Mais recentemente, a oferta de serviços em álcool e drogas foi ampliada, com foco no manejo dos usuários de crack, integrando políticas multisetoriais, algumas com comando externo ao MS.

Além destes temas mais centrais, alguns tópicos devem ser vistos como indicativos de problemas comuns ao conjunto das portarias aqui analisadas, tais como: (i) defasagem entre incentivos financeiros previstos e custos reais dos serviços; (ii) delegação de oferta de serviços a entes subnacionais com capacidades heterogêneas; (iii) diluição das transferências em meio a tetos financeiros locais; e (iv) preconizada articulação intersetorial (de eficiência variável em termos locais). A seguir analisaremos cada um dos temas destacados na forma de agendas específicas de políticas, ilustrados no Quadro 1.

Quadro 1: Evolução das normas em SMAD de 2002 a 2012

Políticas	Expansão de serviços e benefícios – 2002 - 2012						Padrão
Internações Psiquiátricas	2002		2009		2012		Mantem internação psiquiátrica, amplia o escopo para hospitais gerais e o controle das internações
	Pt 251 Internações em hospitais psiquiátricos	Pt 2391 Internações involuntárias	Pt 2629 Internações em hospitais gerais		Pt 148 Serviços de Referência em hospitais gerais		
Serviços Comunitários Extra-hospitalares	2002	2003	2010	2011	2012		Expansão como alternativa da assistência hospitalar e especialização progressiva dos CAPS
	Pt 336 CAPS e rede comunitária para transtornos graves	Pt 1947 Expansão dos CAPSi	Pt 2843 NASF III em RAP de pequenos municípios	Pt 3089 Financiamento dos CAPS segundo porte dos municípios	Pt 130 CAPSad III 24 hs para grandes municípios		
Suporte e Reabilitação	2003		2011		2012		Serviços substitutivos à assistência hospitalar em termos de abrigo e de suporte social
	Pt 2077 Auxílio-reabilitação para desospitalizados		Pt 3090 Serviços Residenciais Terapêuticos		Pt 132 Geração de renda em RAP		
Álcool e Outras Drogas	2004	2005	2010	2011	2012		Presença tardia na agenda setorial, assume protagonismo recente e diversifica serviços
	Pt 2197 Serviços em AD, suporte social e PRD	Pt 1059 Redução de danos em CAPSad	Pt 1190 PEAD, comunidades terapêuticas e PRD	Pt 4132 CAT e Plano Crack	Pt 3088 RAP em AD	Pt 121 Unidade de Acolhimento admitindo-se a provisão de serviços por entes privados	

Internações Psiquiátricas

O primeiro conjunto de portarias apresentado trata da regulamentação da assistência hospitalar, seguindo-se à aprovação da Lei 10.216. As internações psiquiátricas se situam, como visto, na origem da reforma psiquiátrica na forma de luta antimanicomial. O que se seguiu após a aprovação da referida lei foi uma tentativa progressiva de regulamentar esse tipo de internação. Como já mencionado, a Lei Paulo Delgado foi promulgada com foco na garantia de direitos e, apesar de fortes oposições políticas, contou com uma posição unificada do MS, o que contribuiu para sua aprovação (Delgado, 2012). Após a Lei da Reforma, uma série de normas foram sendo propostas e viabilizaram a conformação de uma rede de atenção substitutiva.

A primeira norma apresentada, a portaria 251 de 2002, é publicada em um ambiente favorável ao movimento de desinstitucionalização, o qual, apesar de preservar a figura do hospital psiquiátrico especializado e de grande porte, estabelece critérios de avaliação como um marco inicial na definição de padrões mínimos de qualidade nos serviços de internação em saúde mental. No entanto, esta portaria trata de avaliação de resultados e restringe os serviços a estabelecimentos da administração direta.

Publicada ao final do mesmo ano, a portaria 2.391 se concentra na regulamentação de aspectos legais referentes à internação psiquiátrica, padronizando procedimentos decorrentes da Lei 10216/2001, em termos de prestação de contas. Essa portaria consolida alguns dos principais avanços da reforma psiquiátrica e define tipos de internações psiquiátricas e procedimentos, com foco nas internações involuntárias.

Em 2009, é atualizado o financiamento das internações psiquiátricas em hospitais gerais e em serviços de emergência, por meio da portaria 2.629, a qual, embora não se ocupe da adaptação de instalações e serviços à demanda em saúde mental, traz avanços quanto à ampliação do acesso. Incentiva internações de curta duração e integra os serviços de urgência e emergência à rede de atenção psicossocial. Essa portaria reflete, em parte, a adesão do Brasil ao programa global preconizado pela OMS (WHO, 2010). No caso brasileiro, a questão da escassez de serviços se combina ao debate acerca da integração da clientela em saúde mental aos serviços de saúde em geral.

Uma das mais recentes normas que regulam os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, a portaria 148 de 2012, amplia o escopo da atenção hospitalar em SMAD, com destaque para transtornos relacionados ao uso de crack, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens. Define o hospital geral (público ou sem fins lucrativos) como preferencial sem, no entanto, explicitar restrições aos hospitais lucrativos. Essa portaria está relacionada ao movimento de revalorização do componente hospitalar na atenção à saúde mental, promovido pela emergência das drogas como prioridade na agenda.

Logo em seguida, a portaria 349 de 2012 determina que os leitos já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, poderão ser qualificados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospital Geral e fazer jus ao recebimento dos incentivos financeiros instituídos nesta Portaria. Os leitos deixam de ser exclusivos para problemas decorrentes do uso de drogas e passam a atender à saúde mental mais amplamente.

No entanto, como ressaltado por Tykanory (2013) e Jann (2014) a adesão das unidades hospitalares à rede de atenção em SMAD precisou ser estimulada financeiramente, o que foi viabilizado pela portaria 1615 de 2012. Esta portaria instituiu incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por leito

para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou uso de drogas e redefiniu o mínimo de 04 leitos e o máximo de 25 leitos por estabelecimento de saúde.

Quanto ao tema das internações psiquiátricas, constatamos que houve a expansão de modalidades de serviços de internação, especialmente os hospitais gerais. Os hospitais de menor porte passaram a ser priorizados, em detrimento dos hospitais de grande porte. O caráter incremental é nítido, as normas se concentram inicialmente na regulamentação dos serviços já existentes. Posteriormente, houve uma diversificação dessas internações para os hospitais gerais. Também foram reforçados os serviços de referência hospitalar para portadores de transtornos mentais. Quanto à periodicidade dessas portarias, notamos que o processo normativo consolidado no ano de 2002 só é retomado a partir de 2009. Isto sugere uma demanda de complementação hospitalar à rede comunitária, especialmente no caso dos pacientes mais graves.

Por outro lado, a necessidade da criação de incentivos financeiros e valores diferenciados de AIH, no caso das internações em SMAD, apontam para a dificuldade de inclusão desse tipo de clientes na atenção hospitalar geral. Além dos incentivos, a adaptação de espaços nos hospitais gerais é necessária, bem como a capacitação dos profissionais que atuam nessas unidades.

Serviços comunitários extra-hospitalares

Os CAPS representam a principal inovação no universo da reforma psiquiátrica. Depois do combate aos manicômios e às internações involuntárias, a ampliação da rede CAPS se tornou o principal objetivo das políticas de SMAD. A primeira portaria estruturada sobre esta rede foi a 224 de 1992. Como assinala Fagundes (2012) esta é a portaria precursora deste projeto, sendo a primeira a regulamentar as atividades dos NAPS/CAPS, além de definir a atenção hospitalar, através da figura do hospital dia e dos serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral. Isto é reforçado pelas próprias características do período, onde inovações locais representavam a base para as normatizações da política. A Portaria 224 deve ser ressaltada como um marco, apesar de não estar contemplada entre as portarias selecionadas, por ser anterior à aprovação da Lei Paulo Delgado.

No **Quadro 1**, a agenda dos Serviços Comunitários Extra-hospitalares mostra a consolidação da rede de CAPS. Sua expansão acompanhou o processo de desospitalização e substituição dos leitos de internação por serviços abertos, de base

territorial e comunitária, com a proposta de cuidados em saúde mental em seus diversos graus de intensidade. Ao mesmo tempo, através da análise das normas, podemos observar que os CAPS foram, gradativamente, se especializando e adicionando novas clientelas sob seu cuidado.

Foi a portaria 336 de 2002 que desencadeou a consolidação da reforma em termos de uma rede extra-hospitalar. Esta portaria normatiza o funcionamento de uma rede especializada segundo clientelas na forma de CAPS III, CAPS ad e CAPS i. O que se viu em seguida foram estratégias de consolidação do novo modelo de modo fatiado segundo as condições políticas de cada momento (Delgado, 2012). Os limites a esse crescimento são de ordem financeira e de disponibilidade de profissionais. Isto levou o MS a definir em bases mínimas as equipes dos CAPS para viabilizar em termos nacionais a expansão destes serviços (Delgado, 2012).

Em seguida, a portaria 1.947 de 2003, estabeleceu um plano estratégico de expansão dos CAPS destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, os CAPS i. Isto representa uma ampliação do escopo original dos CAPS para casos mais graves entre grupos específicos.

Após algum tempo e já sob a influência do protagonismo das drogas na agenda da saúde mental, a Portaria 2.843 de 2010 amplia o escopo da rede atenção básica para a saúde mental com foco em álcool, crack e drogas, sendo orientada a pequenos municípios. A referência de serviços é o CAPS ou a própria unidade hospitalar, na falta deste.

No ano seguinte, a Portaria 3.089 de 2011, atualiza os valores para os incentivos financeiros e os recursos são incorporados ao teto de média e alta complexidade dos Estados e, assim, podem não ter efeito caso a produção geral supere o teto.

Reforçando o protagonismo das políticas de crack, álcool e outras drogas na agenda do MS, a Portaria 130 de 2012 trata de CAPS ad III em regime de 24 horas. A equipe mínima com teto de 60 usuários por turno inclui apenas um médico psiquiatra e um clínico e envolve uma série de profissionais não médicos, preservando o caráter restritivo assinalado. Complementarmente, no ano seguinte, é publicada a portaria 615 de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e também de Unidades de Acolhimento (UA), em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa portaria define a função dos **CAPS** como ponto de atenção da RAPS, na **atenção psicossocial especializada**. Já a **Unidade de Acolhimento** é definida como ponto de atenção da

RAPS na **atenção residencial de caráter transitório**. Os incentivos financeiros de que trata se destinam à construção dos seguintes tipos de estabelecimentos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III, UA Adulto e UA Infanto-Juvenil.

Os problemas de financiamento parecem cruciais neste modelo, como reflexo da própria política pública representada pelo SUS. Apenas municípios com maior capacidade fiscal ou forte adesão política ao modelo podem fazer frente às necessidades de contrapartidas locais. Isto pode originar um sistema desigual e carrear clientelas de regiões desprovidas de serviços para aqueles de maior qualidade. Contudo, em anos mais recentes, com o maior aporte financeiro carreado pelas políticas que se destinam aos problemas decorrentes do uso de crack, a atenção em saúde mental foi beneficiada de forma ampla, tanto em relação ao financiamento de novas unidades, quanto à elevação da remuneração pelos serviços prestados no âmbito da RAPS.

Suporte e Reabilitação

Quanto às normas relacionadas às diversas formas de abrigamento, reabilitação e benefícios em saúde mental, nossa análise verificou que esses serviços têm sido ancorados às normas sobre internação, o que faz sentido devido ao seu caráter complementar. Esses serviços são orientados às estratégias de desospitalização, em um primeiro momento, de modo a evitar internações indiscriminadas e de se ajustar a redução planejada de leitos. No entanto, como destaca Fagundes (2012) a insuficiência da oferta de serviços na modalidade residência terapêutica foi uma lacuna no desenvolvimento da política de desospitalização e continua representando uma fragilidade para sua evolução. A relevância da residência terapêutica é tão marcante que Delgado (2012) considera a influência britânica nesse ponto superior a da reforma italiana no processo brasileiro.

A Portaria 2077 de 2003 trata do auxílio reabilitação psicossocial para egressos dos hospitais beneficiários no programa "De Volta para a Casa", conforme descrito no **Quadro 1**. Há clara definição do município como agente do programa neste caso, que deve acompanhar o representante legal do beneficiário e garantir a qualidade do programa. O programa é supervisionado pelo MS através de uma comissão e as funções do nível estadual são residuais.

Após alguns anos é publicada a Portaria 3090 de 2011, atualizando incentivos financeiros para serviços residenciais terapêuticos para fins de desospitalização e reinserção social dos longamente internados em hospitais psiquiátricos ou de custódia.

A implantação ocorre através dos Estados, DF e Municípios. Esta portaria se destina a atualizar valores e reforçar a importância desses serviços para o processo de desospitalização.

Mais recentemente publicada, a Portaria 132 de 2012 trata de incentivos financeiros para o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial, incluindo geração de trabalho e renda. A norma estipula condicionalidades para o recebimento do recurso, em parcela única, não especificando quais entes federados estão aptos a receber e gerir o recurso. Não há um custeio mensal das ações o que pode significar um indutor frágil para o programa.

Analisando a evolução destes serviços, dois aspectos chamam a atenção. Primeiro, há indícios de uma entrada da agenda social na saúde mental, uma vez que esses programas têm evidente caráter multidisciplinar e intersetorial, especialmente as áreas de assistências e desenvolvimento social. O segundo, é que ao se disseminar esses serviços baseados em abrigo e, em certos casos, de caráter involuntário, há uma renovação das práticas de institucionalização destes usuários. Neste caso, aspectos associados à qualidade são cruciais, de modo a preservar os ganhos obtidos com a implementação da agenda antimanicomial.

Álcool e outras drogas

No caso das normas orientadas à atenção em álcool e outras drogas, é possível observar que o tema surgiu mais tardiamente na agenda da saúde mental. No entanto, após 2010 a aprovação de normas nessa área se intensificou, revelando o protagonismo do tema em anos mais recentes. Também é evidente o movimento de diversificação de serviços e orientações preconizados pelas portarias. A emergência da agenda de álcool e drogas dá relevância a estratégias de redução de danos no plano terapêutico, por sua vez, o foco recente no combate ao crack se contrapõe a alguns dos principais fundamentos relacionados à política de saúde mental quanto à institucionalização dos pacientes (Delgado, 2012).

Como descrito no **Quadro 1**, a Portaria 2197 de 2004 trata da atenção em álcool e drogas e institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas com quatro componentes: atenção básica; atenção em CAPS ad e ambulatórios; hospitais de referência e urgência/emergência; e rede de suporte social. Também inclui o uso de estratégias de redução de danos. Sob o uso genérico típico do setor, a atenção

integral implica no uso de instalações gerais do SUS, para além do CAPS ad (para casos especializados).

A Portaria 1059 de 2005 trata de políticas de redução de danos vinculadas aos CAPS ad, de seu financiamento e define as transferências para Estados e Municípios. Os programas devem estar orientados principalmente às clientela fora da assistência regular.

A Portaria 1190 de 2009 define o PEAD 2009-2010. Este plano emergencial é orientado a conter uma suposta epidemia em álcool e drogas e concentra as ações previstas nos 100 municípios de maior porte e capitais, focando em crianças e adolescentes vulneráveis além de enfatizar sinergias mediante ações interministeriais. A portaria consolida o protagonismo recente da agenda de álcool e drogas. Destaca a lacuna assistencial do SUS para estes grupos, enquanto o programa se assenta em rede já definida na saúde mental e na proposta de uma maior articulação intersetorial. Os recursos financeiros seguem pela Tabela SUS e não há definição de incentivos adicionais.

A Portaria 4132 de 2010 estabelece recursos para o financiamento de implantação e custeio de Casas de Acolhimento Transitório (CAT), em Estados e Municípios. A norma descreve a gestão dos serviços vinculados a uma rede integrada de saúde e assistência social, no entanto, não existem evidências do funcionamento de serviços operando de forma a integrar tais setores. O CAT, assim como as demais políticas normatizadas no âmbito do Plano Crack, está vinculada a um recurso “extra-teto” (como se diz no jargão dos dirigentes), de caráter emergencial.

A Portaria 3088 de 2011 trata da Rede de Atenção Psicossocial em crack, álcool e drogas. Define a rede em seus diferentes serviços, nomeando os já existentes e incorporando os serviços gerais do SUS (atenção básica e hospitalar). Resolve questões em aberto no debate setorial acerca do uso compartilhado dos serviços gerais do SUS para a clientela de transtornos mentais.

A Portaria 121 de 2012 institui as Unidades de Acolhimento (UA) no contexto das CAT com especificidade aos usuários de crack e outras drogas como equipamento residencial (adulto ou infantil). São implantadas por entes federados e podem ter parceria com Organizações Sociais (OS). As OS surgem pela primeira em uma norma da saúde mental o que reflete a necessidade de adaptação contínua e acelerada do sistema público à demanda crescente. A adoção de serviços não exclusivamente pertencentes a administração direta tem sido observada mais recentemente para o

funcionamento dos CAPS, como no caso das OS no município do Rio de Janeiro. Esta portaria também menciona, pela primeira vez, o mínimo de qualificação profissional em pós-graduação na atenção em saúde mental.

A Portaria 131 de 2012 trata de Serviços em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas para usuários de álcool e drogas. Institui incentivos financeiros para atenção e inclui as comunidades terapêuticas vinculadas aos CAPS. A portaria trata, como outras, de necessidades gerais decorrentes do uso de álcool e drogas ilícitas, em vez de focar na dependência estrita. As comunidades terapêuticas não representam um consenso na comunidade política da reforma psiquiátrica e em muitos casos são vinculadas a organizações religiosas e com foco na abstinência.

A Portaria 122 de 2012 trata de Equipes de Consultório de Rua. Define as diretrizes para organização e funcionamento destas equipes. Busca pulverizar a atenção à população de rua, privilegiando o acesso, embora existam questões sendo levantadas quanto à sua capacidade resolutiva. Trata-se de uma estratégia adotada inicialmente em Salvador, para a atenção aos usuários de drogas, mas foi ampliada pelo Ministério para atender diversos problemas de saúde em população de rua.

Afora itens relacionados em tópicos anteriores, o fortalecimento da agenda de álcool e drogas, com a ênfase no caso do crack, deve fortalecer a competição por recursos escassos do sistema e os resultados dependem fortemente do desempenho de políticas fora do setor saúde. Há também questões a serem levantadas relacionadas aos serviços de suporte à população dependente e suas possíveis repercussões relacionadas ao elevado grau de institucionalização destes usuários em função das internações involuntárias. Discutiremos isso no próximo tópico, mas lembrando que este foi um tema presente desde a origem do movimento da reforma psiquiátrica (Fagundes, 2012).

Após a pesquisa que realizamos sobre a legislação que repercute sobre as políticas de SMAD e o extenso número de portarias do MS a elas relacionadas, observamos um evidente quadro caracterizado por quatro agendas principais de caráter sucessivo e cumulativo. Estas agendas foram caracterizadas por soluções apresentadas para problemas objetivos decorrentes da mudança política no entorno da Reforma Psiquiátrica no Brasil e desenvolvidas a partir da Lei 10.216 de 2001. Trataram de internações psiquiátricas, os CAPS, o suporte social e reabilitação e as políticas de álcool e outras drogas.

Vimos que em termos de períodos de elaboração das normas se observam quatro fases bem delimitadas quanto ao desenho institucional da política. A fase inicial

abrangeu os dois primeiros anos após a Lei Paulo Delgado e tratou de desestimular a operação de hospitais psiquiátricos de grande porte. Para isto criou obstáculos legais às internações não voluntárias e determinou a formação de uma rede de serviços de atenção em saúde mental de caráter comunitário e substitutivo. Na fase seguinte (2003-2004) o movimento mais marcante foi a expansão do público alvo da política de saúde mental, o que implicou na criação de serviços especializados para os usuários de drogas e crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Em seguida (2005-2008) alguns ajustes relacionados a serviços já existentes foram realizados. Em especial a reconfiguração dos serviços residenciais terapêuticos que passaram a compor uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isto foi acompanhado de políticas de geração de renda e de suporte social e financeiro aos pacientes e seus familiares. Por fim, desde 2009, é marcante a emergência da agenda de álcool e outras drogas, com a recente ênfase aos usuários de crack, especificamente.

Estes últimos acontecimentos trouxeram à tona o antigo debate da Reforma Psiquiátrica sobre a crítica da institucionalização dos pacientes psiquiátricos. Com isto soluções têm sido apresentadas pelo MS, em termos de ampliação do número de leitos hospitalares, e por entidades civis especialmente religiosas em termos de ampliação das chamadas Comunidades Terapêuticas (CT). Estas CT envolvem, além de longos períodos de isolamento, práticas terapêuticas conflitantes com o modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica e que foi adotado amplamente pelo setor público brasileiro.

Desenvolvimentos recentes no âmbito do MS têm apontado para a busca de uma mínima convergência entre estes dois modelos. Isto se dá em parte pelo problema assinalado da escassez de recursos financeiros e de serviços em saúde mental frente à demanda observada e cada vez mais ativa politicamente (Ribeiro e Inglês-Dias, 2011). As possibilidades de uma articulação mais sólida entre a rede pública e as CT parecem frágeis, na medida que implicam na ampliação da regulação governamental sobre estas atividades. As entidades de caráter religioso se mostram refratárias a este movimento. Evidências nesta direção têm sido obtidas por estudos que estamos desenvolvendo e pelo fato da última chamada do MS para prestação de serviços de CT ao SUS terem resultado em reduzido número de instituições interessadas.

As principais mudanças aqui analisadas se deram em torno de (i) definição de beneficiários e titulares de direitos a portadores de transtornos mentais, na forma de auxílios financeiros; (ii) definição de clientela específicas, como no caso da ampliação da rede CAPS para atenção a álcool e drogas e crianças e adolescentes; (iii) ampliação

do conceito de rede substitutiva para rede de assistência em saúde mental, álcool e drogas, incluindo os serviços hospitalares e a rede básica; (iv) expansão dos serviços de internação extra-hospitalares (serviços residenciais terapêuticos, inicialmente), incluindo outros dispositivos como as CAT (casas de acolhimento transitório) e as comunidades terapêuticas; (v) A oferta de serviços em álcool e drogas foi ampliada, com foco no crack, integrando políticas multi-setoriais, algumas com comando externo ao MS.

A evolução dessa agenda e o modo como as inovações foram sendo implementadas ao longo do tempo, configuram um quadro típico de incrementalismo pelo qual as mudanças têm caráter aditivo e experimental. Nesse ambiente, a política se consolida por meio de êxitos pontuais ao longo de sua implementação. A difusão nos meios acadêmicos, pela imprensa, por partidos políticos e membros do executivo local, funciona como elemento de legitimação das soluções propostas e para a sua passagem para o arcabouço institucional da política comandado pelo MS.

Questões relevantes à sustentabilidade e ao próprio sucesso das políticas de SMAD se relacionam a temas tradicionais da política de saúde e às características do sistema público brasileiro. De um lado, temos o ambiente de restrição de recursos que pode impor uma lógica de racionamento e restrição na expansão dos serviços (Ribeiro, 2009). Por outro lado, existe o clássico problema da focalização versus universalização dessas políticas (Ribeiro & Inglês-Dias, 2011). Esse é um problema especialmente grave em saúde mental, devido à amplitude das demandas e ao caráter especializado da abordagem de condições clínicas consideradas prioritárias.

Em resumo, o estudo dos normativos mostra uma adequação ao padrão federativo e descentralizador herdado da Assembléia Nacional Constituinte de 1988 e com forte repercussão para o SUS. Mostra também o caráter aditivo e incremental da política de SMAD, ao longo da implementação da Reforma Psiquiátrica, refletindo também, com muita nitidez, o impacto da agenda de álcool e drogas para a saúde mental em geral.

Capítulo 6: Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro:

Emergência da Agenda de Álcool e Drogas e o Racionamento de Serviços

No presente capítulo, apresentaremos o caso do Estado do Rio de Janeiro, apresentando dados relativos à conformação de sua Rede de Atenção Psicossocial, bem como a produção ambulatorial e hospitalar realizada em SMAD. Analisamos as políticas de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, com foco no processo de desospitalização e substituição dos hospitais e asilos por dispositivos como os CAPS, de forma a tecer considerações sobre a capacidade de efetivar a substituição da atenção hospitalar pela ambulatorial e comunitária, tendo os CAPS como dispositivos privilegiados nesse processo. Procuramos estabelecer uma conexão conceitual e analítica dos temas já mencionados ao longo dos capítulos anteriores, discutindo as políticas de saúde mental, considerando aspectos comuns a toda rede SUS, como a escassez de serviços, e particulares à RAPS, que se tornou Rede Prioritária no MS.

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) vive um momento único em termos de sua trajetória de desenvolvimento social e econômico. Mudanças políticas e oportunidades associadas aos grandes investimentos em curso elevaram a arrecadação e aumentaram as possibilidades de atuação da gestão estadual, o que deveria favorecer a implementação de políticas públicas. No entanto, na prática, o progresso socioeconômico não tem sido necessariamente acompanhado pela evolução das políticas sociais em proporção semelhante. Em relação à saúde, o desafio de garantir o direito constitucional de acesso aos serviços pelos cidadãos tem imposto à gestão a necessidade de um maior planejamento, especialmente considerando diferenças regionais no ERJ.

Em termos populacionais, a estimativa para o Estado do Rio de Janeiro foi de 16.112.637 habitantes, no ano de 2011, com cerca de 70% desse quantitativo concentrado na Região Metropolitana (IBGE, 2011). Ainda em 2011, os cinco municípios mais populosos do Estado eram: Rio de Janeiro (6.355.949 habitantes), São Gonçalo (1.008.064 habitantes), Duque de Caxias (861.157 habitantes), Nova Iguaçu (799.047 habitantes) e Niterói (489.720 habitantes) (CEPERJ, 2011).

Em termos de desenvolvimento regional, as áreas urbanas concentram a maior parte dos habitantes, visto que, em 2010, 96,7% da população residia nessas áreas. Dentre as regiões fluminenses, a Região Metropolitana foi a que apresentou a maior taxa de urbanização (99,5%) e a Região Noroeste foi a que apresentou a menor taxa (82,6%) (CEPERJ, 2011).

Em relação aos indicadores de oferta em saúde, segundo a SES/ RJ (2012), a atenção básica vem sendo ampliada em todo o Estado, segundo o preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde. A partir da lógica das “linhas de cuidado”, a gestão estadual vem desenvolvendo e ampliando seu papel como coordenadora e organizadora do cuidado em redes de serviços, para as principais necessidades de saúde da população. Junto aos municípios, vem investindo para a expansão e ampliação da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, abrangendo, em 2011, 40,4% da população fluminense.

Em relação à saúde mental, o Estado do Rio de Janeiro vem conduzindo uma análise da situação de saúde das pessoas que apresentam transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas para que, a seguir, seja elaborado o desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A operacionalização e implementação dessa rede devem levar em conta as diferenças regionais, tanto em termos de demanda quanto em termos de capacidade local (SES/ RJ, 2012).

Em termos de demanda em saúde mental, o MS estimou que 10-12% da população geral, em todas as faixas etárias, necessitem de cuidados em saúde mental, dos quais 3% devem ser contínuos em função de transtornos mentais severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor grave ou deficiência mental grave com dificuldade de adaptação) e o restante, na forma de cuidados médicos-psicológicos, aconselhamentos, grupos de orientação ou outras formas de abordagem que atendam transtornos mentais considerados leves (Brasil, 2005).

Segundo os dados levantados sobre os serviços que têm algum tipo de produção ambulatorial em saúde mental, por meio do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) do ERJ, foram identificados 528 estabelecimentos. Fica evidente na **Tabela 1**, que a maior concentração de estabelecimentos está na capital, no município do Rio de Janeiro, que apresenta mais de 20% de todos os serviços. Por outro lado, municípios populosos como São Gonçalo e Nova Iguaçu, juntos, não chegam a 4% da rede de atenção em SMAD do ERJ. Esses dados refletem o desequilíbrio da distribuição dos serviços de saúde mental e a escassez de serviços ambulatoriais em alguns municípios.

Tabela 1: Estabelecimentos prestadores de serviços em saúde mental segundo município, RJ, 2013

Município	Frequência	Percentual	Município	Frequência	Percentual
Rio de Janeiro	123	23,3	Quissamã	3	0,57
Niterói	27	5,11	Seropédica	3	0,57
Resende	23	4,36	Aperibé	2	0,38
Volta Redonda	22	4,17	Areal	2	0,38
Duque de Caxias	18	3,41	Bom Jardim	2	0,38
Itaguaí	18	3,41	Campos	2	0,38
Paracambi	14	2,65	Carapebus	2	0,38
Petrópolis	14	2,65	Carmo	2	0,38
Barra Mansa	13	2,46	Cordeiro	2	0,38
Angra dos Reis	11	2,08	Itaocara	2	0,38
Cachoeiras de Macacu	10	1,89	Levy Gasparian	2	0,38
Macaé	10	1,89	Magé	2	0,38
Nova Iguaçu	10	1,89	Maricá	2	0,38
Nova Friburgo	9	1,7	Miracema	2	0,38
São João de Meriti	9	1,7	Paraty	2	0,38
Eng ^o Paulo de Frontin	8	1,52	Pinheiral	2	0,38
Itaboraí	8	1,52	Porto Real	2	0,38
Mangaratiba	8	1,52	Quatis	2	0,38
São Gonçalo	8	1,52	Rio Bonito	2	0,38
Vassouras	8	1,52	Rio Claro	2	0,38
Silva Jardim	7	1,33	Rio da Ostras	2	0,38
Belford Roxo	6	1,14	Saquarema	2	0,38
Itaperuna	6	1,14	Sumidouro	2	0,38
Valença	6	1,14	São Sebastião do Alto	2	0,38
Miguel Pereira	5	0,95	Trajano de Moraes	2	0,38
Paraíba do Sul	5	0,95	Bom Jesus do Itabapoana	1	0,19
Três Rios	5	0,95	Cambuci	1	0,19
Mendes	4	0,76	Cantagalo	1	0,19
Piraí	4	0,76	Casimiro de Abreu	1	0,19
Porciúncula	4	0,76	Conceição de Macabu	1	0,19
Teresópolis	4	0,76	Macuco	1	0,19
Araruama	3	0,57	Rio das Flores	1	0,19
Barra do Piraí	3	0,57	S. J. do Vale do Rio Preto	1	0,19
Guapimirim	3	0,57	Santa Maria Madalena	1	0,19
Iguaba Grande	3	0,57	Sapucaia	1	0,19
Italva	3	0,57	Sto. Antônio de Pádua	1	0,19
Itatiaia	3	0,57	São Fidelis	1	0,19
Japeri	3	0,57	S. F. do Itabapoana	1	0,19
Mesquita	3	0,57	São João da Barra	1	0,19
Natividade	3	0,57	São Pedro da Aldeia	1	0,19
Nilópolis	3	0,57	Varre-Sai	1	0,19
Queimados	3	0,57	Total	528	100

Fonte: CNES

Em relação à natureza jurídica dessas instituições, podemos observar que a grande maioria dos estabelecimentos são da administração pública direta (94,13%), conforme ilustrado na **Tabela 2**. Isso é coerente com o quadro nacional, onde o setor público concentra a atenção primária e especialmente a atenção não hospitalar em saúde mental. Esse cenário também está em conformidade com as normas em saúde mental, que privilegiam a administração pública direta, especialmente em relação aos CAPS. No entanto, recentemente, com o redirecionamento do foco em unidades do tipo CAPS III, o município do Rio de Janeiro, por exemplo, estruturou seus serviços no modelo de gestão por Organização social (OS), o que, segundo Soranz (2013), otimizou a implementação dos respectivos CAPS III, assim como ocorreu com as unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 2: Estabelecimentos prestadores de serviços em saúde mental segundo natureza jurídica, RJ, 2013

Natureza jurídica	Frequência	Percentual
Público	497	94,13
Privado	31	5,87
Total	528	100,00

Fonte: CNES

Em relação ao tipo de unidade, podemos observar na **Tabela 3** que o percentual mais elevado de estabelecimentos que informam procedimentos ambulatoriais em saúde mental pertencem à atenção básica (centros de saúde, unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família). Os CAPS apresentam segunda frequência mais alta entre os que informam produção ambulatorial no ERJ.

O bloco composto pelas unidades básicas e pelos CAPS respondem por 63,07% do total de serviços que realizaram produção ambulatorial no ano de 2013, no estado do Rio de Janeiro. O fato de unidades básicas representarem quase 40% do total desses estabelecimentos sugere que haja uma dispersão dessas clientela por serviços não especializados. Como discutido anteriormente, isto reforça a tese de que a atenção em SMAD não precisa ser feita exclusivamente em serviços especializados, contanto que existam protocolos de assistência e capacitação dos profissionais (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). Segundo Soranz (2013), é inviável, em termos de financiamento, que todos os casos de saúde mental sejam tratados em serviços especializados.

