



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANIFICAÇÃO E GESTÃO**

PATRÍCIA MAIA VON FLACH

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DA BAHIA**

Salvador

2010

PATRÍCIA MAIA VON FLACH

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação a ser apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Área de concentração em Planificação e Gestão

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Paim

Salvador

2010

Ficha Catalográfica

Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

F571i Flach, Pátricia Maia von.

A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia / Patricia Maia von Flach. - Salvador: P.M.v.Flach, 2010.

159f.

Orientador(a): Prof^o. Dr^o. Jairnilson Silva Paim.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Álcool e outras drogas. 2. Implementação de Políticas Públicas. 3. Ciclo da Política. 4. Organização Pública. 5. Triangulo de Governo. I. Título.

CDU 351.761.1

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA MAIA VON FLACH

**[A IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESTADO DA BAHIA**

**Dissertação a ser apresentada como requisito para a obtenção do título de
mestre em saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia**

Banca Examinadora:

Professora Dra. Mônica Nunes (ISC – UFBA)

Professora Dra. Thereza Christina Coelho (UEFS)

Professor Dr. Jairnilson Silva Paim (ISC – UFBA)

AGRADECIMENTOS

Esta certamente é a parte mais emocionante desse trabalho. Lembrar dos momentos hoje sentidos como vitoriosos e agradecer aos amigos que, com tanto carinho confiaram, torceram, trabalharam, discutiram, me entenderam e não entenderam, sentiram minha falta e agora compartilham a minha alegria com esta conquista tão significativa na minha vida.

Tudo começou com meu pai, sempre presente e amoroso... A coragem com que lutou pela vida me fez seguir em frente nos muitos momentos em que pensei em desistir. Mas não estava sozinha, por isso, agradeço de coração...

A minha mãe e aos meus irmãos, por serem a minha família de verdade...

Aos meus filhos, Victor e Paula, pela paciência e compreensão em todos os momentos que não pude estar com eles...

Ao meu filho Lucas, que nasceu junto com este trabalho e que sentiu intensamente todas as minhas emoções...

Ao meu querido companheiro, por existir na minha vida...

Ao meu amigo e um pouco pai, Antonio Nery Filho que me apoiou, incentivou e esteve presente em todos os momentos dessa e de outras caminhadas...

Ao caro professor Jairnilson Paim, por aceitar ser meu orientador e me escutar de forma tão carinhosa, acolhedora e instigante...

À querida Mônica Nunes, sempre meiga, compreensiva e disponível...

À Guadalupe Medina pela orientação e presença do começo ao fim...

Às minhas amigas Cristina Gomes, Luana da Silveira e Amanda Marques, pelo apoio e carinho com que sempre atenderam as minhas solicitações...

À Kennia Félix, pela disponibilidade em realizar o cuidadoso e árduo trabalho de transcrição das entrevistas...

Aos profissionais da SESAB, pela confiança com que disponibilizaram as informações e documentos que possibilitaram a construção desse trabalho...

Por fim, agradeço a compreensão dos colegas do CETAD, o carinho dos professores e profissionais do ISC, aos participantes dessa pesquisa e, principalmente, aos usuários que passaram pela minha vida, tocaram meu coração e inspiraram este trabalho...

“[...] e a conclusão inevitável é essa. São os moralistas que sustentam os traficantes e o tráfico, a alta criminalidade do momento e a corrupção epidêmica. As drogas são coisas químicas, não são problemas, são parte da solução de problemas”

(ESPINHEIRA, 2009:19)

RESUMO

No Brasil, a questão que envolve o consumo de álcool e outras drogas é considerada grave problema de saúde pública, constatação que encontra ressonância nos diversos setores e segmentos da sociedade. Apesar disto, é possível identificar uma lacuna assistencial consequente à omissão do governo em relação às políticas públicas voltadas para as necessidades de saúde dos usuários. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) pode ser considerada recente no país, o que justifica a escassa produção de estudos sobre sua implementação. Neste sentido, o presente trabalho trata da implementação de políticas de saúde por organizações públicas. Teve como objetivo geral analisar como a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) tem conduzido o processo de implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia. A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de caso único, tendo como referencial teórico o ciclo da política pública, particularmente o momento da implementação, os conceitos de organização, poder e “triângulo de governo”. Foi estruturado um modelo lógico cujos componentes, atividades e resultados foram derivados do documento das diretrizes da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que serviram como referência de como a política deveria ser implementada. As informações para a análise foram coletadas a partir da revisão de documentos federais e estaduais e realizadas entrevistas com informantes-chave, além da aplicação de grupo focal com o Núcleo de Apoiadores Institucionais da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Os principais achados do estudo referem-se a: (1) Fragilidade do Projeto de Governo em relação à questão; (2) Baixa Governabilidade “interna” e escassa “externa”; (3) Reduzida Capacidade de Governo; (4) Insuficiente mobilização/ organização dos movimentos sociais; (5) Ineficiente organização dos processos de trabalho no âmbito central.

Palavras-Chaves: Álcool e outras drogas. Implementação de políticas públicas. Ciclo da política. Poder. Organização pública. Triângulo de governo.

ABSTRACT

In Brazil, the subject that involves the consumption of alcohol and other drugs is considered a serious problem of public health/*health care*, and it can be noticed throughout the sections and segments of the society. In spite of this, it is possible to identify an assistance gap due to the government's omission in relation to the public policies regarding the needs of the users' health. The policies of the ministry of health for integral attention to users of alcohol and other drugs (2003) can be considered recent in the country, thus justifying the scarce production of studies on its implementation. Taking this into consideration, this current work treats the implementation of the health policies for public organizations. It had as a general aim to analyze how the General Office of Health of the State of Bahia (SESAB) has been leading the implementation process of the Policies of Integral Attention to Users of alcohol and other drugs in the State of Bahia. The strategy which was used in this research was the unique case study, which has as a theoretical reference the cycle of the public policies, especially the implementation moment, the organization concepts, the power and "the government's triangle". A logical model was structured whose components, activities and results were derived from the document of the guidelines of the Ministry of Health's Policies for Integral Attention to Users of Alcohol and other Drugs, which were used as a reference of how the policy should be implemented. The information for the analysis was collected starting from the review of federal and state documents and interviews conducted with