Tabela 3: Estabelecimentos prestadores de serviços em saúde mental segundo tipo de serviço, RJ, 2013

Tipo	Frequência	Percentual
CS/UB/PSF	205	38,83
CAPS	128	24,24
Clínica/Centro de Especialidades	73	13,83
Policlínica	66	12,5
Hospital/PS	26	4,92
Hospital de Especialidades	22	4,17
Outros	5	0,95
Unidade mista	3	0,57
Total	528	100

Fonte: CNES

Em relação ao número de internações psiquiátricas em todo o estado, podemos afirmar que, ao longo dos anos, o município do Rio de Janeiro concentrou o maior percentual, ainda que tenha reduzido significativamente essas internações no período. O município de São Gonçalo, por sua vez, apresenta o segundo maior quantitativo de internações do estado, como pode ser visto na **Tabela 4**.

No entanto, os dados dessa tabela sugerem reduções bruscas nas internações psiquiátricas, como é o caso de Barra Mansa, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Em outros casos, como Rio de Janeiro e Niterói, essa redução se deu progressivamente. Também há casos notórios de fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, como no caso de Paracambi, o que acarretou expressiva diminuição de leitos. Cabe ressaltar que Paracambi, apesar de registrar um elevado número de CAPS nomeados, apenas um deles está habilitado.

Assim, é possível afirmar que existem três padrões de evolução das internações: redução abrupta sem a substituição por serviços comunitários na mesma proporção, redução abrupta com a implementação de serviços comunitários numa proporção razoável, redução progressiva das internações com maior possibilidade de convergir para a rede CAPS. No entanto, os dados não são suficientes para avaliar se a redução foi planejada e novos serviços deram conta da demanda antes atendida pelos hospitais psiquiátricos ou se essa redução deixou uma lacuna assistencial. Além disso, é preciso lembrar que em cada um desses hospitais psiquiátricos, existem pacientes de diversos municípios, o que dificulta a avaliação em termos da adequação da rede psicossocial substitutiva, no nível local. Mas, de um modo geral, é possível perceber que o declínio

das internações é a regra, o que demonstra que o processo de desospitalização e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos está em curso.

Tabela 4: Internações Hospitalares do SUS segundo AIH aprovadas em Psiquiatria por município de internação, RJ, 1995-2013*

Municípios	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Barra Mansa	4.119	3.903		46	298	191	260	191	199	212
Bom Jesus do Itabapoana	2.874	4.834	5.010	4.141	3.398	3.579	3.599	2.994	2.762	2.419
Campos dos Goytacazes	3.992	3.910	3.751	3.692	3.618	3.584	3.605	3.627	3.825	3.738
Carmo	5.769	5.241	4.090	3.271	239	265	41	53	68	49
Duque de Caxias	3.456	3.643	3.933	3.687	3.723	3.712	3.438	58	2	272
Eng. Paulo de Frontin	2.115	1.926	1.953	1.577	1.354	1.331	1.149	235		
Itaboraí	2.876	2.975	2.088							
Itaperuna	2.116									
Macaé	2.080									
Magé		1.791	1.865	1.888	1.786	1.666	1.600	1.584	595	
Niterói	9.738	8.116	8.149	7.845	7.283	6.396	5.963	5.505	5.773	3.465
Nova Friburgo	3.235	3.875	3.649	3.323	2.857	2.763	2.333	2.197	2.158	2.125
Nova Iguaçu	3.405	3.598	2.433	2.743	2.232					
Paracambi	21.828	22.789	23.052	19.098	15.873	12.387	8.494	6.177	4.665	3.122
Petrópolis	6.869	6.582	6.080	4.854	4.069	4.037	3.408	2.674	2.458	2.257
Quatis			3.669	3.532	3.094	2.657	2.626	2.765	2.602	2.537
Resende		1		3	3	46	192	122	210	285
Rio Bonito	9.958	9.737	10.012	8.643	7.890	7.539	7.307	5.394	3.846	
Rio de Janeiro	49.495	45.102	45.159	46.252	41.103	36.982	31.635	26.475	22.910	16.584
S. Francisco de Itabapoana	10.481	10.976								
São Gonçalo			10.237	9.202	7.916	7.200	6.231	6.446	6.454	5.696
São João da Barra	5.198	4.940		2	5	3	2			
São João de Meriti		3	4.476	4.193	3.952	3.495	1.524	65	65	
Tanguá			372	2.553	2.673	2.371	2.441	2.083	2.151	2.090
Três Rios	1.870	2.406	2.713	2.566	2.291	2.115	2.168	1.833	1.575	1.579
Valença						220	248	263	493	212
Vassouras	1.943	1.881	2.025	1.891	1.830	1.694	1.522	1.698	1.633	1.485
Volta Redonda	2.031	1.874	1.830	1.196	960	940	883	576	418	383
Internações residuais*	247	5	16	49	30	21	31	50	119	15
Total	155.695	150.108	146.562	136.247	118.477	105.194	90.700	73.065	64.981	48.525

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/SIH-SUS

*Os itens conrrelatos apresentaram totais de internações baixos e em 2013, como "saúde mental - hospital-dia" (1.442) e "saúde mental - clínico" (137) e não foram incluídos nesta tabela

**Inclui 64 municípios com baixo número de internações ao longo da série

Contudo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é diversificada e composta por serviços de diferentes graus de complexidade como a atenção básica em saúde; a atenção psicossocial especializada (CAPS); atenção à urgência e emergência (hospitais gerais); atenção residencial de caráter transitório (UA); atenção hospitalar (hospitais gerais e especializados); estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Nesse sentido, o papel do Estado, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, deve ser o de apoiar, orientar e coordenar a implementação da Rede no território estadual, de forma regionalizada, buscando o equilíbrio das iniquidades na atenção em SMAD.

Assim, segundo o relatório de gestão da SES/RJ, as ações de cuidado em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro estão alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como principal objetivo a reorientação do modelo, que deixa de estar baseado na assistência hospitalar psiquiátrica para dar lugar a um modelo de atenção que seja inclusivo e garanta a convivência das pessoas com transtornos mentais nos serviços, comunidades e espaços públicos.

Desta forma, o cuidado deve ser realizado no âmbito da Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde), por meio da atenção hospitalar (Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em hospitais gerais) e nos serviços específicos de atenção psicossocial, quais sejam: Ambulatórios de Saúde Mental (consultórios ou ambulatórios ampliados); Centros de Atenção Psicossocial (tipos I, II e III³; CAPSi; CAPS ad e CAPS ad III); Serviços Residenciais Terapêuticos; Centros de Convivência, Cultura e Trabalho (SES/RJ, 2012).

No estado do Rio de Janeiro, alguns resultados foram apresentados no relatório sobre a regionalização da saúde (SES/RJ), publicado em 2009. De acordo com os parâmetros do MS para a cobertura de CAPS, regiões como a Serrana (0,7/100.000 hab), o Norte Fluminense (0,9/100.000 hab), o Noroeste Fluminense (1,5/100.000 hab), a Baía da Ilha Grande (0,9/100.000 hab), o Médio Paraíba (1,2/100.000 hab) e o Centro-Sul Fluminense (1,9/100.000 hab) apresentam um resultado classificado como muito bom pelo governo estadual, segundo esses parâmetros. A região Metropolitana II apresenta situação considerada pelo governo estadual regular para boa, contando com 0,5 CAPS por 100.000 habitantes e a cobertura da região Metropolitana II (0,3/100.000 hab) foi classificada como baixa pelo governo estadual, segundo parâmetros do MS. Já a região da Baixada Litorânea (0,2/100.000 hab) apresentou desempenho abaixo do

esperado em termos de rede de atenção em SMAD, classificado pelo MS como muito baixo. Os dados agregados por região estão apresentados na **Tabela 5**.

Inicialmente, o que chama mais a atenção nos dados apresentados pelo relatório do governo estadual, é que foram identificados apenas um CAPS III e um CAPS AD III. Esse fato reflete uma profunda escassez, considerando que se trata do tipo de serviço considerado de maior intensidade e resolutividade na RAPS, o que é corroborado pela literatura internacional (Girolamo et al, 2007). Como esse tipo de serviço é essencial para a substituição das internações, sua rarefação em todo o território fluminense representa um lacuna significativa. Isso é corroborado pelo protagonismo do conjunto de serviços simplificados (CAPS I e II), que respondem por 75 unidades em todo o ERJ.

Tabela 5: Distribuição da quantidade de serviços de atenção psicossocial segundo o tipo e região de saúde, RJ, 2011.

Região de Saúde	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	CAPSad III	Total de CAPS/ Região
Baía da Ilha Grande	2	1	-	-	-	-	3
Baixada Litorânea	2	1	-	-	-	-	3
Centro-Sul	5	2	-	-	3	-	10
Médio Paraíba	5	5	-	3	2	-	15
Metropolitana I	-	22	1	7	7	-	37
Metropolitana II	1	4	-	3	2	-	10
Noroeste Fluminense	4	1	-	1	2	-	8
Norte Fluminense	7	1	-	-	1	-	9
Serrana	9	3	-	2	-	1	15
Total CAPS/Tipo	35	40	1	16	17	1	110

Tipo I: população entre 20.000 e 100.000 habitantes, também é referência no cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; Tipo II: população acima de 100.000 habitantes; e Tipo III: população acima de 150.000 habitantes, oferta de Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (atendimento 24 horas); CAPSi: atenção infanto-juvenil; CAPS ad: cuidado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas; CAPS ad III: oferta de Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (atendimento 24 horas). Fonte: Relatório SES/RJ, 2012

Em termos de oferta de CAPS em todo o ERJ, utilizando o parâmetro de 01 CAPS/100.000 habitantes, para avaliar sua cobertura, o Rio de Janeiro atinge o percentual de 55%, cobertura considerada boa/ regular pelo MS. Porém, quando avaliamos os 04 maiores municípios, que concentram 56% da população do Estado, verificamos uma cobertura insuficiente: São Gonçalo (20%), Duque de Caxias (23%), Rio de Janeiro (28%) e Nova Iguaçu (31%) (SES/RJ, 2012).

Segundo Jann (2014), os serviços dos municípios maiores acabam sendo os mais sobrecarregados, como na cidade do Rio de Janeiro, onde a estimativa é de um caps

para cerca de um milhão de habitantes, quando o preconizado seria um CAPS para cada mil habitantes. Nos municípios de menor porte é possível notar uma inversão, o que resulta, inclusive, no compartilhamento de profissionais especializados por mais de um município de uma mesma região, já que a demanda é menor nos serviços.

Em relação ao número de leitos em hospitais psiquiátricos (LHP), o Rio de Janeiro, em relação ao restante do país, aparece com a maior concentração de leitos por 1.000 habitantes: 0,39, sendo 34 hospitais psiquiátricos com 6.265 leitos, como pode ser visto no **Tabela 6**. Estima-se ainda a existência no ERJ de cerca de 3.000 pessoas em situação de abandono, internadas há mais de 01 ano em hospitais psiquiátricos, sendo que algumas somam mais de 5 décadas. Nos casos onde há perda de vínculos familiares e sociais, o encaminhamento indicado é o de moradia em Serviços Residenciais Terapêuticos, havendo no Estado 105 serviços implantados, que abrigam cerca de 840 moradores (SES/RJ, 2012).

Tabela 6: Distribuição da quantidade de serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais e leitos em hospitais psiquiátricos, segundo região, RJ, 2011

Região de Saúde	Serviços Residenciais Terapêuticos	Leitos em Hospital Geral	Leitos em Hospital Psiquiátrico
Baía da Ilha Grande	-	4	-
Baixada Litorânea	-	-	-
Centro-Sul	25	2	882
Médio Paraíba	5	41	200
Metropolitana I	40	21	2.710
Metropolitana II	6	9	1.553
Noroeste Fluminense	-	3	240
Norte Fluminense	6	7	320
Serrana	23	24	360
Total	105	129	6.265

Fonte: Relatório SES/RJ, 2012

Após levantamento e análise sobre os CAPS realizados no presente estudo, segundo os critérios já anunciados nos procedimentos metodológicos, um problema que pode ser notado diz respeito à habilitação dessas unidades, identificadas no CNES. O percentual de serviços ainda não credenciados/ habilitados segundo os requisitos do MS ainda é elevado, conforme apresentado na **Tabela 7**. Isso significa que esses serviços não estão aptos à percepção de financiamento federal específico, nem foram

considerados como unidades que cumprem os pré-requisitos de estrutura física e equipe mínima, segundo as normas que regulamentam o funcionamento de um CAPS.

Tabela 7: Total de CAPS segundo tipo e habilitação para o atendimento, RJ

Tipo	%Tipo	Habilitado	%Habilitado	Não Habilitado	Total
CAPS AD	14,8%	13	68,4%	6	19
CAPS I	28,9%	33	89,2%	4	37
CAPS II	37,5%	35	72,9%	13	48
CAPS III	1,6%	2	100,0%		2
CAPSi	15,6%	13	65,0%	7	20
Não classificado	1,6%	1	50,0%	1	2
Total	100%	97	75,8%	31	128

Fonte: CNES

O percentual de serviços não habilitados chama a atenção, com destaque para os CAPSi, que apresentam percentual de habilitação de 65%. Considerando que a escassez desse tipo de serviço é um fato, com um quantitativo de 20 CAPSi, esse cenário é agravado pelo fato de que 7 dessas unidades não estão aptas a funcionar segundo as normas preconizadas pelo MS. Situação semelhante é verificada no caso dos CAPS AD, apresentando somente 13 serviços habilitados para atender a todo o ERJ.

No entanto, alguns entraves são apresentados de antemão, como a insuficiência de mão-de-obra especializada em saúde mental. Em algumas regiões, a rarefação dessa mão-de-obra nos serviços estudados é mais evidente, o que pode ser percebido na **Tabela 8**. Surpreendentemente, nas regiões Metropolitanas I e II, a proporção de especialistas é mais baixa, junto com a Baía da Ilha Grande e a região Serrana, não chegando a 10% em cada uma das regiões. Com exceção do Médio Paraíba, as demais regiões não apresentam diferenças significativas entre as proporções de especialistas e de horas contratadas de especialistas sobre os totais e horas contratadas de profissionais de nível superior. A carga horária dos especialistas nessa região pode ser mais alta que a da média do ERJ, o que pode ser afetado pela disponibilidade de psicólogos nesses municípios. Os psicólogos são, em geral, contratados com carga horária mais elevada que os médicos psiquiatras (Jann, 2014).

Contudo, essa proporção de especialistas é afetada pelo conjunto das unidades de saúde na qual, como visto anteriormente na **Tabela 3**, cerca de 40% dos estabelecimentos fazem parte do grupo composto por serviços de atenção básica. Clínicas de especialidade e policlínicas respondem por outros 25% dos 528

estabelecimentos com produção em saúde mental levantados pelo SIA/ SUS, cuja classificação foi verificada no CNES. Assim, 65% das unidades não são específicas na atenção em saúde mental. No entanto, quando analisamos apenas os serviços do tipo CAPS, a proporção de especialistas e de horas contratadas fica em torno de 50%, reforçando esse tipo de serviço como o mais especializado da rede de atenção em SMAD, embora metade de seus profissionais de nível superior não tenham formação em saúde mental.

Tabela 8: Proporção de especialistas e de horas semanais contratadas em relação aos profissionais de nível superior, N=528, RJ, 2013 (região e tipo de serviço)

Região	Especialistas/Total Nível Superior	Horas semanais de especialistas/Horas semanais de nível superior
Baixada Litorânea	17,42%	17,67%
Baia da Ilha Grande	8,99%	9,33%
Centro Sul Fluminense	16,65%	14,20%
Metropolitana I	7,01%	6,63%
Metropolitana II	9,67%	8,16%
Médio Paraíba	10,87%	17,07%
Noroeste	16,96%	16,87%
Norte	25,55%	24,33%
Serrana	9,93%	8,57%
Tipo		
CAPS	52,23%	50,94%
CS/UB/PS	6,48%	6,83%
Clínica/Centro de Especialidades	15,17%	16,42%
Hospital especializado	12,77%	13,03%
Hospital/OS Geral	2,58%	2,23%
Policlínica	8,40%	8,79%
Outros	10,40%	10,12%
Unidade mista	4,43%	4,61%

Fonte: CNES.

Obs.: Especialistas se referem aos totais de psiquiatras e psicólogos

Na tabela resumo apresentada abaixo (**Tabela 9**), os dados se referem especificamente aos CAPS incluídos nesse estudo pelo critério já explicitado no texto. Os CAPS AD são os que apresentam a maior proporção de horas contratadas de profissionais psicólogos e psiquiatras (53,8%), enquanto os CAPS III apresentam a menor proporção entre os serviços classificados (44,6%). Os dois únicos CAPS III habilitados estão localizados no município do Rio de Janeiro, funcionando no modelo

de Organização Social (Soranz, 2013) e, em teoria, deveriam ter uma concentração maior de especialistas, devido à flexibilidade de contratação.

Em termos de tipologia dos CAPS, fica evidente que, apesar dos aportes de recursos financeiros proporcionados pelos planos lançados pelo governo federal, relacionados à agenda de álcool e drogas, não houve uma expansão significativa do número de CAPS e, especialmente de CAPS AD, contando apenas 19 unidades para todo o ERJ e apenas 2 CAPS III, sendo um CAPS AD III.

Tabela 9: Percentual de horas contratadas de especialistas sobre horas semanais de profissionais de nível superior segundo tipo de CAPS

Tipo de CAPS	Frequência (N=128)	Proporção de Horas Contratadas de Especialistas
CAPS AD	19	53,8%
CAPS II	48	51,9%
CAPS I	37	49,7%
CAPS III	2	44,6%
CAPS i	20	52,3%
Não classificado	2	42,1%

Fonte: CNES, 2013.

Como apresentado na **Tabela 10**, em relação à concentração de CAPS por região, mais de 40% dos serviços estão localizados nas duas regiões metropolitanas do ERJ, no entanto, considerando que 70% da população do estado se concentra nessas áreas, há um indício de desequilíbrio na distribuição de serviços, levando em conta o quantitativo populacional. Confirmando dados coletados em entrevista (Jann, 2014), o Centro Sul e o Médio Paraíba juntos apresentam cerca de 33% dos serviços de todo o estado.

Em relação à proporção de horas contratadas de especialistas por região, a Centro-Sul é a que apresenta o melhor resultado (58,9%), seguida pela metropolitana II. Os piores resultados em termos de horas de especialistas foram identificados no Noroeste Fluminense e na Baixada Litorânea.

Tabela 10: Percentual de horas contratadas de especialistas sobre horas semanais de profissionais de nível superior nos CAPS, segundo região.

Região	Frequência (N=128)	Proporção de Horas Contratadas de Especialistas
Baixada Litorânea	3	41,9%
Baía da Ilha Grande	4	50,2%
Centro Sul	23	58,9%
Metropolitana I	46	51,0%
Metropolitana II	7	56,7%
Médio Paraíba	19	55,2%
Noroeste	9	32,4%
Norte	7	44,6%
Serrana	10	48,6%

Fonte: CNES, 2013

Quando analisamos os dados relacionados ao número de profissionais aqui considerados especialistas em saúde mental, os psiquiatras e os psicólogos, além do número de horas contratadas, nos deparamos com um percentual baixo, em relação aos demais profissionais de nível superior, que atendem nos estabelecimentos que fazem algum tipo de atendimento em saúde mental. No caso de unidades consideradas especializadas e de atenção intensiva, como é o caso dos CAPS III, esses profissionais somados não chegam à proporção de 50% em relação ao total de profissionais de nível superior presentes nesses estabelecimentos.

Entretanto, segundo Jann (2014), existem fóruns permanentes para os coordenadores dos CAPS em todo o estado. Apesar da mão-de-obra escassa no interior, existem muitos coordenadores capacitados e alguns, apesar do desconhecimento sobre as políticas, buscam capacitações e executam um trabalho de qualidade. A gestão estadual também mantém espaços de formação e orientação aos municípios, como os fóruns regionais, onde casos mais graves são apresentados e discutidos sob supervisão de especialistas e técnicos do estado.

Embora não haja um cronograma que preveja a capacitação regular e sistemática de todos os profissionais que fazem parte das equipes de saúde mental do ERJ, alguns municípios realizam capacitações de forma autônoma. A gestão estadual também promove capacitações frequentes, sob o formato de seminários e eventos temáticos, mas considerando a rotatividade nos serviços e dificuldades de deslocamento para a capital, muitos profissionais não têm a oportunidade de participar (Jann, 2014).

Quanto aos profissionais **psiquiatras**, segundo Jann (2014), a remuneração que é oferecida na maioria dos municípios não é competitiva em relação ao mercado privado, o que dificulta sua retenção e o cumprimento da carga horária contratada. Quando se trata de psiquiatras com formação em álcool e drogas, a situação é ainda pior, são raros os psiquiatras que atuam nessa área. Em função da escassez desse tipo de profissional no mercado, o que acontece, com muita frequência, é um mesmo psiquiatra atendendo mais de CAPS de um mesmo município ou de municípios diferentes. Com relação aos psicólogos a situação é diferente, pois trata-se de um profissional mais disponível, em termos de mercado. Normalmente são os psicólogos que coordenam a parte técnica dos CAPS, ou os enfermeiros. No entanto Jann (2014) ressalta que o aumento de profissionais especializados não elevaria a capacidade de um serviço que não contasse com instalações compatíveis, para aumentar o número de atendimentos.

Quanto à intensificação dos serviços, na prática, a realização de acolhimento noturno ainda é insipiente, segundo registros do CNES, coletados em 2013. Considerando os procedimentos de acolhimento noturno em CAPS, foram registrados apenas 65 procedimentos aprovados para o ano de 2013, em cinco municípios do estado do Rio de Janeiro (Volta Redonda, Nova Iguaçu, Paracambi, Valença e Rio de Janeiro), sendo que 85% destes foram registrados na capital.

Segundo Jann (2014), a política de saúde mental no ERJ está alinhada às diretrizes do MS e caminha em direção ao fim dos manicômios. Segundo ela, as instituições que ainda sobrevivem estão falindo, pois dependiam do financiamento público, que vem se tornando escasso. Em sua opinião, esse processo tem sido perverso, sob a ótica dos pacientes internados, porque não há um aumento das AIH para internações em hospitais especializados. Assim, a pressão se dá na direção da redução do número de pacientes internados e dos custos com esses pacientes, afetando a qualidade dessas internações.

No entanto, se por um lado a pressão governamental pelo fim dos hospitais psiquiátricos está correta do ponto de vista da política preconizada, por outro, os governos locais deveriam estar sendo induzidos quanto à criação de serviços que absorvessem esses pacientes na mesma proporção. No ERJ, foram feitos alguns acordos com donos de hospitais, de forma a manter o mesmo valor de financiamento e o credenciamento ao SUS, com a condição do hospital não receber novos pacientes e manter os remanescentes até que pudessem ser transferidos para outros serviços (Jann, 2014).

No estado do Rio de Janeiro, o planejamento de serviços que substituam os hospitais tem sido possível com o apoio da justiça e do Ministério Público, pressionando os gestores locais e o próprio governo estadual. Na realidade essa negociação pode envolver diversos municípios, mesmo no caso de um único hospital. Com frequência, um único estabelecimento abriga municípios de várias localidades, o que torna necessário que a gestão estadual coordene, em parceria com os gestores locais, a implementação de serviços substitutivos (especialmente residências terapêuticas) em diversos municípios ao fechamento de um único hospital (Jann, 2014).

No entanto, segundo Jann (2014), cada RT pode abrigar oito pessoas e o recurso previsto para o financiamento desses dispositivos tem sido suficiente para sua manutenção nos municípios de menor porte. No entanto, na região metropolitana do Rio de Janeiro, com o aumento dos custos de mão-de-obra, além da especulação imobiliária, esse recurso precisaria ser revisto. Além disso, essas residências precisam de uma estrutura de suporte, com um CAPS e emergência em hospital geral como retaguarda. As RT seriam insuficientes se implantadas de forma isolada, em um determinado território, embora sejam os serviços nucleares para proceder a desospitalização. Segundo dados da própria Secretaria de Estado de Saúde (2009), há uma insuficiência de serviços de referência hospitalar para acesso de leitos de curta permanência em saúde mental. Essa escassez de leitos em hospitais gerais afeta tanto o processo de desospitalização quanto o atendimento de casos agudos.

Assim, o que podemos concluir diante dos dados apresentados, tomando como exemplo o Estado do Rio de Janeiro, é que a substituição do modelo manicomial pelo modelo comunitário de atenção ainda não se completou no ERJ, embora sejam claros os esforços nesse sentido. É evidente a expansão da rede de atenção psicossocial e o compromisso dos gestores no sentido de garantir o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição pela rede comunitária. Por outro lado, também fica evidente que os dispositivos inicialmente preconizados pelas políticas foram insuficientes, em seu formato original, para dar conta dos casos mais graves e crônicos, assim como a insuficiência de leitos em hospitais gerais para atender aos casos de urgência e emergência em saúde mental.

No entanto, com o destaque dado nas políticas, para a atenção voltada aos usuários de drogas, muitos dos debates relacionados à saúde mental foram retomados e novas modalidades de serviços foram propostas para integrar a rede já existente. Além disso, os serviços privilegiados na rede, os CAPS, tiveram seus valores de

financiamento atualizados e incentivos para intensificação da atenção foram propostos. No entanto o foco sobre os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas também deixou evidentes as principais lacunas e fragilidades na RAPS. Essas evidências abriram espaço para introdução de modalidades de serviços divergentes, em relação às diretrizes preconizadas pelo MS. Um exemplo foi a portaria que regulamenta o financiamento público para serviços residenciais do tipo Comunidade Terapêutica, com a ressalva de adequação a parâmetros mínimos de assistência. A seguir apresentaremos o caso do município do Rio de Janeiro, de maneira a ilustrar esse cenário. A escolha da capital se deu pela disponibilidade de dados, especialmente sobre a rede de serviços de atenção em álcool e drogas, que envolve a assistência social e entidades não-governamentais, além de concentrar o maior volume de serviços de saúde do ERJ.

A emergência da agenda de drogas e o caso do município do Rio de Janeiro

Em relação à atenção ao uso de drogas, é possível observar que este tema surgiu mais tardiamente na agenda da saúde mental, passando ao status de política prioritária junto ao MS. Nesse sentido, a partir de 2010, a elaboração de normativos nessa área intensificou-se, revelando a relevância política e social que o tema tem assumido e tomando espaço na mídia e nos debates setoriais. Nesse processo, os serviços disponíveis na rede pública são postos em destaque e questionados quanto à sua cobertura e efetividade para essa clientela. O que percebemos, tanto na arena nacional, quanto no caso de governos locais, tomando o Rio de Janeiro como exemplo, é o estabelecimento de uma competição por soluções e modalidades de atendimento. Merece destaque o caso em especial as Comunidades Terapêuticas (CT) de natureza filantrópica/ religiosa, influenciada pela pressão política dos partidos evangélicos, além das disputas setoriais, com foco na assistência social, representada por serviços de busca ativa e de caráter residencial (abrigos).

A disseminação das CT e o seu crescente ativismo político na forma de ação organizada por associações próprias e por parlamentares no Congresso Nacional foi intensificada pela entrada na agenda política das questões associadas aos usuários de crack. Assim, como resposta aos problemas assistidos pela sociedade e reforçados pela mídia de grande circulação, além da expansão da rede de serviços já consolidada na linha das políticas do MS, para a saúde mental (foco nos CAPS), observa-se um experimentalismo político que envolve: (i) a regulamentação de novas modalidades de

serviços, na tentativa de permitir a parceria entre o setor público e as CT que se adequassem às novas regras; (ii) os movimentos convergentes e divergentes quanto à proposta das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias; (iii) os mecanismos de regulação e de financiamento governamental a serviços tradicionais e aos recém-criados; e (iv) disseminação de abrigos e serviços governamentais similares na área da assistência social.

Desta forma, perante a emergência da agenda de álcool e drogas e em meio a organização ainda incompleta da rede comunitária liderada pelos CAPS, a necessidade de prover atenção aos usuários de drogas em situação de maior gravidade, em termos de dependência e riscos à saúde, ocorre junto com a expansão de serviços de longa permanência por fora do sistema público de saúde. Os mecanismos de controle sobre internações psiquiátricas involuntárias são confrontados em meio ao debate atual sobre o consumo do crack em larga escala. A agenda política, a pressão de clientelas e caráter ainda preliminar da intensificação dos CAPS (CAPS III como prioritário) constituem fatores que têm afetado a saúde mental como um todo. A multiplicação difusa de serviços dissociados das práticas preconizadas pelo MS pode estar traduzindo a escassez de serviços a estas clientelas e, em especial, aos que sofrem com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Analizamos o desenvolvimento destas políticas conforme as condições observadas na atenção à saúde mental, álcool e drogas no município do Rio de Janeiro (RJ). Por suas características, este município agrega os tipos tradicionais e novos de serviços nesta área. Além disso, tem sido um dos mais relevantes no debate sobre a atenção comunitária, a assistência social e o abrigo compulsório para indivíduos em situação de risco clínico e social.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011), o município do Rio de Janeiro tem um total de 6.320.446 habitantes. Um grande contingente de 1.896.098 de pessoas com dez anos ou mais de idade se declara sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em termos comparados, o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) do Rio de Janeiro para 2011 foi de 0,799 e equivale ao 45º do país e ao 9º dentre as capitais.

No que se refere especificamente às questões relacionadas ao crack, o Rio de Janeiro, assim como São Paulo, apresenta grandes cenas urbanas de consumo de crack conhecidas como “cracolândias”. Um amplo debate em torno de enfoques, soluções e experimentos sociais e na área de segurança pública foi observado na mídia e entre

especialistas em saúde, segurança pública e assistência social. Mais recentemente, governantes locais disseminaram propostas de acolhimento compulsório aos usuários de drogas.

A questão da desospitalização induzida pela reforma psiquiátrica e a necessidade de montagem de uma sólida rede de atenção comunitária em saúde mental não são itens triviais. Neste caso, a desospitalização (ao contrário de outras especialidades, como na obstetrícia, onde a população ficou descoberta) reflete um processo virtuoso de implementação da política. Entretanto, esse ainda é um processo em curso, uma parte dos pacientes internados foi acolhida em residências terapêuticas, porém ficou para os serviços ambulatoriais e comunitários a responsabilidade clínica destes indivíduos. As novas demandas sobre o sistema, frutos de crescimento populacional e emergência da agenda de álcool, drogas e crack, somadas ao acolhimento dos casos de desospitalização, pressionam por uma rapidez e intensidade de novos serviços – como os CAPS – e acabam por favorecer serviços complementares à rede, como no caso das comunidades terapêuticas e a profusão de grupos de mútua-ajuda, como veremos adiante.

Existem 25 CAPS em todo o município do Rio de Janeiro, todos atendendo pelo SUS e apenas um deles refere compartilhar o atendimento de clientela privadas. Do total, 23 CAPS referem atendimento exclusivamente ambulatorial e apenas dois combinam este atendimento à internação ou atendimento de urgência. Todos os CAPS são da administração pública. Considerando a demanda apenas para a área de álcool e outras drogas e a população do município, esta disponibilidade de profissionais é claramente residual para a implantação de um programa em larga escala, o que pode incentivar a migração destas clientela para os serviços de assistência social.

Os serviços de assistência social, no entanto, são orientados às populações vulneráveis. Ao contrário do setor saúde, onde bases de dados administrativos podem ser analisadas, no caso da rede de assistência social, as informações para análise não são de acesso público e foram obtidas diretamente com os dirigentes entrevistados. Aqui nos baseamos em documentos e informações obtidas junto a órgãos dos governos estadual e municipal do Rio de Janeiro, em especial a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS). Ressaltamos que a definição dos papéis e os limites da atuação dos governos estadual e o municipal não estão estabelecidos com a mesma clareza que percebemos no setor saúde. A SEASDH concentra a gestão dos principais

serviços estaduais, especialmente para adultos, enquanto a SMDS se encarrega das instituições para crianças e adolescentes, no que tange o abrigo especializado para usuários de drogas. Na realidade é possível perceber um certo grau de superposição de competências ocorre em relação entre as secretarias, nas duas esferas.

O governo estadual assinou termo de compromisso com o governo federal em relação ao Plano de Enfrentamento ao Crack. Por meio destes recursos financeiros, a SEASDH mantém convênios com as instituições não governamentais que administram os Centros de Acolhimento Regionalizado Especializados para Usuários de Álcool e outras Drogas (CARE AD). Estes serviços integram de forma complementar a rede SUS e SUAS. No momento existem 6 destas unidades no Estado do Rio de Janeiro, que têm como principal porta de entrada os CAPS. Neste ano, a SEASDH por meio de 6 CARE AD disponibilizou cerca de 230 vagas para todo o Estado, sendo dois destes serviços localizados na capital, em Campo Grande e Santa Cruz (Azeredo, 2013).

A principal articulação SEASDH com o governo municipal do Rio de Janeiro em termos de atenção ao uso de drogas se dá por meio dos Consultórios de Rua. Os Consultórios de Rua, junto com os CAPS devem se articular e organizar os projetos terapêuticos, bem como acompanhar e monitorar os usuários na rede de saúde e de assistência (Azeredo, 2013).

Com relação à SMDS, estão em funcionamento os CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) itinerantes, que funcionam de forma semelhante aos Consultórios de Rua, embora a articulação entre estes dois serviços seja precária. Os CREAS itinerantes realizam abordagens aos usuários de crack, fazem seu cadastramento, orientam e referem para a rede de CAPS do município. Quando os usuários adultos são acolhidos voluntariamente, eles são encaminhados para o Abrigo de Paciência (bairro da capital). Esse serviço possui capacidade para 400 pessoas, mas não é específico para o atendimento de usuários de drogas e atende a população de rua em geral, embora conte com equipe multidisciplinar e ambulatório capaz de prestar atendimento aos usuários de drogas com quadros menos graves. O abrigo também referencia os pacientes para os CAPS (Soranz, 2013).

As crianças e adolescentes recolhidos, compulsoriamente, nas abordagens nas ruas são encaminhados a uma Central de Recepção da Vara de Infância e Juventude e os Conselhos Tutelares são comunicados. Os jovens identificados como usuários de drogas são encaminhados ao Programa Casa Viva ou outra unidade especializada de atendimento e, em casos onde o acolhimento não se faz necessário, pois ainda existem

vínculos familiares, são encaminhados para os CAPS. Existem seis centros especializados de acolhimento conveniados à SMDS. Essas unidades possuem capacidade para 20 adolescentes cada, somando um total de 120 vagas para todo o município do Rio de Janeiro. Outra porta de entrada para essas unidades é o judiciário e muitos dos adolescentes encaminhados não apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias e, com frequência, vêm de outros municípios através de carta precatória (Abel, 2013).

A SEASDH dispõe de informações mais organizadas sobre a atenção à população assistida e por meio do Observatório de Gestão e Informação sobre Drogas em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O Observatório tem entre as suas principais atribuições o treinamento das equipes dos CARE-AD, a regulação das vagas oferecidas e a supervisão de seu funcionamento. Segundo os dados do Observatório para o período de janeiro a outubro de 2012, foram realizados 714 atendimentos a usuários de drogas em situação de rua. Destes, 78,7% foram atendimentos individuais e os demais a grupos familiares. A cocaína inalada foi apontada como a droga de eleição pelos usuários (29,62%), seguida em ordem de maior prevalência pelo crack (15,44%) e o álcool (11,27%). Porém, o uso de crack foi referido como droga de eleição em combinação com álcool, maconha, cocaína e outras drogas. Isto se repetiu no caso da cocaína. O padrão de uso dominante envolve, portanto, o conjunto cocaína, crack e álcool em usos isolados ou combinados por esta população (SEASDH, 2012).

O público-alvo destes serviços é o de indivíduos maiores de 18 anos de idade encaminhados para acolhimento a partir da rede de saúde mental em condição de dependência às drogas ou risco psicossocial. As condições clínicas mais graves como intoxicação, síndrome de abstinência ou crise psicótica, são encaminhados a serviços como emergências psiquiátricas, hospitais gerais ou UPA. Desta forma, os CARE-AD não estão indicados para o acolhimento de casos agudos ou muito graves associados ao uso de drogas.

O funcionamento destes serviços no formato atual preconizado para a política de assistência a esta população é bastante recente. Os dados disponíveis se referem aos dois serviços do município do Rio de Janeiro para 45 dias de funcionamento e um total de 90 vagas de acolhimento oferecidas. Destas, apenas 53,0% haviam sido ocupadas até maio de 2013 quando da coleta de dados. As informações obtidas pela SEASDH junto a estes usuários abrigados são convergentes com os dados referidos anteriormente para a

população abordada em rua. Deste grupo de 48 usuários acolhidos, a cocaína inalada como uso dominante predomina, seguida pelo uso de crack e depois pelo de álcool, havendo associações diversas.

Com relação ao tempo de acolhimento, a faixa entre 30 a 60 dias de acolhimento recobriu 67,9% das sugestões e nenhum caso acima deste período. Como se nota, são indicações de acolhimento de curta ou média duração. Isto difere, por exemplo, do constatado para as Comunidades Terapêuticas religiosas, que operam com tempos prolongados e igualmente para as clínicas de desintoxicação para casos mais graves.

As principais informações disponíveis sobre a atuação das Comunidades Terapêuticas (CT) na atenção aos usuários de drogas no país e suas propostas para o MS estão disponíveis nos diferentes meios de comunicação. Em especial, a grande imprensa tem repercutido este debate em termos de noticiário, investigação jornalística local e debates por especialistas.

No caso do Rio de Janeiro, obtivemos informações junto a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) com tradicional atuação neste setor. Consultas a informações na internet foram importantes para identificar outros serviços e organizações atuantes no setor, em especial a Arquidiocese do Rio de Janeiro.

Em termos do debate conjuntural sobre a atenção aos usuários de drogas, as CT têm ocupado importante espaço político no cenário atual. Existe um conflito de abordagens de tratamento entre a comunidade de sanitaristas orientada à atenção comunitária e aos CAPS e determinadas lideranças religiosas (com ou sem atividade político-partidária) que preconizam o apoio financeiro governamental às CT. No entanto, as informações sobre estes serviços, ao contrário do observado no setor público, são genéricas e pouco verificáveis o que representa uma importante restrição. No site da FEBRACT (www.febract.org.br) não constam informações sobre o perfil destes serviços. Informações obtidas através de dirigentes apontam para a existência de cerca de 1.000 CT no país. Em linhas gerais, o atendimento nestes serviços é gratuito e prestado a indivíduos a partir de 15 anos de idade. O financiamento é feito por doações voluntárias e o acesso tem caráter voluntário, embora existam casos de encaminhamento judicial (Bingemer, 2012).

Quanto à listagem de serviços fornecida pela FEBRACT, foi possível observar que estes não se restringem a uma denominação específica ou possuem, necessariamente, vinculação com entidades religiosas. Essa lista denota uma rede cooperativa e seus mecanismos de governança não estão bem definidos. Além disso, a

rede apresentada possui baixa visibilidade, expressa por apenas 20,1% dos serviços informados estarem registrados no CNES.

Para analisar o alcance deste tipo de serviço, consultamos documentos governamentais como o mapeamento de instituições de atenção ao uso de álcool e outras drogas, realizado pela SENAD em 2007. No campo da assistência social, foram encontrados documentos no site do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), com listagens de serviços como CREAS (Centros Especializados de Referência da Assistência Social) e Abrigos Especializados para o acolhimento de dependentes de álcool, crack e outras drogas. Dentre os serviços referenciados pelo Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), uma lista variada apresentava serviços ambulatoriais públicos, privados com e sem fins lucrativos, além de hospitais gerais e especializados, predominantemente públicos. Em comum a estas listagens, há uma combinação entre instituições públicas conhecidas e diversas associações em geral filantrópicas igualmente com baixa visibilidade institucional. Configuram iniciativas isoladas e que, em certos casos, buscam algum tipo de articulação com os setores públicos na área da saúde e de assistência social.

De cunho religioso, a Pastoral da Sobriedade, ligada a CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil) coordena uma rede integrada por comunidades terapêuticas, casas de recuperação e grupos de mútua-ajuda. Trata-se de uma iniciativa com propostas de recuperação e reinserção social para dependentes e seus familiares. Esta pastoral mantém registros de seus atendimentos e disponibiliza estatísticas atualizadas em todo o território nacional, por estado e por município. Além disso, também acessamos uma lista da FETEB (Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil), embora esta seja bastante reduzida.

Assim, utilizando um critério muito abrangente a partir destas listas, incluindo os estabelecimentos públicos, compusemos uma base para o município do Rio de Janeiro com um total de 227 serviços, dos quais os prestadores do SUS representariam 46,7%. Como este critério não é suficientemente rigoroso, excluímos os serviços governamentais e analisamos aqui apenas as informações obtidas junto a organizações religiosas e filantrópicas.

Considerando as listagens obtidas para CT e similares no município do Rio de Janeiro, analisamos três fontes distintas. Uma delas, a maior de todas foi fornecida pela FEBRACT. Consiste de um conjunto heterogêneo de 46 serviços.

Na rede da FEBRACT observamos a presença de alguns serviços que prestam serviços privados a outras clientelas ou são conveniadas ao SUS, tais como a Clínica da Gávea, a Vila Serena, a Santa Casa da Misericórdia, o Centro de Recuperação para Dependentes Químicos e a Clínica Jorge Jaber. Estes são os únicos que contam com registros no CNES e podem, portanto, ser preliminarmente analisados segundo a sua estrutura de oferta de serviços. Os mecanismos de governança para esta rede revelam laços frágeis e concentrados no encaminhamento de usuários entre si e na referência para a rede pública. Por outro lado, devido à atividade nacional e internacional da FEBRACT em termo de identificação de doadores, alguns destes serviços são beneficiários destes recursos. Entre os serviços listados, alguns representam núcleos vinculados a instituições públicas conhecidas, como a UERJ e a FIOCRUZ. Outros representam ONG atuantes no setor saúde e, a maior parte, constitui associações de cunho religioso católico ou evangélico. O maior problema está na falta de registro no CNES e, em decorrência, de licença para atuar junto à rede pública de saúde. O mesmo se aplica às quatro comunidades listadas pela FETEB (Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil). Identificamos ainda, por meio do COMAD, um total de cinco instituições autodenominadas de assistência social. Assim como para o conjunto das CT e similares não obtivemos registros públicos ou dados adicionais para uma avaliação preliminar de sua capacidade de atuação.

Outra modalidade de atendimento à dependência identificada foram grupos de mútua-ajuda. A Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica orientada à atenção à dependência química realiza atividades combinadas de treinamento de agentes e seções de mútua ajuda no país organizadas pela CNBB. São considerados atendimentos as participações individuais nas sessões mediadas por agentes treinados em cursos.

Segundo os dados disponibilizados em seu site, no município do Rio de Janeiro, entre 2002-2012, a Pastoral da Sobriedade contou com treinamento de 414 agentes, além de 18 cursos realizados e 73.389 atendimentos realizados (média de 9,3 participantes por reunião). A distribuição do uso de drogas, segundo a percepção dos agentes, foi de 21,5% para álcool; 15,5% nicotina; 11,7% maconha; 11,0% cocaína; 5,9% crack (outros na ordem de 34,4%). Não foram disponibilizados dados sobre a quantidade de atendimentos realizados, condição clínica dos pacientes e procedimentos ou terapias utilizadas.

A análise do caso do município do Rio de Janeiro aqui efetuada corrobora os obstáculos apontados em termos de demanda crescente decorrente da agenda de álcool,

drogas e crack. A já mencionada lacuna assistencial é mais evidente quando se trata de serviços especializados na atenção aos problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em relação à saúde mental como um todo. Essa escassez de serviços comunitários substitutivos tem cedido espaço para outras modalidades de serviços e formas de tratamento que, não necessariamente estão alinhadas com as diretrizes do MS. Por outro lado, observando o caso do município do Rio de Janeiro, é possível perceber que a agenda do crack trouxe consigo recursos, mas não necessariamente se traduziu na implementação de serviços de saúde, na mesma proporção. Segundo Soranz (2013), a agenda do crack proporcionou um aporte de 50 milhões de reais provenientes do Governo Federal, revertido para toda a rede de saúde mental, especialmente para a população de rua e para os CAPS. Esse recurso proporcionou expansão da rede de saúde mental, ainda que a gestão não tenha conseguido executar todo o montante disponível. Os dois CAPS III que eram antes financiados com recursos da atenção primária passaram a ser financiados com recursos específicos da saúde mental.

Se o tema da saúde mental em geral é repleto de controvérsias e opiniões divergentes, em termos de políticas, um mínimo de consenso foi estabelecido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e não existem dúvidas quanto aos casos graves de transtornos mentais serem público-alvo da saúde. O mesmo não acontece com as questões relacionadas ao uso de drogas, que, por muitos anos, foram tratados como opção, crime ou comportamento social/ moral inadequado. Dessa forma, essa indefinição abriu brechas para que a religião se apropriasse do problema, sendo legitimada pelos usuários, suas famílias e o senso comum. A questão do uso de drogas associado à situação de rua também favoreceu a entrada da assistência social no cenário do tratamento.

No entanto, o modelo CAPS, como se apresenta hoje, é visivelmente insuficiente para os casos mais graves de uso de drogas, tanto em quantidade quanto em intensidade de atenção. Muitos dos pacientes chegam aos serviços sob o efeito de substâncias e, ainda que voluntariamente, uma equipe mínima em um CAPS AD, sem uma estrutura de leito de repouso, aplicação de medicação endovenosa e possibilidade de permanência por alguns dias, incluindo o acolhimento noturno, não será suficiente ou resolutivo para tais casos. Os CAPS AD podem ser resolutivos na estrutura preconizada pelas normas que regulam a modalidade CAPS AD III, funcionando em regime de 24h, com acolhimento noturno e equipe mais robusta. Segundo Soranz (2013), no planejamento estratégico da cidade há a previsão da implementação de 12 novos CAPS. Todos esses

CAPS seriam CAPS III, com atendimento 24h e acolhimento noturno. Esse é parte do planejamento até 2016, embora, até o momento só existam dois CAPS III na cidade, que funcionam através do modelo das Organizações Sociais.

No entanto, isso não significa que os leitos hospitalares não sejam necessários também, especialmente nos casos de comorbidade clínica de maior gravidade e tais leitos são ainda consideravelmente escassos, apesar de existirem hospitais gerais com leitos de referência para SMAD em todas as Áreas Programáticas do município do Rio (Soranz, 2013). Além disso, a grande maioria ainda não está adaptada à atenção em SMAD. Dessa forma, outros dispositivos e instituições que atendem usuários de drogas continuam sendo legitimados pela sociedade e por órgãos públicos, como o judiciário e o Ministério público, preenchendo a lacuna deixada pela saúde.

A RAPS e a atenção em SMAD no ERJ

Assim, o que podemos concluir diante dos dados apresentados, tomando como exemplo o Estado do Rio de Janeiro, é que a substituição do modelo manicomial pelo modelo comunitário de atenção ainda não se completou, o que deve ocorrer em outros estados do Brasil. Isso não representa, contudo, que a Reforma Psiquiátrica não tenha logrado sucesso, considerando que a Lei Paulo Delgado tenha estabelecido limites importantes para a garantia dos direitos dos pacientes ainda internados nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, os dispositivos inicialmente preconizados pelas políticas foram insuficientes, em seu formato original, para dar conta dos casos mais graves e cronicados.

No entanto, com a emergência da agenda do crack, houve uma re-oxigenação dos debates relacionados à saúde mental e a composição de uma rede de atenção mais complexa, com novas modalidades de serviços e intensificação da atenção nos CAPS (ampliação do número de CAPS III, incluindo a mudança de serviços já existentes para essa modalidade e a construção de novos serviços com essa tipologia), ao menos em termos de diretrizes propostas e disponibilidade de financiamento. Na prática, procedimentos como o acolhimento noturno, registrado na produção ambulatorial ainda são incipientes, independente da tipologia de CAPS.

No entanto o foco sobre os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas também evidenciou lacunas na rede de atenção em saúde mental e re-introduziu debates sobre o financiamento público às instituições não-governamentais do tipo comunidade terapêutica, bem como questionamentos ao modelo preconizado pelas

políticas públicas. Esses questionamentos direcionaram o debate para a disponibilização de mais leitos hospitalares e não-hospitalares. No entanto, em sua maioria, os leitos dos serviços nos moldes das Comunidades Terapêuticas, ligadas a instituições religiosas, não atendem a requisitos mínimos preconizados pelas políticas públicas. Assim, as restrições normativas para o financiamento público desses serviços mantêm esses serviços à margem da RAPS. Por outro lado, ao observarmos outros tipos de serviços públicos, formulados para a atenção aos usuários de drogas, apesar de escassos, como é o caso dos CARE AD (seis em todo o ERJ), não conseguem preencher todos os leitos disponíveis (230 leitos) em suas unidades (Azeredo, 2013). Dessa forma, é preciso pensar em como articular todos os serviços disponíveis públicos ou não, que atendem aos critérios mínimos preconizados pelas normas, de forma a criar uma rede que funcione como tal, de maneira integrada, resolutiva e eficaz na atenção em SMAD.

Considerações Finais

Como já mencionado, o objetivo dessa tese se concentra na análise das políticas de saúde mental no Brasil e toma como exemplo o caso do estado do Rio de Janeiro, considerando o processo de desospitalização e substituição por serviços ambulatoriais e de base comunitária, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial. Consideramos como questão central desse estudo a incapacidade da rede existente para atender tanto a população cronicada e desinstitucionalizada quanto a clientela que passa a demandar serviços em saúde mental mais recentemente, ampliada pela agenda de álcool e outras drogas.

Para tanto, nossa pesquisa consistiu na análise de dados dos bancos oficiais da saúde (CNES, SIA/SUS, SIH/SUS), revisão da produção de normas em SMAD e entrevistas com gestores e especialistas da área. Ressaltamos que uma das lacunas desse estudo consistiu na ausência de visitas a campo, o que foi inviabilizado por exigências e restrições impostas por comitês de ética das instituições governamentais em questão. No entanto, o estudo foi devidamente submetido e aprovado pelo comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ.

Cabe ressaltar que a pesquisadora possui experiência na assistência em saúde mental em função de seu trabalho anterior em um CAPS II e um CAPSi, no município de Angra dos Reis, e já realizou visitas em outras unidades de municípios menores e da capital do estado do Rio de Janeiro, ainda que informalmente. No entanto, como essas visitas e a experiência profissional não foram controladas por critérios de pesquisa, essa experiência apenas auxiliou na compreensão das informações e em considerações gerais sobre a política setorial.

Procuramos estabelecer uma conexão conceitual e analítica dos temas relacionados à atenção em saúde mental, álcool e outras drogas, discutindo as políticas vigentes para a área, bem como sua evolução e consolidação mais recente, com a emergência da agenda do crack, em especial. Como já mencionado, nossa principal hipótese é que a substituição do modelo manicomial pelo modelo comunitário de atenção ainda não se completou no Brasil, embora a Lei 10.216 de 2001 tenha imposto limites importantes quanto à garantia dos direitos dos pacientes internados em instituições psiquiátricas. Em contraposição, o modelo de atenção, embora bem intencionado em sua origem, se mostrou frágil e insuficiente para dar conta, de forma efetiva, dos casos mais graves em saúde mental, o que pode ser evidenciado com a

entrada da clientela que apresenta transtornos ligados ao uso de drogas, associada à absorção incompleta por serviços comunitários.

Em termos conceituais e analíticos, adotamos em nosso estudo a noção de que instituições possuem centros decisórios, normas estabelecidas e práticas coerentes, em relação às diretrizes preconizadas. Isto serve de base para o desenho do ambiente institucional a ser analisado. A identificação das instituições e seus núcleos dinâmicos, além da forma como problemas e soluções são difundidos no governo, representa a etapa inicial para compreender o desenvolvimento das políticas de saúde mental no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Como já destacado no texto, as mudanças nas políticas de saúde mental se deram no contexto mais amplo do processo de redemocratização do país e de reformas nas políticas de saúde como um todo. Em nosso estudo utilizamos o referencial da análise de políticas, no sentido da busca de evidências a partir de bases de dados públicas, observação de processos, experiência profissional e entrevistas com atores relevantes e tomadores de decisão, no campo das políticas de saúde mental. Nesse sentido, não aplicamos um específico modelo analítico, como os citados anteriormente, embora tenhamos feito um uso genérico dos argumentos utilizados em teorias de múltiplos fluxos e de ciclos de políticas.

Nessa linha, destacamos que o fenômeno da emergência da agenda do crack, álcool e outras drogas teve repercussões importantes para o campo das políticas de saúde mental. Se, por um lado, lacunas e fragilidades da rede de atenção psicossocial ficaram em evidência com a emergência dessa agenda, por outro, a pressão social e de grupos ligados ao centro decisório do governo federal (como a presidência e a casa civil) se tornou premente nesse campo. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o aporte financeiro e prioridade foram conferidos a estas políticas, o Ministério da Saúde, enquanto instituição de maior relevância na formulação das políticas de saúde mental, foi constrangido a adotar novas diretrizes e normas divergentes das já consolidadas institucionalmente.

Sob outro prisma, a emergência da agenda das drogas promoveu a re-oxigenação dos debates relacionados à saúde mental e à composição de uma rede de atenção mais complexa, com novas modalidades de serviços e intensificação da atenção nos CAPS (ampliação do número de CAPS III, incluindo a mudança de serviços já existentes para essa modalidade e a construção de novos serviços com essa tipologia). Outra preocupação dos dirigentes da saúde mental tem sido a expansão dos serviços residenciais, tanto da modalidade mais tradicional, as residências terapêuticas, quanto

novos serviços residenciais, de caráter transitório, sob a forma das Unidades de Acolhimento (UA).

No entanto, apesar de todos os esforços dos dirigentes no sentido da expansão progressiva da RAPS, o que é corroborado pelos dados dos relatórios de gestão governamentais e pelos dados secundários levantados em nosso estudo do estado do Rio de Janeiro, existem incertezas sobre a capacidade de resolutividade dos equipamentos preconizados e sobre a real integração desses equipamentos, de forma a serem chamados de “rede”. Como já mencionado, o país conta com 1742 serviços do tipo CAPS, embora menos de 70 destes apresentem funcionamento em tempo integral (24 horas/dia) e, destes, apenas cinco sejam específicos para álcool e drogas. As Residências Terapêuticas, por sua vez, chegam a abrigar 3.470 portadores de transtornos mentais, número significativamente inferior ao de leitos em hospitais psiquiátricos (32.284 leitos).

Ainda segundo os dados apresentados pelo MS, além da escassez de serviços voltados ao processo de desospitalização da população longamente internada, ainda existem outros desafios, como a baixa cobertura de serviços voltados aos usuários de drogas e para crianças e adolescentes. Em relação às crianças e adolescentes, ainda existem discussões sobre o local mais adequado ao atendimento dos que fazem uso de substâncias psicoativas, já que se trata de um público com demandas bastante diferenciadas de outros casos de saúde mental como autismo, psicose ou depressões graves. Não existe ainda um consenso, mas alguns municípios têm criado serviços específicos ou divisões internas aos serviços preconizados (CAPSi). Também foram criadas, recentemente, as Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), com funcionamento semelhante às UA.

Sobre essa expansão progressiva de serviços comunitários, é necessário analisar esse movimento se deu proporcionalmente à desativação dos leitos hospitalares, além do crescimento populacional, que reflete em novas demandas para atenção em saúde mental. A mensuração desse equilíbrio é dificultada pela escassez de dados disponíveis. Entretanto, a expansão de CAPS referida pelas instituições governamentais não parece robusta, na medida que os principais serviços, em termos de intensidade de atenção (CAPS III e CAPS AD III), ainda são escassos em todo o país e, mais especificamente, no caso apresentado (Estado do Rio de Janeiro).

A partir de 2011, com a criação do Plano Crack, ao menos em termos normativos, houve uma reafirmação do papel dos CAPS como elemento central da

RAPS e dispositivo privilegiado nas políticas de saúde mental. Esse movimento refletiu, em parte, a posição dos especialistas, gestores e militantes da saúde mental (empreendedores), que viram nesse cenário político a oportunidade (janela de oportunidade) para reforçar a excelência do modelo existente e acelerar sua expansão, como solução para o problema imposto pela necessidade de tratamento para os usuários de Crack. A ênfase no modelo centrado nos CAPS, no entanto, foi questionada devido ao fenômeno das cracolândias, aos casos de violência associados ao uso de drogas apresentados pela mídia, além da pressão de entidades não governamentais e grupos políticos, que incentivaram a inclusão de modelos alternativos de atenção, com destaque para as Comunidades Terapêuticas. Houve uma tentativa de inserir esse modelo de atenção à Rede de Atenção Psicossocial, ilustrando o caráter prioritário do tema do crack, álcool e outras drogas no SUS. No cenário de disputas políticas, envolvendo grupos tais como as bancadas evangélicas e parlamentares patrocinadores de entidades filantrópicas, em 2012, foi publicada a portaria que regulamenta as regras para o funcionamento de Serviços em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas, mas com firmes exigências impostas pelo núcleo do Ministério da Saúde, composto de especialistas comprometidos com a agenda da Reforma Psiquiátrica. Assim, apesar da pressão pelo credenciamento de leitos em CT, os requisitos que condicionavam o financiamento público acabaram diluindo o interesse dessas instituições em integrar a RAPS.

Em contrapartida, outros equipamentos públicos de caráter residencial foram regulamentados, como as Casas de Acolhimento Transitório e, em seu âmbito, Unidades de Acolhimento com especificidade aos usuários de crack e outras drogas. Na mesma direção a formação de Equipes de Consultório de Rua foi orientada para a atenção à flutuante população de rua usuária de crack e outras drogas, além da ampliação das equipes de NASF, no âmbito da atenção básica. O que não fica claro é se esta ampliação da oferta pública de serviços caracterizada como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é adequada ou não à demanda por serviços de saúde mental. No entanto, a observação da resposta governamental à emergência da agenda de álcool de drogas, o ainda elevado total de internações em hospitais psiquiátricos, a escassez de leitos de referência em hospitais gerais e de serviços comunitários com funcionamento de 24 horas sugerem a insuficiência da rede em sua conformação atual.

Pesquisas adicionais devem ser feitas e chamamos a atenção para que estudos sejam realizados diretamente nos serviços. Precisamos conhecer os protocolos

praticados, a qualidade geral dos serviços, as principais demandas da clientela em saúde mental, seus diagnósticos e planos terapêuticos. O sucesso da Reforma Psiquiátrica depende fortemente da capacidade local na implementação e gestão dos serviços substitutivos

Referências bibliográficas:

ABEL, R. Entrevista concedida em maio de 2013.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

AMARANTE, PD & TORRE, EH. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001

ANDRADE, T, DOURADO, M, FARIAS, A, CASTRO, B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Ministério da Saúde. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.18, n.51, São Paulo, fev. 2003, p. 7-10.

AZEREDO, N. Entrevista concedida em maio de 2013.

BEHN, R.D. Policy analysis and policy politics. In: Policy Analysis, 7(2). 1981

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BASTOS, FI, STRATHDEE, SA. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. **Social Science & Medicine** 51 (2000) 1771-1782

BINGEMER, E. Entrevista concedida em julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1.

BRASIL. Lei Número 10.708, 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Edição Número 147 de 01-08-2003, Atos do Poder Legislativo, 2003.

BRASIL. 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/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. 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.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 18: HIV/Aids, Hepatites e outras DSTs. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPES / Saúde Mental, 2009. Agenda da Comissão Intergestores Tripartite de maio de 2009. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas –PEAD 2009-2011

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Lei 12.339, de 26 de novembro de 2010. Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 1.978.448.870,00, para os fins que especifica. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão para o período 2007- 2010. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano VII, nº 10. Brasília: março de 2012.

BURRIS, S and STRATHDEE, SA. To serve and protect? Toward a better relationship between drug control policy and public health. **AIDS** 2006, 20:117–118

CAIAFFA, WT, BASTOS, FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr, 2006; 22(4):702-703

COSTA, NR, SIQUEIRA, SV, UHR, D, SILVA, PF, MOLINARO, AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, Dec. 2011.

DE LAMARE, TF. Entrevista concedida em dezembro de 2013.

DELGADO, PGG. Entrevista concedida em março de 2012.

DES JARLAIS, DC, HAGAN, H, FRIEDMAN, SR, FRIEDMANN, P, GOLDBERG, D, FRISCHER, M, GREEN, S, TUNVING, K, LJUNGBERG, B, WODAK A. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. **JAMA**. 1995 Oct. 18;274(15):1226-31.

DUALIBI, S & LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(5):839-48

ELLIOTT, R, CSETE, J, PALEPU, A, KERR, T. Reason and rights in global drug control policy. **CMAJ**, Mar. 1, 2005; 172 (5)

FAGUNDES, PR. Entrevista concedida em março de 2012.

Folha de São Paulo. O tabu do suicídio. 12 de setembro de 2013

Folha de São Paulo. País vive ‘apagão’ no tratamento de doentes com transtornos mentais. 10 de fevereiro de 2014.

FONSECA, EM, RIBEIRO, JM, BERTONI, N, BASTOS, FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. **Cad. Saúde Pública**, Apr. 2006, vol.22, no.4, p.761-770.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*. N.21: 211-259, Junho de 2000.

Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ). Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro – Volume 27. Rio de Janeiro: CEPERJ, 2011

GEVA-MAY, I, PAL, L.A. Good Fences make Good Neighbours: policy evaluation and policy analysis – exploring the differences. *Evaluation*, 1999. SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi). Vol. 5(3):259-277.

GIROLAMO, G, BASSI, M, NERI G, RUGGERI, M, SANTONE G, PICARDI, A. *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn*. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2007 Mar;257(2):83-91.

HOWLETT, M., RAMESH, M., PERL, A. *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Oxford University Press, EUA, 2009

INGLEZ-DIAS, A, RIBEIRO, JM, BASTOS, FI, PAGE, K. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan. 2014 .

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária – 2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2011a.

International Harm Reduction Association (IHRA). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. 2009. Disponível em: <http://www.ihra.net> (Acesso em maio de 2011)

JANN, I. Entrevista concedida em janeiro de 2014.

KINGDON, J.W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. EUA: Longman, 1995

LINDBLOM, CE. The science of “Muddling Through”. *Public Administration Review*, vol. 19, no. 2, 1959, pp. 79-88.

LINDBLOM, CE. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1980.

LURIE, P. When science and politics collide: the federal response to needle-exchange programs. **Bull N Y Acad Med**. 1995; 72(2):380-96.

MAJONE, G. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. Yale University, 1989.

MATIAS-PEREIRA, J. *Manual de gestão pública contemporânea*. 3.ed.-São Paulo: Atlas, 2010.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao Usuário de drogas Injetáveis – Polêmica Nacional. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF. *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998

MESQUITA, F, DONEDA, D, GANDOLFI, D, NEMES, MI, ANDRADE, T, BUENO, R, PICONEZ e TRIGUEIROS, D. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Vírus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. 2003, **Clinical Infectious Diseases** 2003;37 (suppl 5):s382-5

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. **Diário Oficial Da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, p. 28495.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais

psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II).

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2391 de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1947 de 10 de outubro de 2003. Aprova Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, e destina recursos para a implantação dos CAPSi em municípios estratégicos.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2077 de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 1.190, 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União de 05/06/09 p. 128 - seção 1.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.629, de 28 de outubro de 2009. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.132 de 17 de dezembro de 2010. Estabelece recursos a serem disponibilizado aos Estados e Municípios destinados a implantação e custeio das Casas de Acolhimento Transitório -CAT.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Instituí a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 30-12-2011.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 121 de 25 de janeiro 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 2012.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Refine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, 27 de janeiro de 2012.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 349 de 29 de fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.615 de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012,

que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 615 de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

NARDI, HC, RIGONI, RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 2, 2005.

NEUMAN, MG., MONTEIRO, M and REHM, J. 'Drug Interactions Between Psychoactive Substances and Antiretroviral Therapy in Individuals Infected With Human Immunodeficiency and Hepatitis Viruses', **Substance Use & Misuse**, 2006. 41:10, 1395 – 1463.

O Estado de São Paulo. Após 10 dias de ação na Cracolândia, um quinto aceita tratamento contra vício. 29 de janeiro de 2014.

O Globo. Moradores de rua são inscritos para tratamento contra vício do crack. 24 de janeiro de 2014.

O Globo. Justiça Federal determina melhorias em hospital psiquiátrico do Amazonas. 11 de fevereiro de 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

Panamerican Health Organization (PAHO). Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach. Washington DC: Panamerican Health Organization; 2009.

PETERSON, J, MITCHEL, SG, HONG, I, AGAR, M, LATKIN, C. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(4):733-740, abr, 2006

PITTA, AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011.

RIBEIRO, José Mendes. Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009.

RIBEIRO, JM; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011.

RIBEIRO, JM, INGLEZ-DIAS, A. Policy Analysis and governance innovations in the federal government. In: Vaitsman, J, Ribeiro, JM, Lobato, L. Policy Analysis in Brazil. Bristol: Policy Press; 2013. p. 55-67.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 2005; n.24, p.9-27

SABATIER, PA & JENKINS- SMITH, H.C. The advocacy framework: An assessment, in: Sabatier, Paul A. (ed.) Theories of the Policy Process: Westview Press, Colorado, 1999.

Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos/ RJ (SEASDH). Audiência Pública: “Crack – Prevenção, Resgate e Cuidado Especializado em Saúde Mental”, 2012. Apresentação disponível online: http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Cidadao/Audiencias_Publicas/Copia_de_Realizadas/Apresentacao_SEASDH_0.pdf (Acesso em 20 de julho de 2013)

Secretaria de Estado de Saúde / RJ (SES). Plano Estadual de Saúde 2012-15. Julho, 2012

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil/ RJ (SES). Saúde na Área: Regionalização. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Maio, 2009

SORANZ, D. Entrevista concedida em novembro de 2013.

SOUZA, C. Federalismo e gasto social no Brasil: Tensões e tendências. *Lua Nova*, 2001. São Paulo, 52:5-28.

SOUZA, C. “Estado do Campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 18, N. 51, Fevereiro/ 2003

SOUZA, C. 2005. Federalismo, desenho constitucional e instituições federais. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 24, p.105-121, jun.2005

SOUZA, C. Políticas Públicas: Uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade em saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO, 2004.

TORRE, EH & AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):73-85, 2001.

TYKANORI, R. Entrevista concedida em dezembro de 2013.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2010*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2010.

VAITSMAN, J, LOBATO, L, ANDRADE, G. Professionalisation of policy analysis in Brazil. In: Vaitsman, J, Ribeiro, JM, Lobato, L. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013. p. 13-26.

Valor Econômico. MP pede cassação do prefeito Eduardo Paes por remoções compulsórias. 11 de abril de 2013.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

VIANA, ALA, FAUSTO, MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67.

WEINGART, P. Scientific expertise and political accountability; paradoxes of science in politics. *Science and Public Policy*, 26(3), June, 1999, pg. 151-161.

World Health Organization (WHO). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization (Fact sheet no.220), 2001.

World Health Organization (WHO). *Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Report; 2001a.

World Health Organization (WHO). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1. Edited by Majid Ezzati, Alan D. Lopez, Anthony Rodgers and Christopher J.L. Murray. Geneva: WHO; 2004

World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2005*. *Mental Health: Evidence and Research*, Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.

World Health Organization (WHO). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva; 2009

World Health Organization (WHO). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.

ZAHARIADIS, N. Ambiguity and choice in public policy: political decision making in modern democracies. Washington, DC: Georgetown University Press, 2003.

Anexo 1

Artigo publicado: “Políticas e Inovação em Saúde Mental: Limites ao Descolamento do Desempenho do SUS”

Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS

Policies and Innovation in mental healthcare:
limits to decoupling from the performance of the SUS

José Mendes Ribeiro ¹
Aline Inglez-Dias ¹

Abstract We studied Brazilian policies on mental health with respect to normative, supply and demand and financing aspects. We concluded that the sustainability of innovations in psychiatric reform depends on enhanced financing and integration with primary care community services, on the overall performance of SUS and the reduction of autonomous and exclusive services in primary care. There is high and rising pressure in demand for services measured in DALY and the incidence of disease. The reduction observed in psychiatric beds was accompanied by the systemic reduction, though with selective reduction for psychiatric hospitalizations. CAPS services have institutional limits due to the model adopted of direct public administration and local government capacity. Secondary data available show that: (i) SUS has a virtual monopoly on general outpatient and hospital services; (ii) mental health specialists belong mostly to SUS; (iii) most mental health services are outpatient services; (iv) few CAPS have day-bed services available; and (v) there is reduced federal financing for these innovations.

Key words Psychiatric reform, Mental health, Primary care

Resumo Analisamos a política brasileira de saúde mental quanto aos aspectos normativos, de demanda, de oferta e de financiamento. Concluímos que a sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica depende de melhor financiamento e de integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária, do desempenho geral do SUS e da redução de serviços exclusivos e autônomos na atenção primária. Existe elevada e crescente pressão de demanda medida em DALY e carga de doença. A redução dos leitos psiquiátricos observada acompanhou a redução sistêmica, porém com redução seletiva para as internações psiquiátricas. Os CAPS apresentam limites institucionais devido ao modelo adotado de administração pública direta e da capacidade de governo municipais. Dados secundários disponíveis revelam que: (i) o SUS tem poder quase monopsonico em serviços ambulatoriais e hospitalares em geral; (ii) os profissionais de saúde mental são predominantemente vinculados ao SUS; (iii) os serviços de saúde mental têm característica predominantemente extra-hospitalar; (iv) um número residual de CAPS dispõem de leitos diários; e (v) o financiamento federal para estas inovações é reduzido.

Palavras-chave Reforma psiquiátrica, Saúde mental, Atenção primária

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira expressa um sólido movimento de ideias que evoluiu como movimento político e inovador. Afora o elo com movimentos semelhantes em países como a Itália, aqui seu desenvolvimento ocorre no tempo político da redemocratização do país e da reforma sanitária que originou o Sistema Único de Saúde (SUS). O ideário da reforma sanitária e a organização do novo sistema foi amplamente discutida por lideranças setoriais^{1,2}. As diretrizes políticas da reforma sanitária ganharam contornos normativos na Constituição de 1988, a qual representou um novo pacto social de caráter redistributivo no país. Proteção social, reforma sanitária e reforma psiquiátrica são sinérgicas e convergentes. Destacamos a mútua dependência entre o sucesso do novo modelo de atenção em Saúde Mental (SM) e o desempenho do SUS. Por outro lado, discutimos os riscos e ameaças à sustentabilidade do modelo. Dependência do financiamento dos governos municipais, baixa integração à rede de atenção primária, natureza organizacional dos CAPS na forma de administração direta e financiamento inadequado representam as principais fragilidades do novo modelo substitutivo do sistema manicomial discutidas neste artigo.

Aspectos históricos da reforma psiquiátrica e seus fundamentos são bastante discutidos na literatura setorial, assim como a crítica ao modelo de atenção manicomial³. A transformação em agenda governamental pode ser constatada em documentos do Ministério da Saúde (MS)^{4,5} e se traduziu em Leis e Portarias, ganhando contornos normativos. Após tramitação no Legislativo desde 1989, a aprovação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 representou um marco no processo político. Conhecida como Lei Paulo Delgado⁶, define o direito da pessoa portadora de transtornos mentais de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental e restringe fortemente a internação destes pacientes.

Este aparato normativo determina a disseminação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como eixo estratégico do novo modelo. Há um reconhecimento de que o sucesso da reforma dependa da adoção de novas práticas clínicas e terapêuticas⁷. No entanto, ao longo de seu desenvolvimento, o movimento não foi isento de conflitos com associações civis (hospitais, familiares) e de restrições aos mecanismos de desospitalização. Ao longo de sua implementação, a noção de desospitalização orientada ao

ataque ao manicômio ganhou contornos adicionais na forma de redução gradual de leitos psiquiátricos. Este processo passa a combinar o uso de leitos em hospitais gerais e de mecanismos de atenção diária de diversos níveis nos CAPS.

O novo modelo busca ganhar em qualidade e acolhimento a esta clientela, em contraposição ao obsoleto e agressivo modelo centrado no manicômio. Apesar da relevância da reforma psiquiátrica, existe uma frágil cultura avaliativa no país quanto ao impacto e aos resultados desta política. Predominam estudos de caso, ensaios e análises da política fundamentadas elaboradas no âmbito do movimento de ideias. Estudo recente⁸ destacou a distribuição regional desigual dos recursos e o crescimento da população como lacunas importantes, mas não oferece evidências de sucessos ou fracassos do novo modelo.

Analisamos aspectos normativos, estimativas de demanda e perfil da oferta de serviços na atenção à SM. Assinalamos que o sucesso do modelo inovador depende do desempenho dos serviços gerais do SUS e destacamos os limites de um descolamento da reforma psiquiátrica frente aos serviços públicos gerais. Isto implica que o atendimento a esta clientela deve envolver de modo intensivo a rede de atenção primária e a presença de especialistas em saúde mental. Parece inevitável, à luz do financiamento setorial e do ritmo de expansão da atenção primária, que os CAPS se configurem cada vez mais em serviços especializados de referência para os casos mais graves e críticos.

Estrutura de serviços do SUS e limites ao descolamento das políticas de saúde mental

A saúde pública no Brasil se organizou, desde a criação do MS em 1953, por meio de ações verticais e orientadas a problemas específicos. O modelo tradicional focalizou ações sobre grandes endemias rurais e se expandiu para o controle da tuberculose, do câncer e da hanseníase, além da própria saúde mental. Este padrão evoluiu para outras ações programáticas orientadas a doenças crônicas e não transmissíveis. De forma cada vez menos verticalizada, atravessou a eclosão da epidemia de AIDS e não cessou de se reproduzir por diversas ações de saúde, como na atenção às mulheres, crianças, idosos, deficientes e de doenças transmissíveis como a dengue.

No padrão focalizado que predominou até a formação do SUS a população formalmente inserida no mercado de trabalho utilizava os servi-

ços previdenciários e a não formalizada dependência dos serviços estaduais e municipais. O governo federal elegia prioridades e, na falta de um esquema abrangente de proteção social, atuava junto às populações pobres e vulneráveis para minorar ou resolver os principais agravos. Esta configuração reflete o que Santos⁹ denominou como *cidadania regulada*, na qual o acesso aos serviços sociais é delimitado pela posição do indivíduo no mercado de trabalho. Este tipo de arranjo, embora em novo formato, foi preservado no Brasil após o SUS, mantendo sua conotação fragmentada entre sistema público e plano privado pré-pago.

Com o SUS, as principais características dos programas se alteraram. A epidemiologia social e diversas formas de conceber a ação programática¹⁰ influenciaram o debate setorial. Os programas perdem a orientação focal, envolvem protocolos de atenção integral e se articulam cada vez mais à rede pública de atenção primária e hospitalar. Cada vez mais são definidos na forma de *guidelines* e protocolos de atenção, clínicos ou de planejamento. Logo, as inovações em políticas, para serem sustentáveis e não restritas a pilotos e ilhas de excelência, se tornam coladas e mais dependentes da dinâmica da política pública.

Por sua vez o sistema de saúde brasileiro prossegue fragmentado e o acesso aos serviços é mediado pela renda individual. A *universalização excludente*¹¹ se caracterizou, com a criação do SUS, por uma troca de clientela, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação¹².

Em um sistema público subfinanciado, a transferência de recursos de atenção hospitalar para os ambulatórios em nome da eficiência sistêmica pode levar a um grave quadro de escassez e barreiras de acesso aos serviços mais complexos. As inovações em saúde mental orientadas à atenção comunitária dependem destes movimentos serem altamente coordenados e capazes de compensar lacunas de provisão de serviços, como ocorre no SUS. A desospitalização preconizada pode ser prejudicada caso se insista em organizar uma rede de SM em bases exageradamente autônomas.

Além disso, a transição dos programas focais para sistemas integrados e protetores não se completou no Brasil. A estrutura burocrática do MS se manteve por meio de programas verticalmente estruturados e superpostos aos das se-

cretarias estaduais e municipais. A competição burocrática afeta determinados programas em detrimento de outros. A burocracia pública opera como arena altamente competitiva e sensível aos grupos de maior ativismo e com sólidas conexões societárias. Os atores da reforma psiquiátrica operam neste ambiente institucional.

Modelo de atenção à saúde mental

O MS⁵ tem discutido as perspectivas da atenção comunitária e hospitalar em saúde mental sob a ótica da reforma e reflete a experiência de países dotados de sistemas sanitários sólidos. Um sistema de atenção comunitária, ambulatorial e hospitalar foi sistematizado no World Health Report¹³ e a reforma psiquiátrica brasileira está alinhada a estas soluções.

A lacuna quanto a profissionais habilitados e estimativas de gastos para superar o chamado *mental health gap* têm sido amplamente discutidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estudo recente¹⁴ estimou que 93% dos países de renda baixa e 59% daqueles de renda média apresentavam escassez de psiquiatras para suprir as necessidades do novo modelo.

O modelo reformador preconiza a substituição progressiva dos hospitais por serviços cuja complexidade, em termos de equipamentos, é menor em troca de maior complexidade na abordagem aos pacientes e no suporte às suas famílias. Propõe-se a troca do ambiente hospitalar, com maior escala de atendimento e acesso a recursos de emergência, por um ambiente comunitário e ambulatorial mais adaptado às necessidades individuais e familiares – *troca-se escala por qualidade*. Há maior complexidade e intensidade no trabalho profissional em saúde mental. A substituição regulada da atenção hospitalar pela atenção centrada em ambulatórios e comunidades envolve a criação de novos serviços (CAPS, residência terapêutica, e outros dispositivos de atenção psicossocial).

Aspectos da demanda sobre a atenção em saúde mental

Revisão da literatura demonstra que os transtornos mentais representam um problema de saúde global. No entanto, quanto à demanda por serviços, foram constatados alguns problemas. Há uma elevada heterogeneidade de informações sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, que variam desde os comuns¹⁵ – transtornos

depressivos, de ansiedade e somatoformes - aos mais graves e incapacitantes¹⁶ – esquizofrenia e psicoses não afetivas, transtorno bipolar, depressão maior e transtorno do pânico. Um número menor de estudos incluem transtornos relacionados à dependência de substâncias psicoativas.

Outro cuidado a ser tomado, especialmente quando se trata de inquéritos populacionais, diz respeito ao estigma. Transtornos mentais são estigmatizados em muitas culturas, apesar das inúmeras iniciativas e esforços de instituições internacionais e governamentais para mudar tal cenário¹⁷. Assim, é possível que sejam sub-reportados por participantes desses inquéritos.

Quanto aos estudos realizados em serviços específicos de saúde mental, a demanda calculada não traduz, necessariamente, a demanda que acessou estas unidades pelo fato de muitos profissionais não estarem aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuar o encaminhamento adequado. Estima-se que apenas um caso de transtorno mental em vinte observados na clínica geral seja encaminhado para médico ou serviços especializados¹⁵. Isto pode ser corroborado pelo elevado consumo de psicotrópicos prescritos pela população em geral^{15,18}. Transtornos como a depressão, onde com frequência o paciente procura o serviço de saúde reportando sintomas físicos inespecíficos, acabam subdiagnosticados e, conseqüentemente, subtratados. Estima-se que menos de um quarto desses casos sejam diagnosticados e tratados corretamente¹⁹, comprometendo uma noção mais acurada sobre as reais necessidades desta clientela. *Isso reforça a ideia de que profissionais especializados devem estar mais presentes nos serviços gerais de atenção em saúde.*

Globalmente, transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY, em inglês) no ano 2000¹³. Entre os principais diagnósticos foram listados os transtornos depressivos, a esquizofrenia, os resultantes do abuso de substância, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência e a doença de Alzheimer. Estima-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá atingido o patamar de 15%¹³.

Estudo sobre carga de doença relacionada à saúde mental¹⁶ em países em desenvolvimento considerou quatro tipos principais de transtornos: esquizofrenia e psicoses não afetivas, transtornos afetivos bipolares, transtorno depressivo maior e transtorno de pânico. A escolha por tais transtornos se deveu não apenas à carga de doença atribuída aos mesmos, mas também à disponibilidade de dados para avaliação de custo-efeti-

vidade de tratamentos associados. Inquéritos epidemiológicos em diversos países apresentaram prevalência ao longo da vida variando de 0,3 a 1,6% para esquizofrenia, 0,1 a 2,0% para transtornos de humor, 4,2 a 17,0% para transtornos depressivos (depressão maior e distímia) e 2,2% a 28,5% para transtornos de ansiedade¹⁶. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais graves (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves e deficiência mental com grave dificuldade de adaptação) na população é estimada em cerca de 3%. *Assim, os números apontam para uma demanda de cerca de cinco milhões de pessoas, que necessitariam de cuidados contínuos e intensivos no âmbito da saúde mental.* Além disso, em torno de 10 a 12% da população sofre de transtornos menos graves, mas que também necessitam de algum cuidado em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem⁴.

Segundo dados de um inquérito²⁰ realizado no Brasil, entre adultos a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida, no último ano e no último mês foi, respectivamente de 45,9% / 26,8% / 22,2%. Os transtornos mais prevalentes ao longo da vida foram: dependência à nicotina (25,0%); transtornos do humor (18,5%); episódios depressivos como o tipo mais comum de transtorno de humor (16,8%); transtornos de ansiedade (12,5%); transtornos somáticos (6,0%); e dependência/abuso de álcool (5,5%). Outro estudo²¹ aponta para taxas de prevalência de transtornos mentais (cl clinicamente significativos) no país variando de 10,2% a 18,0%. Os transtornos neuropsiquiátricos foram responsáveis em 1998 no Brasil 19,0% dos DALY no ano de 1998. A maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deveu à depressão, às psicoses e aos transtornos relacionados ao consumo de álcool²².

Quanto ao uso de álcool e de outras drogas, um tema crescente na agenda política nacional, os números globais são elevados, assim como a variedade de drogas disponíveis ao consumo. Em todo o mundo, estima-se que entre 155 e 250 milhões de pessoas (3,5 a 5,7% da população com idade entre 15-64 anos) usaram drogas ilícitas ao menos uma vez durante o ano de 2008²³. Em toda América Latina e Caribe, estima-se que ao menos 4.4 milhões de homens e 1.3 milhões de mulheres tenham sido afetados por transtornos relacionados ao uso de drogas, em algum momento de suas vidas²⁴. Na América do Sul, embora a droga ilícita mais consumida seja a maconha, o *World Drug Report* de 2010²³ aponta para

um crescimento do uso de cocaína e seus derivados (especialmente o crack). Para a América do Sul, Central e Caribe estima-se que cerca de 2.7 milhões de pessoas tenham feito uso de cocaína no ano de 2008 e o Brasil pode ser apontado como seu principal mercado consumidor (900 mil usuários) na América do Sul. O Brasil apresenta a prevalência mais alta para medicamentos derivados do ópio (0,5% da população entre 15-64 anos) e um mercado de cerca de 640 mil usuários. Assim como no restante do mundo, no Brasil é o álcool a substância que apresenta a maior carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, acometendo indivíduos em todas as áreas de suas vidas.

No entanto, os números relativos ao uso de drogas (especialmente as ilícitas) em toda América Latina e Caribe devem ser interpretados com cuidado, já que a quantidade e a qualidade de informações epidemiológicas são consideradas um significativo desafio²⁴. No Brasil os levantamentos nacionais são escassos^{25,26} e a literatura disponível é composta por estudos pontuais, predominantemente nas regiões sul e sudeste, que não refletem a realidade do uso de drogas no país como um todo.

Esta demanda difusa vem sendo historicamente preenchida por instituições outras que não as preconizadas por políticas públicas. Até o ano de 2002, não havia sequer uma política de saúde nacional e as iniciativas governamentais estavam restritas a poucos serviços hospitalares ou ambulatoriais, geralmente vinculados a universidades⁴.

Apesar da grande variabilidade nas estimativas de impacto dos transtornos mentais, uma pressão de demanda sobre os serviços de saúde da ordem de 12% (como apontado em DALY) está claramente desbalanceada frente aos recursos atualmente disponíveis no país. Além disso, como nos estudos mais localizados aqui citados, a demanda estimada pode ultrapassar as estimativas em DALY. Tanta carga de doença exige um volume de recursos financeiros, de pessoal especializado, de instalações, de equipamentos e de medicamentos em escalas distantes da oferta vigente do SUS. É esperado que a abertura de novos serviços seja acompanhada de crescente sobrecarga de demanda.

Oferta de serviços do SUS e em saúde mental

Uma análise sobre a evolução da oferta de serviços de atenção em SM envolve o conhecimento dos protocolos para a organização de um sistema preconizado, do financiamento da política e dos serviços públicos disponíveis. As fontes aqui utilizadas são provenientes do MS ou de pesquisas realizadas pelo IBGE. Embora numerosos e diversificados, os dados obtidos não permitem uma avaliação completa de resultados. No entanto, é possível delinear o descompasso entre a demanda e a oferta de serviços de atenção primária e hospitalar tanto no SUS em geral, como em SM.

Os dados da Tabela 1 mostram elementos importantes na assistência hospitalar do setor

Tabela 1. Internações hospitalares (frequências absolutas e relativas), SUS, grandes grupos de CID, 1995-2010.

Ano	Grav parto puerp	D ap circulatório	D infec e parasitárias	Causas externas	Neoplasias	Tr mentais compor	Demais causas	Total
1995	3.269.395	1.260.274	1.112.123	735.769	400.764	438.334	5.429.541	12.646.200
	25,85	9,97	8,79	5,82	3,17	3,47	42,93	100, 00%
1998	2.925.596	1.014.922	874.949	608.269	342.550	426.602	5.521.868	11.714.756
	24,97	8,66	7,47	5,19	2,92	3,64	47,54	100, 00%
2001	2.810.974	1.163.808	945.762	696.886	390.859	388.722	5.359.343	11.756.354
	23,91	9,90	8,04	5,93	3,32	3,31	45,59	100, 00%
2004	2.645.411	1.205.067	962.876	755.826	585.551	294.730	5.043.422	11.492.883
	23,02	10,49	8,38	6,58	5,09	2,56	43,89	100, 00%
2007	2.486.305	1.157.509	915.763	832.858	640.325	290.079	5.007.257	11.330.096
	21,94	10,22	8,08	7,35	5,65	2,56	44,19	100, 00%
2010	2.377.590	1.153.191	1.021.300	929.240	604.809	285.736	4.985.898	11.357.764
	20,93	10,15	8,99	8,18	5,33	2,52	43,90	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Obs: agregamos diversos grupos de CID ao de "demais causas" (XXI) original na composição desta tabela.

público. Quanto às internações, há diminuição progressiva e sustentada no total realizado. Estudo¹² demonstra que esta redução foi seletiva para prestadores privados com fins lucrativos. Este movimento foi apenas parcialmente compensado pela expansão dos serviços hospitalares mantidos pelos governos municipais. Dados recentes do IBGE²⁷ confirmam este movimento.

A redução dos leitos psiquiátricos no período é convergente a esta evolução. O número de internações por transtornos psiquiátricos e comportamentais foi reduzido significativamente (de 438.334 em 1995 para 285.736 em 2010). *No entanto, há uma seletividade neste processo, pois a participação percentual destas internações diminuiu de modo consistente de 3,47% (1995) a 2,52% (2010).* Movimento contrário, com aumento absoluto e proporcional de internações, foi observado para “causas externas” e “neoplasias” e refletem a urbanização e a transição epidemiológica. É importante lembrar os efeitos de aumento populacional e de crescimento da população idosa quando se analisa estas séries históricas e sua apreciação reforça os aspectos restritivos da oferta de serviços.

Tomando o conjunto da atenção hospitalar no país, dados da AMS 2009²⁷ mostram que número total de leitos variou pouco - de 443.888 (1979) a 431.996 (2009) - havendo aumento sustentado dos leitos de propriedade estatal e mudanças no setor privado. *Como o total de internações para todos os grupos diminuiu conforme a redução de leitos do SUS, sugerimos que não houve ganhos significativos em eficiência por melhoria de gestão e incorporação tecnológica.* O total de estabelecimentos de saúde de todos os tipos foi de 94.070

unidades, das quais 49.753 de propriedade estatal federal, estadual e municipal (55,3%) e 42.049 unidades de propriedade privada (44,7%). Dentre os estabelecimentos privados, um total de 11.380 prestavam serviços ao SUS. Temos assim 61.133 estabelecimentos prestadores do SUS correspondendo a 65,0% da oferta. A participação dos estabelecimentos estatais é proporcionalmente maior no atendimento ambulatorial (69,8%), a ser acrescida de 39,4% de prestadores privados do SUS. Os meios diagnósticos e terapêuticos estão concentrados fortemente no setor privado autônomo (59,0%) e privado prestador do SUS (31,9%). A área hospitalar é dominada pelos estabelecimentos de propriedade estatal (41,3%) e privados contratados pelo SUS (39,4%). *Logo, o SUS é o protagonista nos serviços ambulatoriais e hospitalares com poder quase monopsonico.*

No caso da atenção em SM as inovações exigem equipes multidisciplinares e profissionais especializados (Tabela 2). Os parâmetros usuais da Portaria 1.101/2002²⁸ se remetem às proporções de consultas e procedimentos realizados e não permitem responder a questão da adequação da distribuição de profissionais observada. O número de psiquiatras (12.207) nos sistemas público e privado, embora elevado, pode representar uma restrição importante devido à distribuição nacional desigual, a uma dedicação em tempo integral restrita (1.955) e à disponibilidade para fixação em serviços de dedicação rotineira e quase exclusiva. Esta característica do trabalho médico é predominante no país.

A organização dos CAPS foi atualizada pela Portaria 336/2002²⁹ do MS a partir da regulamentação original, efetuada em 1992, e as equipes pro-

Tabela 2. Pessoal de nível superior em estabelecimentos de saúde, ocupação e jornada de trabalho, Brasil, 2009.

Profissão	Integral	Parcial	Indefinida	Total
Médicos (exceto Psiquiatras)	141.572	343.621	140.942	626.135
Enfermeiro	82.286	76.066	4.747	163.099
Odontólogo	29.840	56.166	8.130	94.136
Outros	19.406	28.463	4.466	52.335
Fisioterapeuta	13.148	30.855	6.265	50.268
Bioquímico/farmacêutico	18.664	18.596	2.728	39.988
Psicólogo	7.118	18.512	2.739	28.369
Nutricionista	6.613	10.970	1.634	19.217
Assistente social	7.785	10.203	598	18.586
Psiquiatra	1.955	8.391	1.861	12.207
Total	328.387	601.843	174.110	1.104.340

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária 2009

fissionais mínimas são definidas segundo o porte dos municípios. De acordo com os estratos populacionais definidos chegamos à distribuição segundo o tipo de CAPS e o porte municipal. Os CAPS I (1.230 municípios com 20 mil a 70 mil habitantes) devem contar com um médico psiquiatra ou profissional treinado em saúde mental. Os CAPS II (280 municípios com 70 mil a 200 mil habitantes) devem ter ao menos um médico psiquiatra que responda pelo serviço. Os CAPS III (134 municípios com mais de 200 mil habitantes) devem funcionar em regime integral e contar com leitos de repouso, e ter dois psiquiatras. Uma contagem simplificada aponta a necessidade de ao menos 1.778 psiquiatras em regime de dedicação integral. Segundo esta base simplificada de incorporação profissional, haveria disponibilidade no país para a expansão do modelo.

Esta configuração envolve uma frágil incorporação de profissional especializado. A exigência de psiquiatras nestas equipes é mínima. A presença do psicólogo, um tipo de especialista já qualificado à atenção em SM, é facultativa e diluída dentre um grupo mais geral de profissionais de nível superior. A própria Portaria 154/2008³⁰ do MS estabelece para os Núcleos de Atenção em Saúde da Família uma configuração mínima para SM semelhante a dos CAPS. *A baixa incorporação de especialistas para lidar com pacientes graves e com a demanda rotineira é uma ameaça à sustentabilidade do modelo que precisa ser melhor estudada.* Esta restrição também afeta o uso intensivo da rede de atenção primária em SM.

Meios mais adequados de estimar parâmetros para profissionais de SM têm sido discutidos. Estudo recente¹⁴ estimou para a Argentina a necessidade, por exemplo, de 758 psiquiatras em tempo integral. Uma projeção para a base populacional brasileira implicaria numa demanda de cerca de 3.747 psiquiatras em tempo integral.

Dados do CNES mostram que 77,9% dos psiquiatras e 69,3% dos psicólogos estão vinculados ao SUS (Tabela 3). As proporções são, respectivamente, 0,1 e 0,2 por mil habitantes. A PNAD/2008 do IBGE³¹ mostrou que dentre os 13.513.509 entrevistados que referiram internação no último ano, um total de 4.018.489 (29,7%) possuía algum tipo de cobertura de plano de saúde. No caso das internações psiquiátricas, esta proporção foi de 21,7%. Isto sugere que esta clientela é altamente dependente do SUS e os vínculos profissionais seguem este perfil.

Dados do IBGE³², de 2005, identificaram 3.149 estabelecimentos com atendimento em saúde mental, dos quais 70,5% são da administração

direta. Esta forma organizacional é menos adaptativa e ágil na gestão de pessoal, aquisição de equipamentos e realização de obras³³. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, apresenta alta participação de organizações sociais, fundações e associações de direito privado, entre outros entes, sob contrato de metas e resultados. Além disso, há forte dependência da capacidade de governo do nível municipal onde estão localizados 64,1% dos serviços de SM. A dependência de serviços municipais em locais de baixa capacidade institucional, associada ao modelo da administração direta, podem representar sérios obstáculos às inovações preconizadas.

Os serviços de saúde mental (Tabela 4) são principalmente extra-hospitalares, vinculados ao SUS e fortemente ambulatoriais. Isto está de acordo com o modelo preconizado. O fato de os dados sobre hospital-dia mostrarem uma cobertura de apenas 11,8% não deve ser visto como uma

Tabela 3. Resumo de número de vínculos profissionais segundo categorias selecionadas, Brasil, dezembro de 2009.

Categoria*	Total	SUS	Outros**
Médicos - Clínico Geral	176.407	149.021	27.386
Médicos de Família	35.419	35.316	103
Médicos - Psiquiatra	16.125	12.566	3.559
Médicos - Outros	615.149	403.496	211.653
Enfermeiro	144.260	132.313	11.947
Fisioterapeuta	52.577	33.321	19.256
Farmacêutico	43.202	35.511	7.691
Psicólogo	38.533	26.721	11.812
Assistente social	22.790	21.950	840

Fonte: CNES. * contagem efetuada por vínculos de emprego registrados e admite-se multiplicidade. ** inclui vínculos de profissionais não disponíveis ao SUS

Tabela 4. Número de estabelecimentos com atendimento em saúde mental segundo tipo de serviços oferecidos (n=3.146)

	Não	Sim
Hospital dia	88,2	11,8
Internação	71,5	28,5
Urgência/emergência	68,8	31,2
Atendimento SUS	12,6	87,4
Atendimento ambulatorial	13,5	86,5
Visita domiciliar	47,0	53,0

Fonte: IBGE - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) 2002

lacuna na oferta. Os normativos recentes no contexto da reforma psiquiátrica deixaram de precificar este tipo de dispositivo como solução na atenção aos transtornos mentais. Portanto, o foco deve ser concentrado na capacidade dos CAPS de atender aos pacientes graves ou em situação aguda por meio de dispositivos de atenção diária.

A análise dos gastos no setor público de saúde no Brasil traz algumas dificuldades importantes. As principais são o cofinanciamento entre os três níveis de governo (com estruturas contábeis diversas), o financiamento não alinhado aos custos reais e as fragilidades dos sistemas de informações públicos. No caso de programas que apresentam sinergias com a oferta geral do sistema, a falta de registro individualizado da passagem dos usuários segundo diagnósticos e procedimentos realizados é um empecilho importante. Para as internações (onde a informação é mais completa), a avaliação de resultados é viável. Para o atendimento ambulatorial, que representa a base da reforma, as informações em escala nacional são insuficientes.

Para contornar em parte estes problemas, o financiamento da SM foi analisado segundo as transferências do MS a título de incentivos para Estados e Municípios. Estes incentivos refletem prioridades políticas do MS. Os demais incentivos estão distribuídos nas transferências não vinculadas à tabela de pagamentos, como no Piso da Atenção Básica (PAB). Comparamos as transferências explícitas para SM com políticas estratégicas do SUS (PAB, PSF e Controle de HIV/AIDS). Estes dados (Tabela 4) foram agrupados a partir do extrato original de 113 itens com diferentes graus de abrangência e valores, excluída a parte de medicamentos. A comparação com a política de DST/AIDS se justifica pelo caráter de descolamento inicial assinalado frente aos serviços do SUS. O agrupamento de incentivos para o PSF decorre da relevância da agenda governamental e o PAB é a principal transferência para o conjunto das atividades definidas como básicas.

Os resultados mostram a pulverização dos incentivos. Apenas dois itens se destacaram do total transferido (R\$ 21.899.518.677,64), com valores anuais acima de cinco bilhões e representam incentivos gerais. Para o total das transferências (113 itens), a mediana foi só de R\$ 5.901.252,99 para uma média de R\$ 192.101.041,03. Isto demonstra a forte presença de incentivos de valores nacionais baixos.

Considerando os incentivos para os grupos selecionados (exceto o PAB) observa-se que a maior parte (62,0%) foi para os municípios como

esperado pela orientação localista do SUS. Quando observamos o perfil dos incentivos para as ações fora do grupo aqui destacado (e que refletem procedimentos de maior complexidade), a participação municipal como receptor cai para 51,0%. Quanto maior a complexidade dos programas, menor o protagonismo municipal. O PAB fixo é transferido na quase totalidade aos municípios (98,8%), assim como os recursos do PAB variável (98,5%). Os recursos de HIV/AIDS (65,2%) e SM (61,1%) também demonstram o foco no município, porém com presença estadual relevante. Quanto à SM, as cinco modalidades de CAPS têm 100,0% de incentivos para os municípios. Assim, a *desospitalização foi confiada à desigual capacidade de governo dos municípios brasileiros*. Chama a atenção os baixos valores envolvidos nas transferências aos CAPS (R\$ 96 mil a R\$ 2.738.000). O maior incentivo do grupo foi para o acompanhamento de pacientes de saúde mental no valor de R\$ 124.191.723,50 e com participação municipal de 60,8%.

Procuramos observar o financiamento à SM segundo os procedimentos realizados, apesar das restrições aqui apontadas. Dados dos Cadernos de Informações em Saúde do MS para 2009 mostram que os totais pagos foram de R\$ 13.872.562.563,74 para procedimentos ambulatoriais e R\$ 10.111.660.174,03 para hospitalares. Apenas dois itens ambulatoriais registram pagamentos de SM: (i) atendimento ou acompanhamento em reabilitações diversas, inclusive mental (R\$ 779.972,26); e (ii) atendimento ou acompanhamento psicossocial (R\$ 68.094,65).

Estes valores, absolutamente residuais, se assemelham ao quadro observado anteriormente para os incentivos. *Parece evidente que o financiamento federal em separado para a agenda de reforma psiquiátrica é reduzido e que os recursos devem ser disputados pelos empreendedores da reforma no bloco geral de pagamentos gerais do SUS*.

Uma alternativa de financiamento específico ficaria por conta dos recursos estaduais e municipais que geralmente reproduzem o arranjo do MS. Logo, exceto em locais especialmente aderidos à reforma, a viabilidade do novo modelo depende ou de um elevado aumento no financiamento destas políticas ou de sua conversão radical para a estrutura formal da atenção primária. *Os CAPS deveriam ter suas atividades concentradas nos pacientes mais graves e observação diária. A rede primária deve gradativamente aumentar a inclusão de profissionais de saúde mental através dos NASF, como discutido no Relatório da IV Conferência de Saúde Mental*³⁴. O documento sobre

os 15 anos da assinatura pelo Brasil da Declaração de Caracas⁴ efetua um balanço político da reforma e defende que os CAPS devem ser substitutivos e não complementares aos hospitais. Dados do CNES registram 1.826 CAPS e *apenas 34 deles informam disponibilidade de leitos para internação, o que pode traduzir desde problemas no adequado registro do leito ou numa forte restrição na aplicação do modelo substitutivo*. Documento do MS⁵ assinala a existência de 0,66 CAPS/100 mil habitantes para uma meta de 1/100 mil. A lacuna na provisão de serviços necessários ao desenvolvimento é reconhecida pelo próprio MS como um “desfinanciamento da saúde” que poderia em risco a sua sustentabilidade, especialmente para a expansão dos CAPS III.

Considerações finais

Após dez anos de implantação da Lei Paulo Delgado, um balanço de riscos à sustentabilidade das inovações introduzidas foi delineado em nosso artigo. A agenda política ganhou novos contornos ao longo deste período. A desospitalização nos primórdios da reforma representou uma reação às condições desumanas observadas em muitos manicômios. Em seguida, a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS. Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade. Tendo em vista as decisões políticas adotadas no país, a expansão de cobertura destes serviços terá de ocorrer, a nosso ver, no escopo do que se denomina no SUS como “atenção básica”. Recomendações da IV Conferência em Saúde Mental reforçam a necessidade do aumento da cobertura de ESF, bem como de sua articulação na atenção à SM.

Outro novo contorno da política foi a crescente participação da atenção aos usuários e dependentes de álcool e drogas. Isto ocorreu por

meio de novos serviços como os CAPSad e consultórios de rua. O foco em clientela específica como crianças e adolescentes, população de rua e idosos se incluem como exemplos de expansão da agenda reformadora.

Os sucessos objetivos da reforma no combate às condições observadas nos manicômios e a expansão acelerada de CAPS são amplamente difundidos na imprensa e na literatura especializada. A maior articulação da atenção à SM com a atenção primária do SUS ampliaria as possibilidades de universalização destes serviços. Por outro lado, obstáculos importantes persistem como desafios políticos que esbarram nas limitações do próprio SUS e envolvem financiamento, capacidade de governo e disponibilidade de pessoal especializado.

O modelo proposto pela reforma psiquiátrica herda alguns elementos dos programas verticais caracterizados por um descolamento da política geral e combina esta tradição com os aspectos contemporâneos de descentralização dos serviços para o nível municipal e que estavam ausentes na tradição campanhista e verticalizada da saúde pública. Argumentamos que o descolamento da atenção à SM na forma de um sistema a parte na atenção primária é questionável. A magnitude da demanda, os meios diagnósticos e terapêuticos e o uso intensivo de pessoal especializado impedem uma expansão da política sem que suas ações estejam inseridas nos serviços de saúde em geral. Desta forma os CAPS deveriam atuar como serviços especializados de referência e a presença de pessoal especializado em SM deveria ser fortalecida nos serviços hospitalares, ambulatoriais e comunitários do SUS. A presença de pessoal especializado na atenção primária representa um importante item de acesso dessa clientela aos serviços. Mecanismos de controle sobre efeitos iatrogênicos em SM devem ser fortalecidos no sentido de evitar uma medicalização abusiva de casos sem indicação objetiva. Este ganho de escala deve ser procurado não apenas pela magnitude e diversidade da demanda, mas também devido aos obstáculos aqui discutidos.

A questão da inserção da atenção em saúde mental junto aos serviços de atenção primária tem sido discutida por especialistas da área para além dos problemas relacionados à iatrogenia. Destacados atores no contexto da reforma psiquiátrica, como Alves³⁵, por motivos e caminhos distintos dos aqui considerados, preconizam, em nome do caráter comunitário do novo modelo e da integralidade prevista na reforma sanitária, a incorporação dos novos serviços de saúde men-

tal ao que hoje é conhecido como Estratégia da Saúde da Família.

A sustentabilidade das inovações é ameaçada por problemas gerais associados ao financiamento da política de saúde. Além disso, a dependência dos governos municipais de capacidade altamente desigual na organização do modelo comunitário é uma restrição importante a nosso ver. A baixa integração à rede de atenção primária e a natureza organizacional dos CAPS, na forma de administração direta, são outros problemas discutidos que podem afetar a disseminação e o sucesso do modelo substitutivo.

Colaboradores

JM Ribeiro e A Inglez-Dias participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Cordeiro H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991.
2. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):319-328.
3. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica* 1995; 11(3):491-494.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*; 2005; Brasília, OPAS.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Relatório de Gestão para o período 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 6 abr.
7. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2008; 11(1):21-27.
8. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, Gohman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreoli SB, Saxena S. The mental health system in Brasil: policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2011 out 12];2(12). Disponível em: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/12>
9. Santos WG. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus; 1979.

10. Schraiber LB, organizador. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990.
11. Favaret Filho P, Oliveira PJ. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 1990; 3:139-162.
12. Ribeiro JM. UHS development and hospital services rationing. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):771-782.
13. World Health Organization (WHO). *Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Report; 2001.
14. Scheffler RM, Bruckner TA, Fulton BD, Yoon J, Shen G, Chisholm Morris J, Dal Poz MR, Saxena S. Human resources for mental health: workforce shortage in low - and middle-income countries. *Human Resources for Health Observer* 2011; (8).
15. Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line Brazil* [periódico na Internet]. 1997 [acessado 2011 jul 27]; 2. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php>
16. Hyman S, Chrisolm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental Disorders. In: *Disease control priorities in developing countries*. Oxford: World Bank/Oxford University Press; 2006.
17. Weiss MG, Jadhav S, Raguram R, Vouunatsou P, Littlewood R. Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine* 2001; 8(1):71-87.
18. Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2004; 40(4):471-479.
19. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19(2):132-140.
20. World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2005*. Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.
21. Mello MF, Kohn R, Mari JJ, Andrade LH, Almeida-Filho N, Blay SL, Viana MC, Mello AF. La epidemiologia de las enfermedades mentales en Brasil. In: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, organizadores. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de Saúde; 2009.
22. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Carga e Desafios Atuais. *Saúde no Brasil* 4; 2011; (5): 61-74.
23. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2010*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2010.
24. Panamerican Health Organization (PAHO). *Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach*. Washington DC: Panamerican Health Organization; 2009.
25. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. CEBRID-I. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID); 2001.
26. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. CEBRID-II. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2005.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária – 2009*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2011.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União* 2002; 22 fev.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 25 jan.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008*. Suplemento Saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2008.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária – 2002*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2005.
33. LaForgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência*. São Paulo: The World Bank, IBEDISS, Editora Singular; 2009.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final: IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (MS); 2010.
35. Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos R. *Os Sentidos da Integralidade*. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001.

Apresentado em 08/09/2011

Aprovado em 30/09/2011

Versão final apresentada em 05/10/2011

Anexo 2

Artigo publicado: “Políticas de Redução de Danos no Brasil: Contribuições de um Programa Norte-Americano”

Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano

Harm Reduction Policies in Brazil:
contributions of a North American Program

Aline Inglez-Dias¹
José Mendes Ribeiro¹
Francisco I. Bastos²
Kimberly Page³

Abstract Given the rapid spread of the HIV epidemic and the need to control its transmission among intravenous drug users (IDU), harm reduction strategies have been incorporated in many countries, including Brazil. Considering these aspects and taking into account the emergence of drugs as a core concern on the government's agenda, especially crack cocaine, this article presents some of the contributions acquired from observing and recording the practices of an American model of research and care for IDUs, namely the UFO (You Find Out) Study. Issues such as participants' access and adherence, financing difficulties, sustainability and outcome evaluation were considered. The study involved documental research, systematic observation and interviews with key informants. Some of the UFO features that could contribute to the formulation of harm reduction policies in Brazil are highlighted. The UFO appears to be a successful example of harm reduction initiatives that successfully contact and guarantee the commitment of that risk group, ensuring its access to health services and reducing risks associated with drug use.

Key words Harm reduction, Drug use, Health policies, Prevention

Resumo Considerando a disseminação da epidemia de HIV e o controle de sua transmissão entre usuários de drogas injetáveis (UDI), estratégias de redução de danos foram incorporadas em diversos países, incluindo o Brasil. Considerando a emergência das drogas como tema central na agenda governamental, especialmente o crack, o presente artigo registra e discute as práticas observadas em um programa de pesquisa e atenção aos UDI: o UFO. Foram considerados aspectos tais como acesso e adesão do usuário, dificuldades de financiamento, sustentabilidade e avaliação de resultados. As etapas do estudo envolveram pesquisa documental, observação sistemática e entrevistas com informantes-chave. Destacamos características do UFO que poderiam contribuir para políticas de redução de danos no cenário brasileiro. O programa estudado se apresenta como um exemplo exitoso de iniciativas de redução de danos, obtendo sucesso no acesso e adesão desse grupo, favorecendo seu acesso aos serviços de saúde e prevenção de riscos associados ao uso de drogas.

Palavras-chave Redução de danos, Uso de drogas, Políticas de saúde, Prevenção

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21.041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. aline.inglez@outlook.com

² ICICT, Fiocruz.

³ Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California San Francisco.

Introdução

As políticas de redução de danos (RD) relacionadas ao uso de drogas têm sido discutidas no Brasil como conjunto de estratégias voltadas para temas diversos como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças transmissíveis, e suporte social a populações marginalizadas. As estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo, em um dado marco temporal. A troca de agulhas e seringas (usadas por novas, estéreis), a despeito de ser emblemática, constitui tão-somente uma das ações preconizadas. Outras ações devem ser conduzidas de forma integrada, incluindo a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura¹.

Apesar do ambiente institucional favorável no país e de inúmeras experiências locais e programas governamentais, enquanto política pública, suas fragilidades são evidentes. As portarias do Ministério da Saúde (MS) que normatizam as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas (SMAD) não estruturam as políticas de RD, as publicações são basicamente propositivas ou descritivas, raramente contemplando o monitoramento e a avaliação de projetos e programas efetivamente implementados. Outras questões a serem enfrentadas incluem a validação dos procedimentos, a adesão e o acompanhamento clínico dos usuários de drogas, o monitoramento epidemiológico e a sustentabilidade financeira das organizações que conduzem serviços nesta área e a elevada dependência de recursos federais².

Este artigo aborda um programa tradicional norte-americano de pesquisa e atendimento a usuários de drogas injetáveis (UDI): o UFO Study³. Por meio deste estudo, discutem-se as principais lições aprendidas, úteis para enfrentar fragilidades dos programas de RD. Este aprendizado envolve: i) práticas continuadas de proteção clínica, além de elevado acesso e adesão dos pacientes ao programa, o que pode ser ilustrado pela excelente adesão de sua clientela ao esquema completo (3 doses) de vacinação para hepatite B^{3,4}; ii) monitoramento epidemiológico da população-alvo e da região de atuação do programa; iii) controle quanto ao trabalho efetuado pelos agentes em campo; iv) longa duração do programa (sustentabilidade).

Aborda-se o caso UFO, suas evidências e práticas observadas como úteis ao caso brasileiro,

inseridas no reforço mútuo de experiências locais e internacionais. Em seguida, discutem-se as fragilidades dos programas de RD no Brasil. Nas considerações finais discutem-se as implicações destas análises em termos de recomendações de políticas.

O programa UFO e as práticas de redução de danos

A literatura destaca os ganhos obtidos pelos programas de RD para UDI em termos de controle epidemiológico e proteção clínica frente a diferentes agravos e riscos, especialmente o HIV/AIDS⁵, ainda que apontando para as limitações de algumas iniciativas em relação a desafios complexos, como, por exemplo, o controle da disseminação do vírus da hepatite C⁶.

Nos EUA, a maioria dos estados implementa alguma iniciativa nessa direção, embora em apenas 12 deles estas ações estejam referendadas pela legislação em vigor em cada jurisdição⁷. A situação jurídico-legal destes programas é complexa e o governo federal norte-americano oscila em termos de orientações, porém costuma impedir o uso direto de seus recursos para financiar Programas de Troca de Seringas (PTS).

Desde 1988, o governo federal tem vetado o uso de recursos diretos para financiar a troca de seringas, tendo redirecionando esta norma em 2009 através da delegação de competência ao nível local^{8,9}, com retorno do veto em 2011. A despeito dos vetos, alguns estados e municípios vêm financiando há algum tempo os PTS¹⁰, de forma exitosa¹¹.

O Estado da Califórnia é reconhecido por sua atuação progressista, o que inclui o uso de maconha para finalidades médicas^{12,13}, a substituição do encarceramento pelo tratamento para os usuários de drogas detidos¹⁴ e a aquisição de seringas nas farmácias sem prescrição médica¹⁵.

O ambiente político e institucional na Califórnia é favorável a estas inovações devido ao ativismo social, como nos casos dos movimentos homossexuais e da resposta à epidemia de AIDS, a elevada escolaridade da população e a vigorosa indústria cultural e de tecnologia de ponta. Por outro lado, o estado vem enfrentando restrições orçamentárias (especialmente em programas sociais), no contexto de administrações de viés conservador. Diversas análises têm correlacionado ambientes políticos mais progressistas e a plena implementação de programas de RD^{13,16}.

Em São Francisco (CA), no ano de 2005, existiam cerca de 17.000 usuários de drogas injetá-

veis, o que dá a dimensão da importância do acesso ao material de injeção estéril nesta localidade. Estima-se que cerca de 20% dos UDI estejam infectados com o vírus da hepatite C¹⁷. O governo municipal apoia e financia PTS como medida para deter a disseminação de doenças de transmissão sanguínea entre UDI, seus parceiros e filhos¹⁷. O uso de drogas injetáveis entre heterossexuais é o terceiro fator mais frequentemente associado à infecção pelo HIV, na cidade de São Francisco¹⁸. A superposição dos riscos associados a relações desprotegidas com pessoas do mesmo sexo e uso injetável de drogas se traduz no que a vigilância epidemiológica denomina “categorias múltiplas de exposição” e corresponde a uma fração substancial dos homens infectados pelo HIV em São Francisco¹⁹.

A legislação municipal permite o acesso ao material de injeção estéril como meio de evitar a reutilização e prevenir infecções/doenças como o HIV e a hepatite C²⁰. O UFO tem apresentado evidentes resultados positivos, seja no âmbito da pesquisa acadêmica como no impacto epidemiológico de suas ações junto à população-alvo. Diversos estudos realizados com jovens UDI, residentes em São Francisco, vêm sendo publicados em periódicos científicos, dos quais destacamos artigos que documentam resultados auspiciosos no controle do HIV/AIDS. Chamam a atenção estudos em parceria com as principais instituições de pesquisa e fomento na área de saúde pública, nos EUA. Os estudos apontam para especificidades nas políticas de proteção a indivíduos infectados pelo HIV (como oportunidades em termos de acesso à moradia e serviços de saúde)^{21,22}.

A epidemia de HIV em São Francisco segue concentrada na população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) (portanto, impactando aquela que é considerada a maior e mais ativa comunidade gay em todo o mundo²³), com forte interface com UDI gays e aqueles envolvidos em sexo comercial²⁴.

O UFO constitui um agrupamento de estudos e serviços, consolidado na localidade, referência para UDI jovens. Em um estudo conduzido entre jovens UDI, em resposta ao questionário aplicado, o UFO foi apontado por mais de 85% dos participantes como a fonte mais confiável de informação sobre medidas de proteção e eventuais efeitos adversos relacionados a vacinas. Um terço dos entrevistados havia recebido previamente alguma vacina através do UFO²⁵. Há evidências empíricas sobre a redução das taxas de infecção pelo vírus da hepatite C entre jovens UDI^{26,27}. O UFO tem avaliado o impacto

de suas ações, via o monitoramento de coortes ao longo de mais de 10 anos, seja para monitorar a evolução da infecção pelo HIV entre UDI, como determinar fatores de risco associados aos óbitos não diretamente vinculados ao HIV/AIDS, como na *overdose* por heroína²⁸.

Além da análise detalhada do seu impacto epidemiológico, sua produção acadêmica é expressiva. Numa busca não sistemática da Pubmed/Medline constam mais de 30 artigos recentes nas principais revistas de epidemiologia e saúde pública. Os artigos mais relevantes estão listados também na página eletrônica do programa²⁹. O programa UFO foi avaliado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e classificado na categoria de programas efetivos, o que o habilita a receber verbas daquele órgão governamental. Os CDC definiram o UFO como intervenção modelo para jovens UDI, sob a denominação “UFO Presents!”, que oferece assistência técnica e treinamento para instituições interessadas em reproduzir o modelo em outras localidades³⁰.

Metodologia

Este estudo se valeu de pesquisa documental, observação sistemática, diários de campo, participação em reuniões de equipes de pesquisadores do UFO e entrevistas com informantes-chave. A observação do campo teve lugar de agosto de 2006 a novembro de 2007, seguida de acompanhamento sistemático de dados até 2009. O campo se refere à clínica onde os participantes são recebidos. As pesquisas bibliográfica e documental foram desenvolvidas via busca em bases bibliográficas e/ou ferramentas de busca como Pubmed/Medline, Scopus e Google Scholar, e compreendeu tanto a literatura indexada como a não acadêmica (dita “cinzenta”), como manuais e relatórios oficiais (disponíveis em *sites* e bibliotecas públicas). Esta busca de documentos e artigos científicos identificou práticas mais frequentes e balizou comparações e contrastes entre as políticas de redução de danos nos EUA e Brasil. O UFO dispõe de um vasto arquivo de material publicado ou inédito, que documenta suas atividades ao longo de décadas.

Foram realizadas entrevistas com seus principais dirigentes: investigador principal, diretor financeiro e coordenador de campo. Os entrevistados foram selecionados devido ao longo tempo de atuação junto às atividades-chave do programa. O roteiro de entrevista foi elaborado a partir dos principais temas de interesse da pes-

quisa, tais como o histórico do programa, as principais práticas de acesso e retenção dos participantes, o desenvolvimento de parcerias, mecanismos de financiamento e sustentabilidade do programa. Os principais resultados e análises do programa são apresentados a seguir.

Descrição do UFO

UFO é uma designação guarda-chuva de um conjunto de estudos e projetos enfocando a infecção pelo HIV e as hepatites virais, particularmente a hepatite C, entre jovens UDI em São Francisco. O projeto está vinculado à Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF) e está em operação contínua desde 1997. Seus participantes se engajam em serviços de troca de seringas, distribuição de equipamentos de injeção mais segura, assistência médica, referência para programas sociais, testagem e aconselhamento para HIV e hepatite C, além de vacinação para as hepatites A e B³¹.

O programa é bastante flexível, e seus objetivos imediatos vêm sendo alterados em sintonia com as demandas dos participantes, ao longo dos anos. Os dois principais estudos hoje em andamento focalizam a dinâmica da infecção e a prevenção da hepatite C, doença de controle sabidamente complexo em todo o mundo^{6,32}.

Sumarizamos algumas das características do seu público-alvo: a idade média dos participantes é de 22 anos, seus participantes injetavam drogas há cinco anos, em média, a grande maioria havia participado de programas de troca de seringas e 46% deles havia utilizado uma seringa emprestada por outra pessoa no último ano. São jovens, em sua maioria, brancos, moradores de rua e têm o inglês como língua nativa^{3,25,33}. Por se tratar de uma população de baixa renda e com frágeis redes sociais, apresentam inúmeras condições adversas, especialmente clínicas e sociais.

Os participantes potenciais do UFO devem ter até 30 anos, ser usuários de drogas injetáveis e morar em São Francisco. Quando recebido pela primeira vez, ele(ela) é entrevistado(a) pela equipe e é feita avaliação de seu status sorológico para HIV e hepatites B e C, assim como uma avaliação de seus comportamentos de risco e características socioeconômicas. Os participantes selecionados para a pesquisa são recrutados dentre aqueles que, em entrevista e testagem iniciais, não estão infectados pelo HCV e/ou HIV. Aqueles definidos como não elegíveis também são convidados a continuar frequentando o UFO e seus serviços. Os elegíveis são testados periodicamen-

te e sua sorologia é verificada ao longo do tempo, em intervalos regulares. Ao retornar para o resultado, o participante passa por aconselhamento pós-teste. Esse conjunto de atividades está orientado à assistência clínica e vigilância epidemiológica.

A equipe do projeto inclui pesquisadores da UCSF, um diretor de projeto, coordenadores de campo, entrevistadores, conselheiros e agentes comunitários. Esses últimos, denominados *peer-outreach workers*, são, em sua maioria, ex-usuários de drogas, o que facilita o trabalho de abordagem e recrutamento. Eles recebem os potenciais participantes na sede do projeto.

O projeto está ancorado na abordagem por pares (usuários ou ex-usuários) e, no contexto desta primeira abordagem, são distribuídos preservativos e equipamentos de injeção mais segura. Caso confirmado o uso de drogas injetáveis, os usuários são convidados a participar do projeto. O sucesso do recrutamento gira em torno de 25% das abordagens, e os motivos de recusa incluem falta de dinheiro para transporte público ou necessidade de percorrer longas distâncias.

A maioria dos agentes do UFO está formalmente empregada, embora alguns tenham contratos temporários remunerados por hora trabalhada. A relação contratual fortalece a responsabilização quanto ao exercício de suas atividades, enquanto o caráter temporário dos contratos favorece uma renovação de parte da equipe. Essa estrutura gerencial fortalece os mecanismos de controle sobre suas atividades e representa um aspecto positivo do projeto.

O UFO oferece vacinação para as hepatites A e B; troca de seringas, equipamento descartável para injeção (*swab*, recipiente de metal para misturar e aquecer a droga, algodão, água destilada e bandagens); cuidados médicos básicos e referência para programas sociais e de saúde; distribuição de medicamentos básicos (que não necessitam de prescrição) e de produtos de higiene; além de refeições. Mais recentemente, o elenco de serviços passou a incluir os grupos de apoio e orientação para portadores de HCV. Os participantes não são obrigados a trocar as seringas distribuídas (5-10.000/mês) pelas já utilizadas, o que se justifica pela ausência de adequada infraestrutura para descartar um número elevado de seringas usadas. Os usuários são incentivados a levá-las a outros pontos de recolhimento.

No Quadro 1 sintetizamos os principais eixos que caracterizam o UFO, destacando aspectos referentes a financiamento, parcerias institucionais e cobertura.

Quadro 1. Aspectos relevantes ao UFO para financiamentos, parcerias e cobertura.

Financiamentos	<p>Recursos: principalmente federais (NIDA)^a, por concorrências no montante de U\$ 500 mil/ ano (2006, 2007), passando para U\$ 750 mil/ ano (2008, 2009), além de fontes de menor porte e outras receitas por parcerias. Em 2009 o CDC passa a financiar algumas das ações de prevenção ao HCV.</p> <p>Despesas: pessoal (± U\$ 480 mil/ ano); compensações aos UDI (± U\$ 180 mil/ ano); testagem (U\$140 mil/ ano); custos administrativos (U\$ 125 mil/ ano); insumos (± U\$18 mil/ ano); aluguel (± U\$ 48mil/ ano); seringas (U\$ 9.600/ ano)^b</p>
Parcerias	<p>Departamento de Saúde Pública de São Francisco: fornece vacinas, aloca enfermeira para assistência aos participantes, subsidia aluguel da clínica para a recepção dos UDI recrutados e fornece seringas;</p> <p>SFNE: distribuição e troca de seringas;</p> <p>Homeless Youth Alliance: oferece suas instalações ao UFO, ampliando seu atendimento aos UDI;</p> <p>SOS^c: ONG responsável por referir participantes a serviços sociais e de saúde e distribuir material de higiene pessoal aos participantes e medicamentos que não precisam de prescrição;</p> <p>Food Runners: fornece alimentação, semanalmente, aos participantes que comparecem ao atendimento no UFO;</p> <p>Blood Centers of the Pacific: organização sem fins lucrativos, que funciona como banco de sangue, centro de testagem e pesquisa.</p>
Cobertura	Mensalmente, atende cerca de 150 participantes da pesquisa e recebe outros 350 UDI que apenas buscam os serviços disponíveis no projeto.

^a National Institute on Drug Abuse. ^b Governo municipal como fonte de recursos. ^c *Street Outreach Services*, parceiro há cinco anos.

Fonte: Gerência do UFO Study.

Seu financiamento é diversificado e sustentável, em função de suas fontes serem provenientes de parcerias sólidas ao longo do tempo, o que vem garantindo a operação do programa, ininterruptamente, ao longo de 15 anos. As sucessivas negociações de refinanciamento representam um aprendizado institucional e a consolidação das parcerias. Em suma, a sustentabilidade financeira está fortemente associada à diversidade de parcerias e decorre da capacidade dos coordenadores em renovar os recursos junto às fontes disponíveis.

Os dirigentes do programa seguem o percurso usual na captação de recursos em ambientes acadêmicos. Projetos são apresentados a agências e a parceiros institucionais relacionados ao seu campo de atuação. O componente de pesquisa é financiado principalmente por agências federais, como o NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) e o componente de serviços pelos CDC^{29,30}. Seu status no interior da estrutura da UCSF pode ser notado no que se refere às práticas, produção acadêmica, parcerias e estrutura de financiamento. Sua sustentabilidade está an-

corada em parcerias com instituições protagonistas na prevenção entre UDI em São Francisco, como: *San Francisco Needle Exchange* (SFNE)³⁴, *Homeless Youth Alliance* (HYA)³⁵ e *San Francisco Department of Public Health* (SFDPH)/*AIDS Office*³⁶. Estes financiamentos e parcerias estão listados nos diversos artigos publicados e nas páginas institucionais do programa²⁹. Financiamentos adicionais provêm de organizações não governamentais como *Street Outreach Services* (SOS) e *Food Runners*, além da articulação com representantes da rede de serviços gratuitos ou comunitários de atenção aos UDI, listados no seu Guia de recursos e serviços, disponibilizado aos participantes³⁷.

Estimamos os gastos realizados a partir dos principais agregados financeiros. Cerca de um quarto dos recursos captados pelo UFO é retido pela UCSF a título de custos administrativos e impostos. As despesas com pessoal consomem a maior parte dos recursos arrecadados, com custos relevantes associados também à testagem e ao aconselhamento. A capacidade de atrair e manter parcerias viabiliza a provisão de serviços

de apoio clínico e suporte social, para além das atividades de pesquisa.

O UFO presta assistência integral a 150 UDI, em média, por mês. Um total de 1.445 UDI participou da pesquisa entre 1998 e 2004, e cerca de 350 usuários fazem parte de uma população mensal flutuante que recebe benefícios do projeto, apesar de não serem elegíveis para as suas atividades de pesquisa. Periodicamente, a equipe ministra cursos de aplicação de Naloxone (medicamento antagonista de opiáceos) para evitar a *overdose* por heroína (causa frequente de óbito nessa população), procedimento que ainda enfrenta resistências, mas vem salvando vidas em todo o mundo, determinando uma redução drástica da morbimortalidade por *overdose* em diversos contextos³⁸.

Os principais aspectos do UFO a serem considerados, em termos de experiências que podem ser ilustrativas para o caso brasileiro, dizem respeito às estratégias de acesso aos UDI, adesão, suporte clínico e sustentabilidade do projeto. Estes fatores favorecem a proteção clínica dos usuários e o controle de diferentes infecções/doenças na região. O trabalho dos agentes é monitorado e incentivado de modo consistente. Esses aspectos dizem respeito de perto a importantes fragilidades dos programas brasileiros, abordadas a seguir. Apesar das importantes diferenças entre países, tais políticas são comparáveis em termos de lições aprendidas, que evidenciam o potencial dos procedimentos adotados.

Políticas de redução de danos no Brasil: lacunas e obstáculos

No Brasil, os usuários de drogas constituem um segmento estratégico para a contenção da epidemia de HIV, pelos riscos e danos a que estão expostos e que expõem os que com eles convivem, além das consequências negativas que podem advir do próprio consumo³⁹.

A legislação brasileira assegura aos usuários de drogas o acesso universal aos serviços de saúde⁴⁰. A assistência deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os dispositivos extra-hospitalares, como Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad) e serviços de atenção primária⁴¹.

A primeira iniciativa brasileira voltada a UDI se deu na cidade de Santos (SP), com o propósito de reduzir a disseminação do HIV. No final da década de 1980, Santos apresentava uma das taxas mais elevadas de infecção pelo HIV/AIDS em todo o Brasil, o que estimulou ações no sentido

de implantar o primeiro PTS do Brasil, em 1989⁴². Uma segunda iniciativa se transformou no primeiro programa brasileiro de redução de danos – PRD (incluindo atividades de prevenção e informação, além da troca de seringas), implementado em Salvador (BA), em 1995, pela Universidade Federal da Bahia⁴³, e posteriormente em Porto Alegre⁴⁴. Uma característica importante da implementação dos PRD no Brasil foi que ela se deu por meio de experiências piloto, as quais, mediante divulgação de seu caráter exitoso, originaram um processo de mimetismo político que fez com que novos casos fossem reproduzidos em outras regiões. Coerente com a ideia de que a difusão destas políticas se deu por meio da reprodução de casos exitosos, indução governamental e experimentalismo local, não se conseguiu uma implantação de caráter universal destas políticas, e sim um conjunto de programas esparsamente distribuídos pelo país, com baixa sustentabilidade.

Em 2003, mais de 150 PRD estavam em funcionamento no Brasil, todos apoiados pelo MS, que também financiava, total ou parcialmente, muitos deles. Números referentes aos programas em operação efetiva apontam para cerca de 134 PRD, distribuídos por 15 estados e concentrados nas regiões sul e sudeste do país, e executados por instituições governamentais, universidades, ONGs e secretarias de saúde^{42,45}.

A disseminação do HIV tornou os UDI e suas práticas mais visíveis no Brasil, legitimando a demanda por estratégias de RD⁴⁶. Por outro lado, a manutenção do foco na prevenção do HIV restringiu ações adicionais de RD, que poderiam subsidiar mudanças nas próprias políticas de drogas e ações adicionais (como vacinação contra a hepatite B e treinamento no manejo de *overdoses*).

Estes programas foram institucionalizados no Brasil por meio de diversas portarias do MS e, de modo geral, o conceito de RD permeia os normativos que regem as políticas relacionadas à atenção ao uso de álcool e outras drogas. As portarias, desde 2004, vêm tratando destes programas em articulação com outras atividades no âmbito das políticas de álcool e outras drogas, e apenas uma, a Portaria 1.028/2005⁴⁷, regulamenta as ações de RD de maneira concreta.

A literatura especializada destaca os problemas dos PRD implementados no país. Na região metropolitana de Porto Alegre, por exemplo, algumas características são comuns a todos os programas, como: a precarização das relações de trabalho dos “redutores”, a dependência do trabalho voluntário e o impacto negativo da des-

continuidade política dos governos municipal e estadual sobre o financiamento e o estabelecimento de parcerias dos programas⁴⁴.

A abordagem aos UDI usualmente acontece através de agentes de saúde denominados redutores de danos. Frequentemente são eles usuários ou ex-usuários de drogas, o que favorece a aceitação do trabalho por parte dos UDI⁴⁸. Os redutores atuam como educadores em saúde e na prevenção às DST, ao HIV, hepatites virais e outras doenças transmissíveis⁴⁶.

Um estudo que avaliou a vinculação de estratégias de RD aos CAPSad, no município de São Paulo, destacou problemas quanto à relação dos redutores com os programas. Estes são, em geral, provenientes das comunidades onde atuam e não contam com formação especializada⁴⁹. A precarização dos vínculos de trabalho, a repressão policial, conflitos locais e a aceitação da própria comunidade também foram aspectos destacados⁴⁶.

Alguns autores destacam fragilidades tais como o foco na distribuição dos insumos, em detrimento das práticas de educação em saúde e da aproximação desses usuários dos serviços de saúde. Apesar da ampliação de escopo preconizada, muitos programas ainda restringem seu foco ao trabalho de abordagem no *campo* (áreas cobertas pelos redutores)^{46,49}.

Um único estudo avaliou a adesão dos usuários em programas brasileiros e mostrou que, dentre os 45 programas avaliados, 64% de seus dirigentes relataram monitorar a adesão dos participantes. No entanto, nenhum dos programas fez uso sistemático de mensuração da adesão⁴⁵. Quanto ao financiamento, foi ressaltado que o então Programa Nacional de DST/Aids representava sua principal fonte de recurso, tanto financeiro quanto técnico. As análises mostraram que os programas com maior diversificação de recursos financeiros contavam com estrutura organizacional e administrativa mais elaborada, sendo menos vulneráveis. A descontinuidade desses financiamentos também vem sendo observada, o que é corroborado por outro estudo, que comparou programas em sete países, sendo que o programa de Salvador, Bahia, foi o caso brasileiro sob análise⁵⁰. Um estudo posterior⁵¹ destaca que os PRD, a partir de 2006, se viram às voltas com mudanças quanto aos mecanismos de financiamento. Esses recursos deixaram de ser transferidos diretamente pelo Programa Nacional de DST/Aids e passaram para a esfera dos governos estaduais e municipais. Embora tais mudanças sejam coerentes com as diretrizes do

SUS, o resultado final foi uma redução global do financiamento das ações. No caso dos PRD, a dependência de governos locais pode tê-las enfraquecido ou gerado padrões heterogêneos entre as regiões e localidades⁵¹.

Novos arranjos institucionais vêm sendo desenvolvidos envolvendo ações em RD, na tentativa de garantir sua sustentabilidade. Alguns exemplos podem ser destacados como a inserção de tais práticas nos CAPSad ou serviços de atenção primária^{46,52}.

A operação dos programas são, em geral, afetados pela quantidade de insumos (como seringas) distribuídos. Entretanto, estas medições não são, muitas vezes, validadas quanto aos fins propostos, já que os redutores atuam como intermediários dos UDI no recebimento dos insumos. Os programas brasileiros para os quais se dispõem de relatórios com quantitativos referentes à distribuição de seringas e outros equipamentos de injeção estiveram sempre aquém do minimamente desejável pela experiência internacional⁵³. Obviamente, tais parâmetros devem ser revisados e atualizados em função das mudanças nos padrões de consumo de cocaína (e crack) no Brasil, no sentido de uso não injetável, verificadas desde o final da década de 1990⁵⁴.

Tais dificuldades comprometem um dos objetivos fundamentais dos programas, o controle epidemiológico das doenças infecciosas, por meio da retirada de seringas contaminadas de circulação^{45,55}. Além disso, os PRD não têm sido avaliados e monitorados pelo governo enquanto ação regular de saúde.

Assim, concluímos que as principais fragilidades destes programas no país estão presentes em itens característicos das políticas públicas em geral. Neste caso, apontamos problemas em termos de normatividade, financiamento, sustentabilidade das ações, proteção clínica, controle epidemiológico e avaliação das práticas desenvolvidas pelos agentes redutores. Algumas destas fragilidades podem e devem ser enfrentadas por meio de experiências concretas que identificamos no programa UFO.

Considerações finais

As políticas de RD têm sido redefinidas pelas evidências científicas no Brasil e em diversos países desenvolvidos, bem como pela reemergência da agenda das drogas, com destaque para os problemas associados ao uso de crack. Neste contexto, se inserem estratégias inovadoras de su-

porte aos indivíduos, vigilância e controle epidemiológico e descriminalização do uso de drogas. Estas políticas são complementares a outras ações de saúde pública, como informação em saúde e atenção clínica individual. O acesso a serviços para manejo e tratamento das hepatites virais continua sendo um desafio central no Brasil, questão esta em que programas como o UFO têm um papel central a desempenhar⁵⁶.

A iniciativa UFO traz informações e experiências importantes decorrentes de ações relacionadas à atenção aos UDI, de forma a minorar riscos e consequências adversas do uso de drogas. Ainda que seu foco esteja na pesquisa, a contrapartida apresentada aos participantes se mostra bastante efetiva e consistente.

O UFO não se preocupa, centralmente, com a distribuição de seringas, mas sustenta que este é um material que deve estar amplamente disponível, de modo a garantir que não venham a ser reutilizadas. No entanto, mantém seu foco em práticas voltadas para a proteção clínica, como o atendimento médico para casos agudos, a vacinação, a distribuição de medicamentos básicos e vitaminas, além do monitoramento de infecções transmissíveis (especialmente as hepatites e o HIV).

Em estudo anteriormente citado⁵⁰, apesar das limitações que envolvem estudos comparativos internacionais, chamam a atenção os resultados apresentados pelo PRD de Salvador. Entre programas desenvolvidos em outros países, como Rússia, China e Bangladesh, o caso brasileiro é o único que não disponibiliza informações sobre prevalência da infecção pelo HIV entre a população coberta. Além disso, apresenta as taxas mais baixas de UDI acessados e de regularidade de acesso dos participantes. Esse mesmo estudo identificou períodos de descontinuidade e declínio em seu financiamento, o que pode estar associado a problemas na cobertura e sustentabilidade.

Mais recentemente, no Brasil, o trabalho de RD tem sido ampliado para além da prevenção de HIV e de hepatites virais entre UDI. Houve um deslocamento das políticas de RD da prevenção de DST/Aids, para a saúde mental. Mas, a despeito dessa ampliação, as barreiras ainda existem e são muitas as dificuldades que os programas encontram para superar seu caráter residual e expe-

rimental, e se integrarem ao sistema de saúde⁴⁶. O mais completo e abrangente estudo já desenvolvido no Brasil sobre prevenção e atenção às IST/AIDS em saúde mental apontou para importantes lacunas e deficiências, em praticamente todas as unidades de saúde mental avaliadas⁵⁷.

Apesar da constatação do uso de drogas como um importante problema de saúde pública, as políticas de atenção ao usuário têm-se mostrado pouco integradas e com baixa cobertura. As principais fragilidades das políticas de redução de danos no Brasil se referem à precarização do trabalho dos agentes redutores, monitoramento deficiente de suas práticas e da capacidade de vincularem os usuários aos serviços de saúde, baixa adesão dos participantes acessados aos programas, financiamento fragmentado e precária sustentabilidade. Nem todas essas fragilidades podem ser atacadas em consonância com a experiência do UFO, especialmente aquelas relacionadas ao financiamento e aspectos peculiares ao Brasil e sua relação com o sistema público de saúde. Além disso, o padrão institucional dos dois países difere quanto aos aspectos federativos. Porém, alguns itens bastante relevantes podem ser enfrentados a partir de soluções postas em prática pelo UFO.

A proteção clínica dos usuários é assegurada pelo trabalho dos agentes no estabelecimento de laços de confiança com os usuários, pelo vínculo estabelecido na situação de pesquisa, pelos exames e consultas rotineiros. O trabalho dos agentes redutores é profissionalizado. A relação de trabalho é contratual, os profissionais contam com treinamento específico e supervisão contínua do trabalho de campo, além de monitoramento dos resultados. O controle epidemiológico de diferentes infecções/doenças na região é assegurado pelo monitoramento que os especialistas fazem a partir dos resultados laboratoriais obtidos, o que é reforçado pela durabilidade do programa.

Desta forma, consideramos que as experiências concretas aprendidas do caso UFO devem ser tomadas seriamente em consideração na elaboração e detalhamento das portarias governamentais sobre tais políticas, especialmente, no momento em que a agenda de álcool, drogas e o crack passaram a ocupar posição central na política de saúde no Brasil.

Colaboradores

A Inglez-Dias, JM Ribeiro, FI Bastos e K Page participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD; 2009.
2. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770.
3. Inglez-Dias A, Hahn JA, Lum PJ, Evans J, Davidson P, Page-Shafer K. Trends in methamphetamine use in young injection drug users in San Francisco from 1998 to 2004: the UFO Study. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27(3):286-291.
4. Lum PJ, Ochoa KC, Page-Shafer K, Evans JL, Moss AR. Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *Am J Public Health* 2003; 93(6):919-923.
5. Wodak A, McLeod L. The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS* 2008; 22(Supl. 2):S81-S92.
6. Sacks-Davis R, Horyniak D, Grebely J, Hellard M. Behavioral interventions for preventing hepatitis C infection in people who inject drugs: a global systematic review. *Int J Drug Policy* 2012; 23(3):176-184.
7. Buchanan D, Shaw S, Ford A, Singer M. Empirical science meets moral panic: an analysis of the politics of needle exchange. *J Public Health Policy* 2003; 24(3-4):427-444.
8. Harm Reduction Coalition. *Guide to Developing and Managing Syringe Access Programs*. Londres: HRC; 2010.
9. Schwartzapfel B. Swapping Politics for Science on Drug Policy. *The Nation*. [artigo na Internet] 2009 Dec 21. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.thenation.com/article/swapping-politics-science-drug-policy>
10. Vlahov D, Des Jarlais D, Goosby E, Hollinger PC, Lurie PG, Shriver MD, Strathdee SA. Needle Exchange Programs for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection: Epidemiology and Policy. *Am J Epidemiol* 2001; 154(12):70-77.
11. Des Jarlais D, McKnight C, Milliken J. Public Funding of Syringe Exchange Programs. *J Urban Health* 2004; 81(1):118-121.
12. O'Connell TJ, Bou-Matar CB. Long term marijuana users seeking medical cannabis in California (2001-2007): demographics, social characteristics, patterns of cannabis and other drug use of 4117 applicants. *Harm Reduct J* 2007; 4:16.
13. Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum* 2007; 38(6):1250-1263.
14. Evans E, Li L, Hser YI. Treatment entry barriers among California's Proposition 36 for drug offenders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35(4):410-418.
15. Drug Policy Alliance. Reform in California. [página na Internet] 2007. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.drugpolicy.org>
16. Gent C. Needle exchange policy adoption in American cities: Why not? *Policy Sci* 2000; 33:125-153.

17. San Francisco Department of Public Health. Federal and State Legislative Report - 2005. [página na Internet] Jan 2006. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
18. San Francisco Department of Public Health. HIV/AIDS Epidemiology Annual Report 2009. HIV Epidemiology Section, July 2010. [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
19. Kral AH, Lorvick J, Ciccarone D, Wenger L, Gee L, Martinez A, Edlin BR. HIV prevalence and risk behaviors among men who have sex with men and inject drugs in San Francisco. *J Urban Health* 2005; 82(Supl. 1):i43-i50.
20. City and County of San Francisco. *San Francisco Municipal Health Code*. [página na Internet] 2005. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfdph.org>
21. Shafer KP, Hahn JA, Lum PJ, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31(4):422-431.
22. Hahn JA, Page-Shafer K, Ford J, Paciorek A, Lum PJ. Traveling young injection drug users at high risk for acquisition and transmission of viral infections *Drug Alcohol Depend* 2008; 93(1-2):43-50.
23. Black DA. "Why Do Gay Men Live in San Francisco?" Working paper, Heinz School of Public Policy and Management, Carnegie Mellon University. [artigo na Internet] 1998. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: http://sfpl.info/pdf/main/glc/glbtsf_demographics.pdf (acesso 03/2013)
24. Bacon O, Lum P, Hahn J, Evans J, Davidson P, Moss A, Page-Shafer K. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis* 2006; 33(4):228-234.
25. Levy V, Evans J, Stein E, Davidson PJ, Lum PJ, Hahn JA, Page K. Are young injection drug users ready and willing to participate in preventive HCV vaccine trials? *Vaccine* 2010; 28(37):5947-5951.
26. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K, Moss AR. Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco. *Hepatology* 2001; 34(1):180-187.
27. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Bourgois P, Stein E, Evans JL, Busch MP, Tobler LH, Phelps B, Moss AR. Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks. *J Infect Dis* 2002; 186(11):1558-1564.
28. Evans J, Tsui JI, Hahn JA, Davidson PJ, Lum PJ, Page K. Mortality Among Young Injection Drug Users in San Francisco: A 10-Year Follow-up of the UFO Study. *Am J Epidemiol* 2012; 175(4):302-308
29. Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). *UFO Presents!* [página na Internet] 2011. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.caps.ucsf.edu/projects/UFO/>
30. Centers for disease control and prevention (CDC). CDC Partners. [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.cdc.gov>
31. Ochoa K, McLean R, Edney-Meschery H, Brimer D, Moss A. The challenges and rewards of collaborative research: the UFO study. In: Bowser BP, Mishra SI, Reback J, Lemp GF, editors. *Preventing AIDS: Community-science collaborations*. New York: The Haworth Press; 2004. p.163-192.
32. Crofts N, Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *Med J Aust* 1999; 170(5):220-221.
33. Davidson PJ, Ochoa KC, Hahn JA, Evans JL, Moss AR. Witnessing heroin-related overdoses: the experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction* 2002; 97(12):1511-1566.
34. San Francisco Needle Exchange (SFNE). [página na Internet] 2012. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.sfaf.org>
35. Homeless Youth Alliance (HYA). [página na Internet]. [acessado 2013 out 16]. Disponível em: <http://www.homelessyouthalliance.org/>
36. City and County of San Francisco. Department of Public Health. Community Health Promotion Branch. Population Health Division. *SFHIV*. [página na Internet] 2012. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.sfhiv.org/>
37. Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). *UFO Resource Guide*. UCSF/CDC. [página na Internet] 2010. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: <http://caps.ucsf.edu>
38. Gaston RL, Best D, Manning V, Day E. Can we prevent drug related deaths by training opioid users to recognise and manage overdoses? *Harm Reduct J* 2009; 6:26.
39. Caiaffa WT, Bastos FI. Redução de danos: marcos, dilemas, perspectivas, desafios. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):702-703.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3ª Edição. Brasília: MS; 2002.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: MS; 2004.
42. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Nemes MI, Andrade T, Bueno R, Piconez e Trigueiros D. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clin Infect Dis* 2003; 37(Supl. 5):382-385
43. Andrade T, Dourado M, Farias A, Castro B. Redução de danos e a redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001. p. 95-111. (Série Avaliação, Nº 8)
44. Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):382-392.

45. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770.
46. Nardi HC, Rigoni, RQ. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicol Estud* 2005; 10(2):273-282.
47. Brasil. Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União* 2005; 1 jul.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de Redução de Danos. Brasília: MS; 2001.
49. Delbon F, Da Ros V, Ferreira EM. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(1):37-48.
50. Burrows D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):871-879.
51. Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):2134-2144.
52. Reis R, Garcia ML. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1965-1974.
53. Heimer R. Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *Int J Drug Policy* 2008; 19(Supl. 1):S65-73.
54. Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva EM, Martin SS. Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2006; 38(3):305-310.
55. Caiaffa WT, Bastos FI, Proietti FA, Reis AC, Míngoti SA, Gandolfi D, Doneda D. Practices surrounding syringe acquisition and disposal: effects of Syringe Exchange Programmes from different Brazilian regions - the AJUDE-Brasil II Project. *Int J Drug Policy* 2003; 14(5):365-371.
56. Malta M, Cavalcanti S, Gliksmann L, Adlaf E, Hacker MA, Bertoni N, Massard E, Bastos FI. Behavior and major barriers faced by non-injectable drug users with HBV/HCV seeking treatment for hepatitis and drug addiction in Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4777-4786.
57. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília: MS; 2008.

Artigo apresentado em 28/09/2012

Aprovado em 17/03/2013

Versão final apresentada em 09/04/2013

Anexo 3

Artigo submetido: “Políticas de saúde mental, álcool e drogas no Brasil: incrementalismo, lacunas e conflitos normativos”

Políticas de saúde mental, álcool e drogas no Brasil: incrementalismo, lacunas e conflitos normativos

Aline Inglez-Dias

José Mendes Ribeiro

Francisco Inácio Bastos

1-Introdução

As décadas de 1980 e 1990 foram marcantes para o processo de reforma do modelo de atenção psiquiátrica vigente até então. As mudanças nesse campo foram convergentes ao movimento mais amplo da reforma sanitária e ao processo de redemocratização do país, culminando na promulgação da Constituição de 1988. No campo da saúde, o marco político da reforma foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que consolidou seus princípios e diretrizes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve seu marco legal definido na já citada Constituição, desdobrando-se na lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Os elementos históricos da Reforma Psiquiátrica vêm sendo discutidos em detalhe pela literatura nacional, especialmente quanto à crítica ao modelo manicomial (Amarante, 1995). Os efeitos desta reforma e as inovações estimuladas pela Lei 10.216/2001 foram analisados por Costa et al. (2011), em termos do seu sucesso na montagem de uma rede comunitária de serviços a partir de um conjunto de experiências exitosas observadas no país.

A Lei 10.216, de 2001 (Lei “Paulo Delgado”, que adota o nome do deputado que formulou a proposta original), é o marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil e reforçou as diretrizes básicas preconizadas pelo SUS quanto à garantia aos usuários de serviços de saúde mental de universalidade de acesso e direito à assistência.

A partir de então, o que se pode perceber é uma extensa normatização do conjunto de políticas referentes à implementação na prática deste novo marco legal, por parte do Ministério da Saúde (MS). O presente estudo revisa todas as leis, decretos e portarias aprovados desde 06 de abril de 2001, com o objetivo de identificar o padrão das mudanças na política e a dinâmica das alternativas propostas no sentido de regulamentar os procedimentos adotados em consonância com o novo marco legal e a agenda setorial.

A hipótese central de nosso estudo sobre a normatização das políticas de Saúde Mental no Brasil é que este incrementalismo se deu por uma combinação de experimentalismo (normas decorrentes de inovações locais) e adaptações a mudanças que tiveram lugar na agenda política setorial. O processo adaptativo, como procuramos mostrar, envolve uma fase inicial com foco no controle sobre as internações psiquiátricas, passa pela montagem da rede substitutiva de assistência e de acolhimento (residências terapêuticas e similares) e se expande no sentido de contemplar a agenda de álcool, crack e outras drogas. Mudanças incrementais representam processos usuais no desenvolvimento de políticas, as quais em determinadas circunstâncias evoluem para mudanças políticas mais profundas ou resultam deste tipo de processo. Mais adiante trataremos de alguns aspectos conceituais relacionados a esses processos.

Em termos de demanda em saúde mental, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2001), em todo o mundo, os transtornos mentais e neurológicos correspondem a 12% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY, em inglês), no ano 2000. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais graves (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves e deficiência mental com grave dificuldade de adaptação) na população é estimada em cerca de 3% (Brasil, 2005). Assim, os números apontam para uma demanda de cerca de cinco milhões de pessoas, que necessitariam de cuidados contínuos e intensivos em saúde mental. Além disso, cerca de 10-12% da população apresentaria transtornos menos graves, mas que também necessitam de algum cuidado em saúde mental (Brasil, 2005). Com relação ao uso de álcool e de outras drogas, em toda América Latina e Caribe, estima-se que ao menos 4,4 milhões de homens e 1,3 milhões de mulheres tenham sido afetados por transtornos relacionados ao uso de drogas, em algum momento de suas vidas (PAHO, 2009).

As relações entre demanda ampliada em saúde mental e suas repercussões para o desenho da política pública foram discutidas em detalhes em estudo anterior (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). Os normativos da saúde mental e o fatiamento da reforma psiquiátrica seriam movimentos adaptativos a esta demanda crescente e progressivamente definidas e justificadas (incorporando novas populações e/ou novas alternativas terapêuticas).

Como visto, a Lei 10.216/2001 é tomada como marco para análise de um novo ciclo da política. No entanto, esta lei é inespecífica quanto às clientela que devem ser objeto de proteção e quanto aos serviços preconizados. Dois anos após a sua promulgação, foi aprovada a Lei 10.708 de 2003, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para os pacientes egressos de internações psiquiátricas. Essa lei representou um avanço em termos de incentivo à ressocialização dos pacientes longamente internados.

O tema das drogas aparece na Lei 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Em 2007 é aprovada a Lei 6.117, de 22 de maio de 2007, que institui a Política Nacional sobre o Alcool, que lança mão do conceito ampliado de redução de danos, como norteador das políticas, em consonância com suas formulações originais (IHRA, 2009).

O Decreto 7.179, de 2010, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e determina o aumento do número de leitos para internação de usuários e a incorporação das comunidades terapêuticas à rede pública de assistência. Por fim, a Lei 12.339, de 2010, destina explicitamente recursos financeiros no âmbito do Plano Crack, sob a égide da Presidência da República.

Os aspectos mais importantes do cotidiano da implementação das políticas podem ser analisados à luz das portarias que as regulamentam e este será o foco analítico do estudo.

2-Aspectos Conceituais sobre Mudanças em Políticas Públicas

Decisões governamentais e o modo como as políticas são elaboradas e desenvolvidas são tratadas por diversas áreas de conhecimento como economia, administração, sociologia e ciência política e segundo um amplo leque de teorias, conceitos e ferramentas metodológicas. Um campo de natureza intrinsecamente multidisciplinar, como em linhas gerais é definido a análise de políticas (*policy analysis*), é de particular interesse para estudos sobre programas e políticas governamentais. Abordagem conhecida de Majone (1989) destaca o modo como evidências, valores e narrativas devem convergir de modo a compor um conjunto coerente de explicações e argumentos orientados ao convencimento de tomadores de decisões. A produção de análises orientadas a governantes e tomadores de decisões políticas possui fortes vínculos

com os mecanismos de decisões em si, em que pesem os esforços em delinear as fronteiras entre análises e estudos, que contam com uma ampla variedade de métodos e soluções de pesquisa.

A noção muito difundida de que a decisão política resulta principalmente da capacidade de liderança individual remonta à tradição maquiaveliana e se associa à percepção de que tais decisões são específicas de cada situação, dependem da vontade dos atores em meio a uma competição por ideias e, os resultados finais seriam altamente influenciados por análises de especialistas independentes.

No entanto, decisões políticas são frequentemente ambíguas, logo admitindo diferentes soluções. Modelos de análise distintos com premissas de cenários abertos, não sujeitos a padrões e de elevada incerteza são comumente formulados. Escolas baseadas na escolha racional (*rational choice*) operam a partir de premissas semelhantes e observam as instituições como resultados de sucessivas interações entre agentes. Ostrom (2005) define a teoria da escolha racional como base constitutiva e bem fundamentada para compreender e prever eventos em situações menos complexas como mercados com preços e informações bem estabelecidas. Para condições complexas como em diversas políticas, estas ferramentas são de uso limitado, embora assinale que o seu domínio deva fazer parte do treinamento básico do analista institucional.

Por outro lado, desenhos metodológicos centrados no papel das instituições como delimitadores de decisões individuais ou aqueles baseados na incapacidade do indivíduo em processar as informações necessárias - a conhecida formulação de Simon sobre a racionalidade limitada (*bounded rationality*) - desfrutaram nas últimas décadas crescente prestígio nas ciências humanas. Os processos decisórios ocorrem, frequentemente, em ambientes complexos onde seus agentes não conseguem compreender solidamente todas as alternativas e informações disponíveis e têm limites em perceber todas as consequências de seus próprios interesses. Percepções e valores se alteram especialmente quando se tratam de grandes temas políticos ou interfaces tecnológicas inovadoras.

Um dos aspectos mais importantes na análise de políticas se refere a identificar dinâmicas incrementais e os momentos da mudança política profunda. A busca por identificar padrões decisórios em políticas seja para fins descritivos ou de caráter preditivo, representa um tradicional desafio nas ciências políticas e econômicas. Ao

definir o ambiente decisório e os problemas e soluções envolvidos nas escolhas políticas como algo dotado de ambiguidades e de aspecto amorfo e desestruturado (*muddle through*), Lindblom (1959) delineou os limites da racionalidade e observou que as alternativas políticas no momento final da tomada de decisões tendem a se diferenciar na margem. Propôs um conhecido modelo incrementalista como solução pragmática de tomada de decisões. Lindblom se ancorou, talvez excessivamente, na pequena diferença entre os projetos dos dois grandes partidos políticos norte-americanos naquela época, o que não é tão nítido no quadro atual. De qualquer forma, sua abordagem incrementalista angariou influencia. O incrementalismo nas políticas enfatiza mudanças pequenas, com base no acordo dos atores e instâncias envolvidos no processo, evitando (ou, ao menos, minimizando) a insatisfação (e eventual veto) de opositores. A tomada de decisão é serial, e antigos problemas são trazidos à tona, à medida que demandas e novas abordagens são desenvolvidas para responder a eles, e, se possível, solucioná-los. Assim, mudanças profundas são possíveis, mas tendem a ocorrer através de pequenos passos (Lindblom,1980). Zahariadis (2003) utiliza outro termo para se referir a um processo semelhante que denomina “*Salami tactics*”, envolvendo um fatiamento estratégico de propostas de políticas, de forma a promover um acordo passo a passo com os tomadores de decisão.

Muitos outros autores desenvolveram modelos não baseados exclusivamente em escolhas racionais. A constatação de que decisões sobre problemas em organizações com estruturas mais difusas (anarquias organizadas) eram frequentemente adotadas fora do padrão racionalista, estimulou Cohen et al (1972) a formularem o conhecido modelo da “lata de lixo” (*garbage can model*). Neste modelo escolhas baseadas em escolhas racionais ou planejadas se mostram menos frequentes do que imaginado e condições nas quais agentes que possuem soluções buscam os problemas e não o contrário são frequentemente observadas.

O aspecto principal a ser ressaltado é que os processos decisórios costumam ser pouco estruturados. Alguns padrões, no entanto, podem ser observados e a busca por identificá-los facilita a produção de análises, recomendações e observação de tendências. Decisões são tomadas muitas vezes em ambientes institucionais delimitados e podem ser identificadas como ciclos realimentados envolvendo agendas e resultados (Howlett and

Ramesh, 2006). Por outro lado, modelos mais abertos ao ativismo societário, nos quais as etapas de formulação e decisão são precariamente delimitadas, como na formação de coalizões de defesa (*advocacy coalitions*) tem força explicativa para tais situações (Sabatier, P. and Jenkins-Smith, H., 1999). Coalizões deste tipo podem ser identificadas nitidamente em políticas do setor saúde no Brasil, como no caso do controle da epidemia de HIV/AIDS.

Por sua vez, para ambientes institucionais governamentais bem delimitados, onde políticos e especialistas coabitam o processo decisório com grupos de interesses e lideranças avulsas, teorias baseadas em fluxos decisórios, ação de empreendedores e oportunidades circunstanciais se mostram bastante atraentes (Kingdon, 2011). Formulada em ambiente federativo norte-americano, a teoria de múltiplos fluxos onde se destacam os papéis de agentes empreendedores e de janelas de oportunidades foi experimentada em outros ambientes institucionais (Zahariadis, 2003) e parecem promissoras para o estudo de políticas em nosso país. Majone (1989) discutiu os limites lógicos da aplicação dos métodos experimentais das ciências naturais aos estudos de fenômenos políticos em geral e na análise de políticas em particular. A análise de políticas, ao utilizar os dados e as informações disponíveis conforme cada situação deve produzir o convencimento segundo a capacidade do analista em construir um argumento sólido e persuasivo.

Em resumo, em nosso estudo adotamos a noção de que instituições possuem centros decisórios, normas e práticas razoavelmente consistentes. Isto serve de base para o desenho do ambiente institucional no qual os conflitos, problemas e soluções se apresentam. A identificação das instituições e núcleos dinâmicos e o modo como problemas e soluções são difundidos no governo e a circulação de agendas e alternativas representa a etapa inicial para compreender o desenvolvimento das políticas de saúde mental no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

Processos incrementais podem refletir dinâmicas subjacentes tais como processos de tentativa e erro, conflitos normativos e vetos cruzados. No caso do setor saúde, estes processos são habitualmente observados em momentos de ruptura e de mudança política. Isto é o que caracteriza as reformas do tipo *big-bang* (Klein, 1995; Ham, 1988), a partir da qual se abre um longo período de caráter incremental. Com relação ao nosso estudo, a Lei Paulo Delgado (10.216/2001) representa a consolidação desta reforma radical e os

processos que se seguiram, aqui analisados, corresponderiam ao caráter incremental do processo.

3-Material e Métodos

Nosso estudo sobre o desenvolvimento institucional das políticas de saúde mental no sistema público de saúde brasileiro envolveu principalmente a análise dos documentos considerados normativos da organização do setor e entrevistas com dois especialistas atuantes em políticas de saúde mental nos últimos dez anos. Os dados referentes ao desempenho do setor não foram aqui tratados e estão remetidos a referências de nossos estudos anteriores e de autores relevantes.

Na parte de pesquisa documental, foram analisados normativos oficiais na forma de leis, portarias e diretrizes oficiais do Governo Federal. Os principais documentos sobre as políticas governamentais e as principais leis foram obtidos nos sites do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Observatório Brasileiro sobre Drogas (OBID). No total foram selecionadas quatro leis e dois decretos.

Para a seleção de documentos normativos, os quais aparecem na forma de Portarias Ministeriais, utilizamos o mecanismo de busca eletrônico *Saúde Legis* (sistema de legislação em saúde), disponibilizado no site do MS. Foram considerados todos os documentos de abrangência federal, publicados a partir da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 até o período da pesquisa realizada ao longo de janeiro de 2012. Foram descartadas todas as portarias consideradas de baixa relevância para a política analisada, como as que faziam referência à habilitação ou reclassificação de serviços específicos, instituía grupos de trabalho ou comissões, além daquelas que mencionavam a saúde mental de modo acessório. Também foram excluídos documentos que homologavam processos seletivos e prorrogação de prazos, além de portarias revogadas ou substituídas.

Utilizamos os seguintes descritores para a busca de documentos: “mental”, “álcool [e outras drogas]”, “psiquiátrico”, “psiquiatria”, “psicossocial”, “hospital dia”, “crack”, “comunidades terapêuticas”, “residência terapêutica” (alternativamente o termo serviço residencial terapêutico), “casa de acolhimento transitório” e “NASF (Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família)”. Foram encontradas 130 portarias por meio do

citado mecanismo de busca *Saúde Legis*. Analisamos os temas predominantes e as normas vigentes mais relevantes em cada um. Portarias revogadas ou substituídas foram excluídas, assim como as que não possuíam conteúdo relevante na descrição das políticas.

Seguindo o critério de inclusão descrito, um total de vinte portarias foram selecionadas e classificadas segundo os seguintes temas: internação psiquiátrica, serviços comunitários extra-hospitalares, suporte e reabilitação e álcool e outras drogas. Esses temas, que representam eixos observados no desenvolvimento da política foram selecionados após minuciosa leitura dos documentos normativos e após combinarmos estes conteúdos com os eventos mais relevantes do desenvolvimento da política de saúde mental no país. A agenda política da Reforma Psiquiátrica enfatizou, em seu início, o controle das *internações psiquiátricas* seguido pela criação de *serviços comunitários extra-hospitalares*. A criação de mecanismos financeiros de *suporte e reabilitação* para os pacientes e seus familiares se mostrou necessária para viabilizar o processo de fim dos manicômios. Por fim, identificamos a recente emergência da agenda política de *álcool e outras drogas*, que trouxe à tona antigos conflitos sobre a institucionalização ou não dos pacientes psiquiátricos.

Com relação às entrevistas, foram selecionados dois informantes chave para entrevistas de profundidade, ambos com experiência de mais de dez anos e relevância reconhecida no ambiente institucional da política pública relacionada à saúde mental. O primeiro entrevistado, Pedro Gabriel Godinho Delgado, ocupou por longo período posições centrais em termos de decisões no MS e este período foi simultâneo à implementação das políticas decorrentes da reforma psiquiátrica e da Lei Paulo Delgado. O segundo entrevistado, Paulo Roberto Fagundes da Silva, foi diretor também ao longo período de uma das principais unidades públicas de internação de portadores de transtornos mentais e de serviços de desospitalização na forma de residências terapêuticas. As entrevistas foram realizadas em março de 2012 no local de trabalho dos entrevistados e após transcritas e, sob autorização dos entrevistados, são aqui utilizadas na forma de comunicação pessoal.

O roteiro das entrevistas foi planejado de modo a tratar dos eixos identificados a partir da pesquisa documental. Os quatro eixos nomeados anteriormente foram saturados no roteiro e aqui tratados como a agenda política do MS nos últimos dez anos.

4-Resultados e Análise: Incrementalismo e Mudança Política de SMAD

Em termos da periodicidade e ênfase nas normas, podemos dividir a publicação das Portarias em quatro fases distintas. A primeira, abrangendo os anos de 2001-2002, se refere basicamente ao desestímulo do financiamento para hospitais psiquiátricos de grande porte e à estruturação da rede psicossocial de atenção em saúde mental. Na segunda fase, que tem lugar entre os anos 2003-2004, o movimento mais marcante é a expansão de clientelas da rede de saúde mental, com destaque para a criação e regulamentação de serviços de atenção aos usuários de drogas e crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Na terceira fase, entre 2005-2008, alguns ajustes são normatizados, como a reconfiguração dos serviços residenciais terapêuticos que passam a compor a rede de atenção psicossocial e a regulamentação do atendimento para usuários de drogas nos CAPS I. Finalmente, na quarta fase (atual), entre 2009-2011 é marcante a emergência da agenda das drogas e da atenção ao uso de crack, especificamente.

A análise do vasto material documental que inclui os normativos da política de saúde mental corrobora alguns dos elementos centrais da política de saúde assinalados anteriormente. O principal elemento que se destaca é que, após a alteração profunda secundária ao novo marco legal representado pela Lei Paulo Delgado, uma série de decisões políticas adquiriram um caráter nitidamente incremental. O incrementalismo aqui diz respeito a um conjunto aditivo de serviços, beneficiários e clientelas específicas, implantados e incluídos ao longo do tempo.

Uma questão relevante deve ser formulada quanto a normativos recentes relativos ao acolhimento preconizado em instituições não hospitalares, os quais poderiam representar um retrocesso com relação às políticas e marcos de desinstitucionalização, muito presentes nos primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil.

Um total de 21 portarias foi detalhadamente analisado e classificado em 4 grupos temáticos segundo itens relevantes da política de saúde mental. Em linhas gerais, as principais mudanças aqui analisadas nos tópicos e quadro a seguir incluem:

- Definição de beneficiários e titulares de direitos (ex. auxílio reabilitação);
- Definição de clientelas específicas, como no caso da ampliação da rede CAPS para atenção a álcool e drogas e crianças e adolescentes;

- Ampliação do conceito de rede substitutiva para rede de assistência em saúde mental, álcool e drogas, incluindo os serviços hospitalares e a rede básica (através dos NASF);

- Amplia os serviços de internação não-hospitalares (serviços residenciais terapêuticos, inicialmente), incluindo outros dispositivos como as CAT (casas de acolhimento transitório) e as comunidades terapêuticas;

- Mais recentemente, a oferta de serviços em álcool e drogas foi ampliada, com foco no manejo dos usuários de crack, integrando políticas multi-setoriais, algumas com comando externo ao MS.

Além destes temas centrais, alguns tópicos devem ser vistos como indicativos de problemas comuns ao conjunto das portarias aqui analisadas, tais como: (i) defasagem entre incentivos financeiros previstos e custos reais dos serviços; (ii) delegação de oferta de serviços a entes subnacionais com capacidades heterogêneas; (iii) diluição das transferências em meio a tetos financeiros locais; e (iv) preconizada articulação intersetorial (de eficiência variável em termos locais). A seguir analisaremos cada um dos temas destacados na forma de agendas específicas de políticas.

Quadro 1

Políticas	Expansão de serviços e benefícios – 2002 - 2012						Padrão
Internações Psiquiátricas	2002		2009		2012		Mantem internação psiquiátrica, amplia o escopo para hospitais gerais e o controle das internações
	Pt 251 Internações em hospitais psiquiátricos	Pt 2391 Internações involuntárias	Pt 2629 Internações em hospitais gerais		Pt 148 Serviços de Referência em hospitais gerais		
Serviços Comunitários Extra-hospitalares	2002		2003	2010	2011	2012	Expansão como alternativa da assistência hospitalar e especialização progressiva dos CAPS
	Pt 336 CAPS e rede comunitária para transtornos graves		Pt 1947 Expansão dos CAPSi	Pt 2843 NASF III em RAP de pequenos municípios	Pt 3089 Financiamento dos CAPS segundo porte dos municípios	Pt 130 CAPSad III 24 hs para grandes municípios	
Suporte e Reabilitação	2003			2011		2012	Serviços substitutivos à assistência hospitalar em termos de abrigo e de suporte social
	Pt 2077 Auxílio-reabilitação para desospitalizados			Pt 3090 Serviços Residenciais Terapêuticos		Pt 132 Geração de renda em RAP	
Álcool e Outras Drogas	2004	2005	2010	2011	2012		Presença tardia na agenda setorial, assume protagonismo recente e diversifica serviços
	Pt 2197 Serviços em AD, suporte social e PRD	Pt 1059 Redução de danos em CAPSad	Pt 1190 PEAD, comunidades terapêuticas e PRD Pt 4132 CAT e Plano Crack	Pt 3088 RAP em AD	Pt 121 Unidade de Acolhimento admitindo-se a provisão de serviços por entes privados	Pt 131 Comunidades terapêuticas em AD	

3.1-Internações Psiquiátricas

O primeiro conjunto de portarias apresentado no Quadro 1 trata da regulamentação da assistência hospitalar, seguindo-se à aprovação da Lei 10.216. As internações psiquiátricas se situam, como visto, na origem da reforma psiquiátrica na forma de luta antimanicomial. O que se seguiu após a aprovação da referida lei foi uma tentativa progressiva de regulamentar esse tipo de internação. A Lei Paulo Delgado não foi se fixou apenas em objetivos sanitários e sim na garantia de direitos, e contou com uma posição unificada do MS para sua aprovação (Delgado, 2012). Em que pese fragilidades da implementação da política antimanicomial, o quadro de descaso, desumanização e má qualidade dos serviços foi enfrentado com relativo sucesso pelas políticas que se seguiram à Lei (Fagundes, 2012).

A primeira norma apresentada, a portaria 251 de 2002, é publicada em um ambiente favorável ao movimento de desinstitucionalização, o qual, apesar de preservar a

figura do hospital psiquiátrico especializado e de grande porte, estabelece critérios de avaliação como um marco inicial na definição de padrões mínimos de qualidade nos serviços de internação em saúde mental. No entanto, esta portaria trata de avaliação de resultados e restringe os serviços a estabelecimentos da administração direta.

Publicada ao final do mesmo ano, a portaria 2.391 se concentra na regulamentação de aspectos legais referentes à internação psiquiátrica, padronizando procedimentos decorrentes da Lei 10216/2001, em termos de prestação de contas. Essa portaria consolida alguns dos principais avanços da reforma psiquiátrica e define tipos de internações psiquiátricas e procedimentos, com foco nas internações involuntárias.

Em 2009, é atualizado o financiamento das internações psiquiátricas em hospitais gerais e em serviços de emergência, por meio da portaria 2.629, a qual, embora não se ocupe da adaptação de instalações e serviços à demanda em saúde mental, traz avanços quanto à ampliação do acesso. Incentiva internações de curta duração e integra os serviços de urgência e emergência à rede de atenção psicossocial. Essa portaria reflete, em parte, a adesão do Brasil ao programa global preconizado pela OMS (WHO, 2010). No caso brasileiro, a questão da escassez de serviços se combina ao debate acerca da integração da clientela em saúde mental aos serviços de saúde em geral.

Reconhecida como a mais recente norma que regula os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, a portaria 148 de 2012, amplia o escopo da atenção hospitalar em SMAD, com destaque para transtornos relacionados ao uso de crack, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens. Define o hospital geral (público ou sem fins lucrativos) como preferencial sem, no entanto, explicitar restrições aos hospitais lucrativos. Essa portaria está relacionada ao movimento de revalorização do componente hospitalar na atenção à saúde mental, promovido pela emergência das drogas como prioridade na agenda.

Quanto ao tema das internações psiquiátricas, constatamos que houve uma expansão de modalidades de serviços de internação, especialmente os hospitais gerais. Os hospitais de menor porte passaram a ser priorizados, em detrimento dos hospitais de grande porte. O caráter incremental é nítido, as normas se concentram inicialmente na regulamentação dos serviços já existentes. Posteriormente, houve uma diversificação dessas internações para os hospitais gerais. Também foram reforçados os serviços de

referência hospitalar para portadores de transtornos mentais. Quanto à periodicidade dessas portarias, notamos que o processo normativo consolidado no ano de 2002 só é retomado a partir de 2009. Isto sugere uma demanda de complementação hospitalar à rede comunitária, especialmente no caso dos pacientes mais graves.

3.2-Serviços comunitários extra-hospitalares

Os CAPS representam a principal inovação no universo da reforma psiquiátrica. Depois do combate aos manicômios e às internações involuntárias, a ampliação da rede CAPS se tornou o principal objetivo das políticas de SMAD. A primeira portaria estruturada sobre esta rede foi a 224 de 1992. Como assinala Fagundes (2012) esta é a portaria precursora deste projeto, sendo a primeira a regulamentar as atividades dos NAPS/CAPS, além de definir a atenção hospitalar, através da figura do hospital dia e dos serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral. Isto é reforçado pelas próprias características do período, onde inovações locais representavam a base para as normatizações da política. A Portaria 224 deve ser ressaltada como um marco, apesar de não estar contemplada entre as portarias selecionadas, por ser anterior à aprovação da Lei Paulo Delgado.

No **Quadro 1**, a agenda dos Serviços Comunitários Extra-hospitalares mostra a consolidação da rede de CAPS. Sua expansão acompanhou o processo de desospitalização e substituição dos leitos de internação por serviços abertos, de base territorial e comunitária, com a proposta de cuidados em saúde mental em seus diversos graus de intensidade. Ao mesmo tempo, através da análise das normas, podemos observar que os CAPS foram, gradativamente, se especializando e adicionando novas clientela sob seu cuidado.

Foi a portaria 336 de 2002 que desencadeou a consolidação da reforma em termos de uma rede extra-hospitalar. Esta portaria normatiza o funcionamento de uma rede especializada segundo clientela na forma de CAPS III, CAPS ad e CAPS i. O que se viu em seguida foram estratégias de consolidação do novo modelo de modo fatiado segundo as condições políticas de cada momento (Delgado, 2012). Os limites a esse crescimento são de ordem financeira e de disponibilidade de profissionais. Isto levou o MS a definir

em bases mínimas as equipes dos CAPS para viabilizar em termos nacionais a expansão destes serviços (Delgado, 2012).

Em seguida, a portaria 1.947 de 2003, estabeleceu um plano estratégico de expansão dos CAPS destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, os CAPS i. Isto representa uma ampliação do escopo original dos CAPS para casos mais graves entre grupos específicos.

Após algum tempo e já sob a influência do protagonismo das drogas na agenda da saúde mental, a Portaria 2.843 de 2010 amplia o escopo da rede atenção básica para a saúde mental com foco em álcool, crack e drogas, sendo orientada a pequenos municípios. A referência de serviços é o CAPS ou a própria unidade hospitalar, na falta deste.

No ano seguinte, a Portaria 3.089 de 2011, atualiza os valores para os incentivos financeiros e os recursos são incorporados ao teto de média e alta complexidade dos Estados e, assim, podem não ter efeito caso a produção geral supere o teto.

Reforçando o protagonismo das políticas de crack, álcool e outras drogas na agenda do MS, a Portaria 130 de 2012 trata de CAPS ad III em regime de 24 horas. A equipe mínima com teto de 60 usuários por turno inclui apenas um médico psiquiatra e um clínico e envolve uma série de profissionais não médicos, preservando o caráter restritivo assinalado.

Os problemas de financiamento parecem cruciais neste modelo, como reflexo da própria política pública representada pelo SUS. Apenas municípios com maior capacidade fiscal ou forte adesão política ao modelo podem fazer frente às necessidades de contrapartidas locais. Isto pode originar um sistema desigual e carrear clientelas de regiões desprovidas de serviços para aqueles de maior qualidade.

3.3-Suporte e Reabilitação

Quanto às normas relacionadas às diversas formas de abrigamento, reabilitação e benefícios em saúde mental, nossa análise verificou que esses serviços têm sido ancorados às normas sobre internação, o que faz sentido devido ao seu caráter complementar. Esses serviços são orientados às estratégias de desospitalização, em um primeiro momento, de modo a evitar internações indiscriminadas e de se ajustar a redução planejada de leitos. No entanto, como destaca Fagundes (2012) a insuficiência da

oferta de serviços na modalidade residência terapêutica foi uma lacuna no desenvolvimento da política de desospitalização e continua representando uma fragilidade para sua evolução. A relevância da residência terapêutica é tão marcante que Delgado (2012) considera a influência britânica nesse ponto superior a da reforma italiana no processo brasileiro.

A Portaria 2077 de 2003 trata do auxílio reabilitação psicossocial para egressos dos hospitais beneficiários no programa "De Volta para a Casa", conforme descrito no **Quadro 1**. Há clara definição do município como agente do programa neste caso, que deve acompanhar o representante legal do beneficiário e garantir a qualidade do programa. O programa é supervisionado pelo MS através de uma comissão e as funções do nível estadual são residuais.

Após alguns anos é publicada a Portaria 3090 de 2011, atualizando incentivos financeiros para serviços residenciais terapêuticos para fins de desospitalização e reinserção social dos longamente internados em hospitais psiquiátricos ou de custódia. A implantação ocorre através dos Estados, DF e Municípios. Esta portaria se destina a atualizar valores e reforçar a importância desses serviços para o processo de desospitalização.

Mais recentemente publicada, a Portaria 132 de 2012 trata de incentivos financeiros para o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial, incluindo geração de trabalho e renda. A norma estipula condicionalidades para o recebimento do recurso, em parcela única, não especificando quais entes federados estão aptos a receber e gerir o recurso. Não há um custeio mensal das ações o que pode significar um indutor frágil para o programa.

Analisando a evolução destes serviços, dois aspectos chamam a atenção. Primeiro, há indícios de uma entrada da agenda social na saúde mental, uma vez que esses programas têm evidente caráter multidisciplinar e intersetorial, especialmente as áreas de assistências e desenvolvimento social. O segundo, é que ao se disseminar esses serviços baseados em abrigo e, em certos casos, de caráter involuntário, há uma renovação das práticas de institucionalização destes usuários. Neste caso, aspectos associados à qualidade são cruciais, de modo a preservar os ganhos obtidos com a implementação da agenda antimanicomial.

3.4-Álcool e outras drogas

No caso das normas orientadas à atenção em álcool e outras drogas, é possível observar que o tema surgiu mais tardiamente na agenda da saúde mental. No entanto, após 2010 a aprovação de normas nessa área se intensificou, revelando o protagonismo do tema em anos mais recentes. Também é evidente o movimento de diversificação de serviços e orientações preconizados pelas portarias. A emergência da agenda de álcool e drogas dá relevância a estratégias de redução de danos no plano terapêutico, por sua vez, o foco recente no combate ao crack se contrapõe a alguns dos principais fundamentos relacionados à política de saúde mental quanto à institucionalização dos pacientes (Delgado, 2012).

Como descrito no **Quadro 1**, a Portaria 2197 de 2004 trata da atenção em álcool e drogas e institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas com quatro componentes: atenção básica; atenção em CAPS ad e ambulatórios; hospitais de referência e urgência/emergência; e rede de suporte social. Também inclui o uso de estratégias de redução de danos. Sob o uso genérico típico do setor, a atenção integral implica no uso de instalações gerais do SUS, para além do CAPS ad (para casos especializados).

A Portaria 1059 de 2005 trata de políticas de redução de danos vinculadas aos CAPS ad, de seu financiamento e define as transferências para Estados e Municípios. Os programas devem estar orientados principalmente às clientela fora da assistência regular.

A Portaria 1190 de 2009 define o PEAD 2009-2010. Este plano emergencial é orientado a conter uma suposta epidemia em álcool e drogas e concentra as ações previstas nos 100 municípios de maior porte e capitais, focando em crianças e adolescentes vulneráveis além de enfatizar sinergias mediante ações interministeriais. A portaria consolida o protagonismo recente da agenda de álcool e drogas. Destaca a lacuna assistencial do SUS para estes grupos, enquanto o programa se assenta em rede já definida na saúde mental e na proposta de uma maior articulação intersetorial. Os recursos financeiros seguem pela Tabela SUS e não há definição de incentivos adicionais..

A Portaria 4132 de 2010 estabelece recursos para o financiamento de implantação e custeio de Casas de Acolhimento Transitório (CAT), em Estados e Municípios. A

norma descreve a gestão dos serviços vinculados a uma rede integrada de saúde e assistência social, no entanto, não existem evidências do funcionamento de serviços operando de forma a integrar tais setores. O CAT, assim como as demais políticas normatizadas no âmbito do Plano Crack, está vinculada a um recurso “extra-teto” (como se diz no jargão dos dirigentes), de caráter emergencial.

A Portaria 3088 de 2011 trata da Rede de Atenção Psicossocial em crack, álcool e drogas. Define a rede em seus diferentes serviços, nomeando os já existentes e incorporando os serviços gerais do SUS (atenção básica e hospitalar). Resolve questões em aberto no debate setorial acerca do uso compartilhado dos serviços gerais do SUS para a clientela de transtornos mentais.

A Portaria 121 de 2012 institui as Unidades de Acolhimento no contexto das CAT com especificidade aos usuários de crack e outras drogas como equipamento residencial (adulto ou infantil). São implantadas por entes federados e podem ter parceria com Organizações Sociais (OS). As OS surgem pela primeira em uma norma da saúde mental o que reflete a necessidade de adaptação contínua e acelerada do sistema público à demanda crescente. A adoção de serviços não exclusivamente pertencentes a administração direta tem sido observada mais recentemente para o funcionamento dos CAPS, como no caso das OS no município do Rio de Janeiro. Esta portaria também menciona, pela primeira vez, o mínimo de qualificação profissional em pós-graduação na atenção em saúde mental.

A Portaria 131 de 2012 trata de Serviços em Regime Residencial e Comunidades Terapêuticas para usuários de álcool e drogas. Institui incentivos financeiros para atenção e inclui as comunidades terapêuticas vinculadas aos CAPS. A portaria trata, como outras, de necessidades gerais decorrentes do uso de álcool e drogas ilícitas, em vez de focar na dependência estrita. As comunidades terapêuticas não representam um consenso na comunidade política da reforma psiquiátrica e em muitos casos são vinculadas a organizações religiosas e com foco na abstinência.

A Portaria 122 de 2012 trata de Equipes de Consultório de Rua. Define as diretrizes para organização e funcionamento destas equipes. Busca pulverizar a atenção à população de rua, privilegiando o acesso, embora existam questões sendo levantadas quanto à sua capacidade resolutiva. Trata-se de uma estratégia adotada inicialmente em

Salvador, para a atenção aos usuários de drogas, mas foi ampliada pelo Ministério para atender diversos problemas de saúde em população de rua.

Afora itens relacionados em tópicos anteriores, o fortalecimento da agenda de álcool e drogas, com a ênfase no caso do crack, deve fortalecer a competição por recursos escassos do sistema e os resultados dependem fortemente do desempenho de políticas fora do setor saúde. Há também questões a serem levantadas relacionadas aos serviços de suporte à população dependente e suas possíveis repercussões relacionadas ao elevado grau de institucionalização destes usuários em função das internações involuntárias. Discutiremos isso no próximo tópico, mas lembrando que este foi um tema presente desde a origem do movimento da reforma psiquiátrica (Fagundes, 2012).

4-Considerações Finais

Após a pesquisa que realizamos sobre a legislação que repercute sobre as políticas de SMAD e o extenso número de portarias do MS a elas relacionadas, observamos um evidente quadro caracterizado por quatro agendas principais de caráter sucessivo e cumulativo. Estas agendas foram caracterizadas por soluções apresentadas para problemas objetivos decorrentes da mudança política no entorno da Reforma Psiquiátrica no Brasil e desenvolvidas a partir da Lei 10.216 de 2001. Trataram de internações psiquiátricas, os CAPS, o suporte social e reabilitação e as políticas de álcool e outras drogas.

Vimos que em termos de períodos de elaboração das normas se observam quatro fases bem delimitadas quanto ao desenho institucional da política. A fase inicial abrangeu os dois primeiros anos após a Lei Paulo Delgado e tratou de desincentivar a operação de hospitais psiquiátricos de grande porte. Para isto criou obstáculos legais às internações não voluntárias e determinou a formação de uma rede de serviços de atenção em saúde mental de caráter comunitário e substitutivo. Na fase seguinte (2003-2004) o movimento mais marcante foi a expansão do público alvo da política de saúde mental, o que implicou na criação de serviços especializados para os usuários de drogas e crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Em seguida (2005-2008) alguns ajustes relacionados a serviços já existentes foram realizados. Em especial a reconfiguração dos serviços residenciais terapêuticos que passaram a compor uma Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS). Isto foi acompanhado de políticas de geração de renda e de suporte social e financeiro aos pacientes e seus familiares. Por fim, desde 2009, é marcante a emergência da agenda de álcool e outras drogas, com a recente ênfase aos usuários de crack, especificamente.

Estes últimos acontecimentos trouxeram à tona o antigo debate da Reforma Psiquiátrica sobre a crítica da institucionalização dos pacientes psiquiátricos. Com isto soluções têm sido apresentadas pelo MS, em termos de ampliação do número de leitos hospitalares, e por entidades civis especialmente religiosas em termos de ampliação das chamadas Comunidades Terapêuticas (CT). Estas CT envolvem, além de longos períodos de isolamento, práticas terapêuticas conflitantes com o modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica e que foi adotado amplamente pelo setor público brasileiro.

Desenvolvimentos recentes no âmbito do MS tem apontado para a busca de uma mínima convergência entre estes dois modelos. Isto se dá em parte pelo problema assinalado da escassez de recursos financeiros e de serviços em saúde mental frente à demanda observada e cada vez mais ativa politicamente (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011). As possibilidades de uma articulação mais sólida entre a rede pública e a ampla gama de CT desenvolvidas na sociedade parecem frágeis na medida que implicam em ampliar a regulação governamental sobre estas atividades. As entidades de caráter religioso se mostram refratárias a este movimento. Evidências nesta direção tem sido obtidas por estudos que estamos desenvolvendo e pelo fato da última chamada do MS para prestação de serviços de CT ao SUS terem resultado em reduzido número de instituições interessadas.

As principais mudanças aqui analisadas se deram em torno de (i) definição de beneficiários e titulares de direitos a portadores de transtornos mentais, na forma de auxílios financeiros; (ii) definição de clientelas específicas, como no caso da ampliação da rede CAPS para atenção a álcool e drogas e crianças e adolescentes; (iii) ampliação do conceito de rede substitutiva para rede de assistência em saúde mental, álcool e drogas, incluindo os serviços hospitalares e a rede básica; (iv) expansão dos serviços de internação extra-hospitalares (serviços residenciais terapêuticos, inicialmente), incluindo outros dispositivos como as CAT (casas de acolhimento transitório) e as comunidades

terapêuticas; (v) A oferta de serviços em álcool e drogas foi ampliada, com foco no crack, integrando políticas multi-setoriais, algumas com comando externo ao MS.

A evolução dessa agenda e o modo como as inovações foram sendo implementadas ao longo do tempo, configuram um quadro típico de incrementalismo pelo qual as mudanças têm caráter aditivo e experimental. Nesse ambiente, a política se consolida por meio de êxitos pontuais ao longo de sua implementação. A difusão nos meios acadêmicos, pela imprensa, por partidos políticos e membros do executivo local, funciona como elemento de legitimação das soluções propostas e para a sua passagem para o arcabouço institucional da política comandado pelo MS.

Questões relevantes à sustentabilidade e ao próprio sucesso das políticas de SMAD se relacionam a temas tradicionais da política de saúde e às características do sistema público brasileiro. De um lado, temos o ambiente de restrição de recursos que pode impor uma lógica de racionamento e restrição na expansão dos serviços (Ribeiro, 2009). Por outro lado, existe o clássico problema da focalização versus universalização dessas políticas (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). Esse é um problema especialmente grave em saúde mental, devido à amplitude das demandas e ao caráter especializado da abordagem de condições clínicas consideradas prioritárias.

Referências Bibliográficas

Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2004; 40(4):471-479.

Brasil, 1988. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. 1994. II Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília : 1992. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Brasil, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM, 2002. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Legis. Site: www.portal2.saude.gov.br/saudelegis

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. CEBRID-I. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID); 2001.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. CEBRID-II. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2005.

Cohen, D; March, JG; Olsen, JP. A Garbage Can Model of organizational choice. Administrative Science Quarterly, vol. 17, no. 1, 1972, pp. 1-25.

Delgado, PGG. Entrevista concedida em março de 2012.

Fagundes, PR. Entrevista concedida em março de 2012.

Ham, C (ed.). Health care reform: learning from international experience. London: Open University Press, 1998.

International Harm Reduction Association (IHRA). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. 2009. (Disponível em: <http://www.ihra.net>)

Kingdom, JW. *Agendas, alternatives, and public policies*, 2nd. Edition. Boston: Longman, 2011.

Klein, R. *The new politics of the NHS*. Longman Group: Essex, 1995 (3rd edition).

Lindblom, CE. The science of “Muddling Through”. *Public Administration Review*, vol. 19, no. 2, 1959, pp. 79-88.

Lindblom, CE. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1980.

Majone, G. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. Yale University, 1989.

OMS, 1990. *Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

Ostrom, E. *Understanding institutional diversity*. New Jersey: Princeton University Press, 2005

Panamerican Health Organization (PAHO). *Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach*. Washington DC: Panamerican Health Organization; 2009.

Ribeiro, JM. UHS development and hospital services rationing. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3):771-782, 2009.

Ribeiro, J.M., Inglez-Dias, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011.

Sabatier, PA; Jenkins-Smith, H. The advocacy coalition framework. In Sabatier, PA (ed.). *Theories of the policy process*. Colorado: Westview Press, 1999, pp: 117-166.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2010*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2010.

World Health Organization (WHO). *Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Report; 2001.

World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2005. Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.

World Health Organization (WHO). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.

Zahariadis, N. Ambiguity and choice in public policy: political decision making in modern democracies. Washington, DC: Georgetown University Press, 2003.

Legislação

Brasil. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

Brasil. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF.

Brasil. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF.

Brasil. Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF.

Brasil. Lei 12.339, de 26 de novembro de 2010. Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 1.978.448.870,00, para os fins que especifica. Brasília, DF.

Portarias

Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto

na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

PORTARIA Nº 2.629, de 28 de outubro de 2009. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.

PORTARIA Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

PORTARIA Nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e ambulatorial no âmbito da saúde mental.

PORTARIA/GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II).

PORTARIA Nº 1947/GM, de 10 de outubro de 2003. Aprova Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, e destina recursos para a implantação dos CAPSi em municípios estratégicos.

PORTARIA Nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.

PORTARIA Nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.

PORTARIA nº- 3.089, de 23 de dezembro de 2011 Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

PORTARIA Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

PORTARIA Nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

PORTARIA Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

PORTARIA Nº 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA Nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

PORTARIA Nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

PORTARIA Nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

PORTARIA Nº 4.132, de 17 de dezembro de 2010. Estabelece recursos a serem disponibilizado aos Estados e Municípios destinados a implantação e custeio das Casas de Acolhimento Transitório -CAT.

PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro 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 Sistema Único de Saúde.

PORTARIA Nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

PORTARIA Nº 131, de 26 de janeiro de 2012 Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

PORTARIA Nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Anexo 4

Capítulo publicado: “Policy Analysis and governance innovations in the federal government”

FIVE

Policy analysis and governance innovations in the federal government

José Mendes Ribeiro and Aline Inglez-Dias

Introduction

This chapter analyses how the planning and budget area of the Brazilian federal government goes about the process of identifying issues, setting agendas and conducting internal and external discussions about policy solutions. We address the main features of the production of policy analysis and policy alternatives as employed by the federal government, using the case of the Ministry of Planning, Budget and Management (Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; MPOG), chosen because of its institutional role in strategic coordination of the state apparatus and its acknowledged political weight within the public administration.

Our study is based on the collection and analysis of documents produced by the MPOG and available on its official site in May 2011. Results indicate that the most prevalent issues related to public sector reform, governance innovations and efficiency and transparency in the federal public sector, all of which are subjects closely associated with the familiar debate on state reform. Many of the discussions in the analysed documents were, however, characterised as dealing with the revitalisation of the state or, in most cases, administrative reform.

It is worth underscoring that our document set was drawn from a period that coincided with the political environment of sharp polarisation among the leading parties that has characterised recent administrations (addressed in other chapters of this book). In this regard, the discussion of alternatives on the MPOG's predominant agenda provides valuable clues about how policy analyses and their internal and external diffusion are processed by one of the key ministries within Brazil's central government.

An examination of this set of documents suggests that authors holding more powerful decision-making positions often produce analyses and solutions that are patently incremental in nature, implying a lower political cost. In contrast, documents produced by authors from intermediate echelons or at a remove from the decision-making centre put forward ideas that entail profound changes, admitted as issues by major decision-makers. Accordingly, documents produced by authors more distant or absent from the power centre deal in solutions with a higher political cost, such as asset reform and financing and provision split.

This picture is consistent with the widespread perception among policy analysts and scholars that politicians and government staff produce alternatives that minimise conflict and are intended to solve issues on the policy agenda only partially. Step-by-

step approaches, piecemeal solutions and the diffusion of successful cases hold sway in the technical culture in Brazil, as illustrated in most of the chapters of this book.

This chapter highlights elements of the policy decision-making process, with the intention not of validating or developing a theoretical model, but rather of clarifying some crucial aspects in the case of the Brazilian federal government. Our discussion explores the mechanisms for circulating ideas, the dynamic centres where debate is fostered and where ideas are captured, the activities of senior staff and outside partners, predominant issues, and approval by the upper echelons. Other elements are likewise examined, albeit more superficially, such as issues related to governance and government–society networks.

We begin with a brief discussion of some concepts relevant to policy analysis. We then examine the MPOG's institutional structure and the debate on administrative reform in Brazil. The main results of our document analysis are presented in the form of policy alternatives. In our conclusion, we draw relations between issues, MPOG sectors and the repercussions of policy analyses and studies that are disseminated in the formation of a reform agenda.

The policy decision-making process and policy analysis in support of government decisions

A variety of knowledge fields, each with its own distinct goals, address policy decisions, from philosophy and political science to multidisciplinary approaches encompassing economics, administration, sociology and anthropology, along with subdivisions or combinations of these disciplines. The production of policy analyses for the use of government leaders or political decision-makers has much to do with decision-making mechanisms themselves, notwithstanding efforts to outline the boundaries between analyses and studies, characterised by a wide range of research methods and solutions.

The consolidated notion that the policy decision-making process is primarily an outcome of individual leadership skills can be traced particularly to Machiavelli. Viroli (2000), in his classic biography, emphasises how Machiavelli represented a break with the classical tradition, which saw the alleged good ruler as applying ideal principles of ethics, irrespective of any impact his choices might have on the protection and development of his people. To the contrary, virtuous decisions by leaders involve conflicts among individual and collective interests, whose solutions do not stem solely from atemporal moral principles, but rather from the strategic calculations associated with each type of interest and goal. Individual plans and the strategic plans of rulers are viable and sustainable depending upon the conflicting interests and expectations of different collectivities. This kind of approach fits with a number of traditions in political studies, where we find elements of classical liberalism like ad hoc decision-making, the primacy of actors' will, the competition over ideas and the individualism that has pervaded the utilitarian, teleological tradition in human sciences.

The notion that the policy decision-making process is extremely complex and diversified favours models of analysis where decision patterns are fragile or non-existent. Approaches centred on individual, rational calculation are thus more appropriate when it comes to understanding processes and to identifying tendencies in these environments of high uncertainty. At the same time, a number of methodological designs centred on the role of institutions in constraining individual choices, or designs

based on an individual's inability to process the necessary information (bounded rationality), have enjoyed growing prestige in the human sciences in recent decades.

The notion that decision processes often take place in complex environments where their agents are unable to fully comprehend all the available alternatives and information and are limited in their ability to perceive the consequences of their own interests seems well entrenched. Furthermore, interests, information and institutional environments differ when one analyses problems across time. Perceptions and values change, especially when one is dealing with major political issues.

A number of analysts have tried to identify some kind of pattern in this type of policy decision-making process. In this 'muddling-through' environment, Lindblom (1959) emphasises our human incapacity to broadly grasp and comprehend the information we need to guide our choices. Considering that policy alternatives tend to differ marginally, the author posits an incremental decision-making model as a pragmatic approach to decision-making. Lindblom grounded himself – perhaps too much – on what were then minor differences between the projects of the two major political parties in the US, something that is not so clear-cut today. Regardless, his incremental approach gained influence. Many other authors developed models not based solely on rational choice. The observation that decisions about the problems that occur inside organisations with more fluid structures (organised anarchies) are often made outside a rationalist pattern stimulated Cohen, March and Olsen (1972) to formulate their 'garbage can model'. In this model, one often finds circumstances under which, for instance, agents with solutions look for issues rather than the other way around.

Policy decision-making processes are usually not highly structured. Some patterns can be detected, however, and an effort to identify these can facilitate the production of analyses and recommendations and the observation of tendencies. Decisions are often taken in delimited institutional environments and can be identified as feedback loops involving agendas and results (Howlett et al, 2009). In contrast, models more open to societal activism – where formulation and decision stages are hazily defined, as in the formation of advocacy coalitions – have explanatory power in such situations (Sabatier and Jenkins-Smith, 1999). However, in the case of clearly defined institutional environments within the government, where politicians and specialists share the decision-making process with an assortment of interest groups and leaders, theories based on decision-making streams, the action of policy entrepreneurs and windows of opportunity prove quite attractive (Kingdon, 2011). Devised within the US federative environment, the multiple-streams framework, with its policy entrepreneurs, coupling and windows of opportunity, was expanded and developed to fit other institutional environments (Zahariadis, 2003).

The demarcation of boundaries between political science and policy analysis has been studied in applied terms. Policy analysis has been defined through reference to government advisory practices and the way governments appropriate knowledge produced by diverse disciplines. As a professional activity with a well-defined epistemology vis-à-vis evaluation research (Geva-May and Pal, 1999), policy analysis has undergone changes in the US, its classic terrain. Radin (2000) underscores important changes in practices, scientific legitimacy and methodological scope. The emphasis on policy analysis models that were influenced primarily by 1960s' econometrics shifted in the 1990s to a multidisciplinary approach, with different standards for assessing the models' legitimacy. These epistemic changes were the

case not only in the field of policy analysis, but in other kinds of policy studies as well. In one influential study, Majone (1989) discusses the logical limits of applying experimental methods from the natural sciences to the study of political phenomena in general and to policy analysis in particular. Policy analysis, in that it uses what data and information are available in any given situation, depends upon the analyst's ability to construct a solid, persuasive argument.

For the purposes of our study, we have adopted the notion that institutions have reasonably consistent decision centres, standards and practices. To understand part of the process of producing and disseminating analyses inside the Brazilian federal government, we have endeavoured to identify such dynamic centres, observe how problems and solutions are disseminated within the government, and explore the circulation of agendas and alternatives.

Ministry of Planning: administrative functions and policy production centres

Brazil has had a Ministry of Planning since 1962, with changes in its name over the years but always focused on central planning, throughout various political and economic cycles. During the course of these cycles, the ministry assumed more salient functions in economic management, for example, following a developmentalist agenda in the 1960s or enforcing macroeconomic adjustment in the 1980s. Down through its history, some of Brazil's top economists have served as minister. Representing a variety of tendencies from Keynesian to neo-classic, they all had one thing in common: advocacy of central planning as a way of ensuring economic development. The ministry has exercised the same powers since 1995, under the title Ministry of Planning and Budget from 1995 to 1999 and the MPOG since then.

In certain periods of well-defined political cycles, administrative functions have been shared with other ministries; this was the case, for example, during implementation of the state reform initiated in 1995 with the creation of the Ministry of Administration and State Reform (Ministério da Administração e Reforma do Estado; MARE). Going farther back in Brazilian history, another moment worth highlighting was the effort to assemble a public administration with a Weberian framework, in the form of the Administrative Department of Public Service (Departamento Administrativo do Serviço Público; DASP), created under Vargas in 1938.

Recent data on the MPOG's structure, expenditures and the professional profile of its staff allow us to analyse its current administrative structure and its capacity for action and devising policy (Brazil/MPOG, 2012). Answering directly to the minister, the 11 sectors with the status of departments (*secretarias*) represent cores of policy administration and implementation. For the purpose of our document analysis, we have defined four of these as dynamic centres of debate and production of analyses and solutions: the Department of Management (Secretaria de Gestão; SEGES), the Department of the Federal Budget (Secretaria de Orçamento Federal; SOF), the Department of Planning and Strategic Investments (Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; SPI) and the Executive Department (Secretaria Executiva) or Office of the Minister (Gabinete do Ministro), the latter two grouped in our study under the designation 'GAB'.

In terms of career personnel and their professional profile, data from the MPOG's statistical report *Boletim Estatístico* (Brazil/MPOG, 2012) shows that the 2012 staff budget was some €1,115,187,970.00, accounting for 3.1% of all outlays for the federal government's civil service. The MPOG has 14,017 active civilian employees, representing 2.5% of total active civil servants. The percentage of MPOG staff who have completed a college education is low, that is, 21.6% (3,032). It should be pointed out that only 3,625 of these staff members are on the MPOG payroll, while the rest are in the employ of foundations tied to the ministry. It is expected that policy formulation and analysis will transpire mainly within the ministry's central core, while the foundations connected to it will basically work through its main heads.

Repercussions of the national debate on public sector reform

In the documents examined from 2011, the issues that stood out involved routine ministerial matters as well as a series of broad-ranging debates. We noted that debates about issues of a political nature leaned heavily towards questions of administrative reform or reform of the state apparatus. Additionally, although the former and current presidents Luiz Inácio Lula da Silva and Dilma Rousseff – representatives of the Workers' Party (Partido dos Trabalhadores; PT) who were elected successively, keeping the PT in power since 2003 – both campaigned against the so-called 'state reform' implemented under Fernando Henrique Cardoso's two administrations, it is clear that this agenda remains in place. A brief summary of the components of the debate will help set the stage for our analysis of the collected documents.

In 1994, following the success of the economic stabilisation plan he spearheaded as Treasury Minister, Cardoso won the presidential elections as candidate for the Brazilian Social Democratic Party (Partido da Social Democracia Brasileira; PSDB). Upon taking office, his agenda combined fiscal adjustment and the privatisation of large state-owned monopolies, on the one hand, with an ambitious project to reform the state apparatus (Reforma do Aparelho de Estado), grounded in the principles of new public management, on the other. The foundations of the project were laid out in the Master Plan for State Reform (Brasil/Presidência da República, 1995), which spawned a number of draft projects put before Congress. The so-called asset reforms (privatisation of state-owned companies) and regulatory reforms (creation of new regulatory agencies) moved along at a brisker political pace than the administrative reform. The Master Plan provided for a state apparatus equipped with a strategic, hierarchical core of a normative and bureaucratic nature (with tinges of managerialism in some sectors) and a broad, diversified 'non-state public sphere' based chiefly on Britain's experience of the 1990s. The political process thus launched sought at one and the same time to solidify fiscal adjustment, foster asset reform and tackle the chronic problem of inefficiency in the Brazilian public sector, long afflicted by political patronage.

The Brazilian literature on patrimonialism and corporatism as integral elements of the country's political system and their impacts on public administration is vast. Nunes (1993) analyses the intimate ties between patrimonialism, corporatism and procedural universalism, in the Weberian sense, that have configured the actions of government leaders and reformers for decades. The model announced in 1995 represents a combination of innovative proposals for the para-state sector and markets (privatisation, regulatory agencies, result-based management), along with an updated

version of a Weberian bureaucratic administration for the central government core. A number of collections of articles are representative of these debates and of hopeful expectations about the reform (Bresser-Pereira and Spink, 1998; Bresser-Pereira et al, 1999). Reactions to and criticisms of the proposed reforms were heard from wide swathes of opposition parties and unions (Santos, 2000). A multitude of analyses were offered, from those highlighting the advances associated with the reform cycle (Abrucio, 2007), to those underscoring instead the limitations that became evident (especially those derived from the environment of fiscal adjustment that pervaded the Cardoso administration), the effects of public job-cutting and the need to modify the incentive structure within the public administration (Rezende, 2009).

Contrary to what one might imagine given the strong political polarisation between the PT and PSDB that has reigned since the mid-1990s, the documents analysed herein pertaining to the second year of the Rousseff administration show that the original administrative reform agenda is still with us, with some adaptations. Coordinated by the MPOG, the continuation of this debate in new terms resulted in an important document, in which the ministry addressed the matter of a comprehensive administrative reform meant to solidify the intermediary sector between the state and society and submitted this document to Congress (Modesto, 2009). We also observed that the MPOG has led the debate on modernisation of the state and on innovations in governance at the federal level.

Formation of policy alternatives in the political environment of federal government planning

The ministry has made a plethora of documents available on its site,¹ many of which are highly pertinent to our study. Except for list-serves restricted to staff, which deal with specific issues like information technology, we can state that the hundreds of unrestricted open-access documents that are available reflect both the more active sectors in policy production as well as the most prevalent content. We have excluded documents that are merely informative in nature, those dealing with administrative services, calendars of events, bulletins on financial implementation or other texts that do not speak to a specific political debate or contain highly relevant information. The documents included in the analysed sample refer mainly to the periods of the Lula (2003–10) and Rousseff (2011 to present) administrations. To varying degrees and in different ways, many of these documents can be seen to relate to issues from the state reform agenda that headlined Cardoso's two administrations.

Our analysis identified content that was considered either one of the most important themes or a secondary one, among others. We developed criteria for defining an author's influence vis-a-vis his position in relation to the federal administration. After selecting documents available on the site, we used additional criteria to determine inclusion in the final group to be analysed, the main ones being: ministry departments (*secretarias*) that issued documents on public policy; strategic programmes, such as the public administration (*Gesública*) portal; the public-private partnership portal (*portal parcerias público-privadas*); and government programmes with direct ties to the administrative structure.

Additionally, we identified the most robust centres of activity within these departments and strategic programmes, that is, those whose actions affect the ministry

and other areas of government as well. The main centres and issues include: the monitoring of macroeconomic policy and the forum of debate on public–private partnerships (PPPs), centralised in the Advisory Office on Economic Affairs (Assessoria de Assuntos Econômico; ASSEC); regulation of foreign financing and loans from international agencies, by the Department of International Affairs (Secretaria de Assuntos Internacionais; SEAIN); monitoring of the performance of state-owned companies and their major investment programmes, by the Office for the Coordination and Governance of State Companies (Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais; DEST); policies of managerial modernisation and reform of the public sector, led by the Department of Management (SEGES), and an agenda of solutions related to performance-based administration, handled through a special forum (*Gespública*; SEGES); monitoring of pluriannual plans (PPAs) – the main tool of government planning – centralised within the Department of Planning and Strategic Investments (SPI), which also plays the role of technical unit for the Mercosur regional development fund; and the Department of Human Resources (Secretaria de Recursos Humanos; SRH), responsible for the administration of the permanent federal civil service, which is an important source of statistical data and analysis on federal public employment, in addition to debates on incentives and evaluations of the public service sector.

As to the decision-making status of the authors of these documents, the criterion for determining their degree of influence was proximity to the decision-making centre, represented by the minister of the MPOG, with declining influence in other federal public bodies, state-owned companies, sub-national bodies and, lastly, foreign public and private entities. By focusing the criterion on the central government, we excluded the influence of leaders in the more general political scenario, which varies in ways detached from their roles in the public or private sector and which requires further research. Official documents issued by the MPOG were assigned greater influence, while monographs or theses, even those by ministry specialists, were considered equivalent to outside products, like those by consultants.

While the present study is not concerned with establishing a more detailed picture of decision-making streams, the observed hierarchies and horizontal governance mechanisms reveal the presence of non-random processes of public policy analysis. We have treated these levels as decision-making environments with a greater or lesser proximity to the MPOG decision-making centre.

Traditional horizontal governance mechanisms (markets and contracts) are also not an object of this study. However, the MPOG does display horizontal mechanisms in the form of joint bodies like the Foreign Financing Commission (Comissão de Financiamentos Externos; COFIEX), among others. There are highly active networks within the internal and external communities that develop content, management solutions and open-access software, which have the ability to produce standards of conduct in information technology within federal institutions. This results in a highly dynamic picture wherein the ministry is a relevant institution in the production of agendas and alternatives in Brazil. Our study sought to observe only a portion of these activities, with the focus on debates enjoying more government sanctioning.

We analysed reforms on a gradient from greatest political impact (asset reform) to least (civil service career plans) while also analysing their relation to author influence, lending us a notion of the penetration and impact of these issues as alternatives within the political debate. We classified the author's degree of influence as 'high' (MPOG

and senior staff), 'medium' (other federal executive and control bodies, other branches of government, state-owned companies, public universities and sub-national public entities) and 'low' (Brazilian non-governmental environments, including think tanks, non-governmental organisations [NGOs] and consultants).

The documents were analysed in terms of content, origin, author's political influence and relationship to the daily operations of the federal government and public sector reform agenda, in terms of the characteristics of the Lula and Rousseff administrations. Following careful classification, we validated 994 documents produced from 1997 to 2011. However, the total number of documents related to the Cardoso government available on the site is quite small (14 from 1997 to 2001). Starting in 2002 – year one of Lula's first administration – the total number of documents per year rises steadily, from 24 in 2002 to 215 in 2009. We note a steady reduction from the year Rousseff took office: a validated total of 199 in 2010 and only 23 during the first five months of 2011, based on our study's criteria. Projections suggest a cooling down in the debate on routine government tasks concerning reform processes, which may reflect greater political centralisation in the hands of the president, as evidenced in the privatisation of major airports, and a consequential decrease in political initiative on the part of her ministers. This affirmation meshes with media reports, although this cannot be taken as any kind of firm evidence.

The documents in our data set are predominantly analytical in nature (80.3%), in part reflecting the kind of filter we used to determine their inclusion. The remainder are predominantly descriptive, serving to disseminate standards or results (14.2%) or consisting of bulletins or communiqués that were deemed relevant (5.5%).

Looking at the top echelons of the MPOG, we observe that the documents on the site came from sectors that lead in the exercise of regular ministry tasks and those more involved with political reform processes. The management area (SEGES), the main actor in managerial reform, accounts for 42.4% of the documents. This is followed by the planning area (SPI), with 23.9%; budget and finances (SOF), with 15.8%; and the minister's office (GAB), with 12.5%. The documents were classified according to the main issue presented or analysed in their pages.

By studying the distribution of these issues across key sectors, we can identify the most dynamic poles in the production of analyses or dissemination of ideas within the ministry. As shown in Table 5.1, an analysis of the key issue addressed in each document reveals that one group stands out as displaying the most predominant issues. *PPAs, public budgeting and governance in the public sector are the predominant issues in over 100 documents, demonstrating that the ministry is focused on its main institutional attributions.*

The subject of PPAs is almost wholly sustained by the SPI (at 98.8%). This performance-based planning tool is a legacy of President Cardoso's state reform; all federative spheres are to apply it to their budgets and its indicators are to be monitored by control agencies and released to the public. The documents offer ample discussions on how pluriannual planning has had an impact on public administration quality and on MPOG mechanisms for driving implementation in Brazil. The SPI's specialised areas are vital centres for analysis of this policy.

Another specialised area that concentrates heavily on one issue is the SOF, which accounts for 73.6% of all documents related to the public budget, followed by the GAB itself (23.3%). Similarly, the SEGES ranks highest by far in the debate on governance mechanisms in the public sector (88.0%).

Table 5.1: Predominant document issues, by MPOG sector (May 2011), absolute and relative (%) values

Predominant issue	SEGES	SOF	SPI	GAB	Others	Total
Pluriannual plan	none	none	162 (98.8)	2 (1.2)	none	164 (100.0%)
Public budgeting	5 (3.1)	120 (73.6)	none	38 (23.3)	none	163
Public sector governance	110 (88.0)	6 (4.8)	1 (0.8)	6 (4.8)	2 (1.6)	125
State reform	72 (87.8)	none	2 (2.4)	8 (9.8)	none	82
Public bureaucracy and processes	27 (34.2)	4 (5.0)	10 (12.7)	27 (34.2)	11 (13.9)	79
Studies released	49 (62.0)	23 (29.1)	none	5 (6.3)	2 (2.5)	79
Public investments/competitiveness	4 (6.0)	1 (1.5)	59 (88.1)	1 (1.5)	2 (3.0)	67
Human resources/tertiarisation	40 (67.8)	1 (1.7)	non90e	14 (23.7)	4 (6.8)	59
Management contracts/quango/state foundation	54 (98.2)	none	none	1 (1.8)	none	55
Quality in the public sector	48 (100.0)	none	none	none	none	48
Government bulletins	2 (7.4)	2 (7.4)	2 (7.4)	none	21 (77.8)	27
Public-private partnerships	3 (12.0)	none	none	22 (88.0)	none	25
Foreign relations	7 (33.3)	none	2 (9.5)	none	12 (57.2)	21
Total	421 (42.4)	157 (15.8)	238 (23.9)	124 (12.5)	54 (5.4)	994

The distribution of the other issues across sectors reinforces the notion that policy analyses, studies and debates within the MPOG match up with the specialised centres within each department and with their institutional competences. Thus, the vast majority of documents addressing state reform (87.8%) are produced by the public management area. Other leading issues by SEGES likewise fall within its realm of competence, such as human resources and tertiarisation (67.8%), management contracts and organisational innovations like *organizações sociais* (roughly equivalent to quasi-autonomous non-governmental organisations [quangos]) and public state-owned foundations (*fundações estatais de direito público*) (98.2%), and public sector quality (100.0%). Public investments, competitiveness and development policies are addressed primarily by the SOF (88.1%). Documents dealing with PPPs are concentrated in the GAB, through the ASSEC (88.0%), accessible through a specific link since the issue is administered by a managing committee that encompasses not only the MPOG, but also the Executive Office of the President (Casa Civil) and the Ministry of the Treasury.

In addition to the high degree of departmental specialisation in policy debates within the MPOG, another facet that stands out in these documents is the steady presence of issues related to the public sector reform agenda. In 233 documents (23.4%), the theme of state reform, as introduced by President Cardoso, was found to be either a leading or secondary issue, in the latter case, generally serving to legitimise the key

point at issue. The import of the continuation of this debate becomes apparent if we redefine Cardoso's state reform under the more general connotation of public sector reform, including issues not emphasised under the former and thereby extending into the Lula and Rousseff administrations. This keeps the total number of documents roughly the same (236), indicating – as suggested by a reading of the documents – that the debate on state reform as launched under Cardoso's presidency provides discursive support for public sector reform under Lula and Rousseff. What emerges is the apparent entrenchment of a long cycle of reforms aimed at greater public sector efficiency, based on the separation of strategic centres and para-state sectors, which dates back to Decree Law no 200 of 1967.

Table 5.2 shows the distribution of issues related to public sector reform among the analysed documents. A total of 236 of them addressed the subject, with several dealing with more than one of the issues. The enhancement of institutional governance mechanisms in the public sector was the most prevalent issue on this agenda, addressed in 121 documents. Next came the tertiary sector (108) and regulatory agencies (72). Although civil service reform was dealt with in only 48 documents, it was this issue that was behind the government's submission to Congress of a wide-ranging draft bill based on the MPOG debate. The theme of privatisation was not as common (25 documents), currently less about the integral transfer of public assets to the private sector and more about their transfer to intermediary concessionary regimes or PPPs.

Table 5.2: Issues related to public sector reform, by predominant or secondary content, and degree of author or institution influence (n = 236)

Issue	Influence			Total (100.0%)
	Low	Medium	High	
Public sector governance	18 (14.9%)	66 (54.6%)	37 (30.6%)	121
Tertiary sector	25 (23.2%)	62 (57.4%)	21 (19.4%)	108
Regulatory agency	11 (15.3%)	55 (76.4%)	6 (8.3%)	72
Civil service reform	5 (10.4%)	21 (43.8%)	22 (45.8%)	48
Privatisation	1 (4.0%)	19 (76.0%)	5 (20.0%)	25

When we compare issues with author influence, certain factors involving the political costs of reforms emerge. The participation of the highest echelon of influence (the MPOG and its senior staff) is more intense when addressing civil service reform (45.8%), outranking the medium level of influence (43.8%), which comprises other sectors of the federal government, universities and sub-national governments. Another issue where the MPOG core participates actively is public sector governance (30.6%). These two issues have a lower political cost as they affect property ownership and public employment less. In contrast, the medium level of influence generally has the most to say about privatisation (76.0%), which is associated with a high political cost.

Table 5.3 illustrates further details about the types of authors and issues found in these documents. For purposes of classification, we chose the predominant issue among the various ones under focus in each document, and then grouped these by

Table 5.3: Predominant document issue by authors' legal nature, absolute and relative (%) values

	Foreign private	Brazilian private	Sub-national public	Foreign public	Federal public	Total
Pluriannual plans	none	none	none	none	164 (100.0)	164 (100.0%)
Public budgeting	none	12 (7.36)	none	5 (3.07)	146 (89.57)	163
Public sector governance	3 (2.40)	13 (10.40)	7 (5.60)	11 (8.80)	91 (72.80)	125
Public bureaucracy and processes	1 (1.27)	1 (1.27)	1 (1.27)	1 (1.27)	75 (94.94)	79
Investments/competitiveness	none	1 (1.49)	1 (1.49)	5 (7.46)	60 (89.55)	67
Human resources/tertiary sector	2 (3.39)	1 (1.69)	none	3 (5.08)	53 (89.83)	59
State reform	9 (10.98)	3 (3.66)	49 (4.88)	28 (34.15)	38 (46.34)	82
Management contracts/quangos/state foundations	none	6 (10.91)	12 (21.82)	none	37 (67.27)	55
Studies released	6 (7.59)	20 (25.32)	7 (8.86)	9 (11.39)	37 (46.84)	79
Quality in the public sector	1 (2.08)	8 (16.67)	11 (22.92)	none	28 (58.33)	48
Government bulletins	none	none	none	none	27 (100.0)	27
Foreign relations	3 (14.29)	none	none	4 (19.05)	14 (66.67)	21
Public-private partnerships	11 (44.00)	1 (4.00)	6 (24.00)	4 (16.00)	3 (12.00)	25
Total	36 (3.62)	66 (6.64)	49 (4.93)	70 (7.04)	773 (77.77)	994

the authors' or institutions' administrative status, allowing us to observe the main links between authorship and preferred issues.

In proportional terms, authors and institutions associated with the federal public administration focused heavily on issues such as PPAs (although this type of planning is also mandatory for sub-national entities), public budgeting, public sector governance, investment and development policies, organisational innovations (like quangos), and international relations. Although the federal public sector is the dominant source for our document set (77.77%), there is selectivity among issues. While the sub-national public sector accounts for the smallest share of the documents, it does have a presence, especially in discussions about organisational innovations (quangos, PPPs) and service quality. The foreign private sector displays a preference for issues like state reform and PPPs, while the Brazilian private sector is represented more in 'studies released', some through prizes, especially in the form of consultant reports and authors of monographs.

Final remarks

Our analysis does not seek to validate theories on policy decision-making, but does shed light on some important elements of the production of policy analysis in a vital sector of the federal administration and in some of the more salient channels of

debate and dissemination of ideas, which reveals aspects of how ideas circulate and are appropriated by the central government. The study has endeavoured to identify some of the mechanisms by which issues and alternatives circulate within the federal government, through the MPOG and its more constant partners. Aspects of the transformation of debated ideas into government agenda were observed in regards to at least two items: administrative reform and the privatisation of airports. In the case of administrative reform, we captured how the debate transpired during the period under study through its formalization as a government agenda and the draft bill now in public consultation to be submitted to Congress. In the case of the privatisation of federal airports, we noted an organised debate, especially within the PPP forum, particularly the bid processes held in late 2011.

This study has not endeavoured to establish definitive causal relations between debates waged and decisions made. However, the case of public consultation about the new public administration model, coordinated by the MPOG, with the involvement of a commission of renowned specialists, shows how an internal debate was taken up by the presidency of the republic, edited in a book with government support and submitted to public debate. In the case of the recent privatisation of federal airports, the relationship between the debates expressed in these documents and central government decisions is more tenuous; yet, we may be looking at an inversion here, as compared with the case of administrative reform. It is likely that the discussion of PPPs was a response to the Office of the President's interest in finding solutions for the airport crisis, which has been the target of much national political debate. Opportunities for the emergence of this agenda also derive from upcoming global events, such as the 2014 World Cup, to be held in 12 of Brazil's state capitals, and the 2016 summer Olympics, to be hosted by Rio de Janeiro.

In addition to reflecting departmental specialisation, issues are generally distributed among author profiles in conformity with an identifiable logic. The sharp predominance of government authors and institutions and federal institutions indicates that the political debate occurs among peers within the federal administration and their regulatory entities. The private sector is called on to fill in specific gaps, while sub-national public entities contribute by disseminating successful experiments.

Agenda-setting processes and the range of alternatives presented here, as identified in the analysed documents, display similarities with what has been observed in stream theories on the policy decision-making process. Specialised staff members and senior outside consultants, private institutions that are formal or informal partners, and sub-national institutions debate through networks or seminars. The channels for the diffusion of ideas within the MPOG comprise specialists and senior staff who produce alternatives. Under certain circumstances, windows present themselves and more active leaders manage to link specialists with politicians and issues, forming a policy stream. Although we have not discussed how the issues addressed in the documents became part of the government agenda, mechanisms of an incremental nature are a relevant part of the process.

At the highest echelons, author influence tracks with lowest political cost, although the weight of medium-level echelons is quite strong. This shows that public sector areas like universities, sub-national governments, regulatory agencies and audit courts are the most active sectors in the production of ideas. These bodies enjoy greater independence from the federal government, along with high status in the public eye. Another aspect highlighted here is the persistence of administrative reform as

an issue, shifting from a broad-ranging reform of the state under the two Cardoso administrations (1995–2002) to an incremental reform under Lula and Rousseff.

This incipient analysis of processes of debate within the realm of the federal government, using the MPOG as a case example, opens the way for deeper studies aimed at understanding the current set of mechanisms for consolidating policies in the sphere of government decision-making.

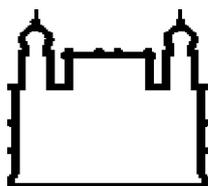
Note

¹ See: www.planejamento.gov.br

References

- Abrucio, L.F. (2007) 'Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas', *RAP*, special edition, pp 67–86.
- Brasil/MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012) *Boletim Estatístico de Pessoal*, vol 17, no 190.
- Brasil/Presidência da República (1995) *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*, Brasília: Imprensa Nacional
- Bresser-Pereira, L.C. and Grau, N.C. (eds) (1999) *O público não-estatal na Reforma do Estado*, Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Bresser-Pereira, L.C. and Spink, P. (eds) (1998) *Reforma do Estado e administração pública gerencial*, Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Bresser-Pereira, L.C., Wilhelm, J. and Sola, L. (eds) (1999) *Sociedade e Estado em transformação*, São Paulo/Brasília: Editora UNESP/ENAP.
- Cohen, D., March, J.G. and Olsen, J.P. (1972) 'A garbage can model of organizational choice', *Administrative Science Quarterly*, vol 17, no 1, pp 1–25.
- Geva-May, I. and Pal, L.A. (1999) 'Good fences make good neighbours: policy evaluation and policy analysis – exploring the differences', *Evaluation*, 5(3), pp 259–77.
- Howlett, M., Perl, A. and Ramesh, A. (2009) *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*, Toronto: Oxford University Press.
- Kingdon, J.W. (2011) *Agendas, alternatives and public policies* (2nd edn), Boston, MA: Longman.
- Lindblom, C.E. (1959) 'The science of muddling through', *Public Administration Review*, vol 19, no 2, pp 79–88.
- Majone, G. (1989) *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Modesto, P. (ed) (2009) *Nova organização administrativa brasileira*, Belo Horizonte: Editora Fórum.
- Nunes, E. (1993) *A gramática política do Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Rezende, F.C. (2009) 'Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira', *Sociologias*, no 21, pp 344–65.
- Sabatier, P.A. and Jenkins-Smith, H. (1999) 'The advocacy coalition framework', in P.A. Sabatier (ed) *Theories of the policy process*, Boulder, CO: Westview Press, pp 117–66.
- Santos, L.A. (2000) *Agenciamento, publicização, contratualização e controle social: possibilidades no âmbito da Reforma do Aparelho de Estado*, Brasília: DIAP.
- Zahariadis, N. (2003) *Ambiguity and choice in public policy: political decision making in modern democracies*, Washington, DC: Georgetown University Press.

Anexo 5



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

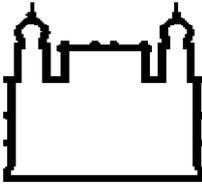
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Roteiro de Entrevista com Especialistas:

1. Como descreveria sua relação com a saúde mental, anterior e no presente, especialmente em relação ao Ministério da Saúde?
2. Em linhas gerais, qual a sua visão quanto à evolução da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, desde a aprovação da Lei Paulo Delgado, até os dias atuais?
3. Considerando que a agenda da Reforma trabalhou com o conceito de desospitalização relacionado ao manicômio, como você analisa a evolução das normas do SUS nesse campo?
4. Como se deu, em sua opinião, o processo de constituição da rede substitutiva e quais foram as prioridades dessa rede, inicialmente, em termos de demanda?
5. Você considera a equipe mínima preconizada suficiente para o volume de pacientes atendidos? Os profissionais não originários da saúde mental têm real capacidade de conduzir o tratamento?
6. Como se deu a inclusão da demanda em álcool e outras drogas na agenda e quais as implicações desse processo para a política de saúde mental?
7. Você acha que a proeminência da agenda das drogas, especialmente o crack, pode provocar mudanças significativas perante as diretrizes originais da Reforma?
8. Qual a sua opinião quanto à internação compulsória dos usuários de álcool, crack e outras drogas?
9. Como você avalia a transição entre as residências terapêuticas e as formas atuais de internações não-hospitalares, especialmente as casas de acolhimento e as comunidades terapêuticas?
10. Houve progressão em relação ao auxílio reabilitação, proporcional à necessidade dos pacientes desospitalizados e seus familiares?
11. A reforma, na sua origem, tratou do tema da hospitalização combinado ao da institucionalização dos doentes mentais. Na sua opinião, o tratamento destes pacientes em redes substitutivas, e em internações não-hospitalares, representa uma atualização do tema da institucionalização dos transtornos mentais?
12. Na evolução da política, quais foram as principais conquistas, obstáculos e quais as perspectivas num futuro imediato?

Anexo 6



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

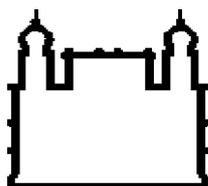
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Roteiro de Entrevista com os Gestores

1. Como se deu sua entrada na gestão e que funções você desempenhou desde então?
2. Considerando sua experiência em sua esfera de gestão, como foi a trajetória observada nas políticas de saúde mental e as principais mudanças, nos anos mais recentes?
3. Em relação aos serviços, como você avalia a estrutura preconizada para os serviços de SMAD, especialmente em termos de capacidade de atendimento e a qualidade desses serviços?
4. Como você avalia o processo de implementação da RAPS, especialmente considerando a heterogeneidade entre os municípios (demanda e capacidade de gestão) e o papel do estado nesse processo?
5. Dados levantados nos bancos oficiais nos têm mostrado que psicólogos e psiquiatras são minoritários nos serviços de atenção em saúde mental, como você analisa o fato?
6. Como você avalia a inclusão de serviços do tipo Comunidade Terapêutica na rede pública de atenção?
7. Como você vê a emergência da agenda de álcool e drogas (especialmente o crack) e seu impacto sobre as políticas de SMAD?
8. Como você vê a adequação entre a demanda em saúde mental e a oferta de serviços?
9. Quais os principais obstáculos para o funcionamento da RAPS de forma eficiente e resolutiva?
10. Quais as perspectivas para a substituição da atenção hospitalar pela comunitária nos próximos dez anos considerando a manutenção do regime de financiamento público atual (sem aumento relevante do gasto público)?

Anexo 7



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a)....., foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Políticas de Saúde Mental e os Efeitos da Emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o Caso do Estado do Rio de Janeiro**, que tem como objetivo analisar políticas de saúde mental, com ênfase nos mecanismos de formação de agendas, de alternativas e dos processos decisórios, considerando o funcionamento da rede de atenção psicossocial, no Estado do Rio de Janeiro.

A pesquisa foi iniciada em julho de 2012 e deverá estar finalizada em fevereiro de 2014, resultando na elaboração de um artigo científico para fins de publicação em revista científica da área e finalização de tese de doutoramento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas efetuadas sob a forma de entrevista semiestruturada, que será gravada em áudio, para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. O uso das respostas será previamente submetido ao entrevistado para concordância e constará tanto na tese, quanto nas publicações, sob o formato de comunicação pessoal. O tempo estimado para realização da entrevista é de uma hora e meia.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Aline Inglez de S. Dias
Doutoranda/ ENSP/FIOCRUZ
e-mail: ainglez@ensp.fiocruz.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro

CEP: 21041-210

Anexo 8

Parecer Consubstanciado do CEP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Análise de Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil

Área Temática:

Pesquisador: Aline Inglez de Souza Dias

Versão: 2

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

CAAE: 02079512.0.0000.5240

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 49922

Data da Relatoria: 06/07/2012

Apresentação do Projeto:

Sem comentários.

Objetivo da Pesquisa:

Sem comentários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem comentários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem comentários.

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ter suas páginas numeradas possibilitando a integridade das informações contidas no documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Apresentar autorização do órgão competente para a realização da pesquisa nos CAPS: Secretaria Estadual de Saúde ou Coordenação Estadual de Saúde Mental ou Secretarias Municipais de Saúde ou Coordenações de Saúde ou Coordenação Estadual de Saúde Mental ou Secretarias Municipais de Saúde ou Coordenações Municipais de Saúde Mental.

2) Incluir endereço do CEP/ENSP no Termo de Consentimento.

Pesquisadora apresentou Termo de Consentimento reformulado e autorização. Pendência atendida.

RECOMENDAÇÃO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ter suas páginas numeradas possibilitando a integridade das informações contidas no documento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Julho de 2012

Assinado por:
Ângela Fernandes Esher Moritz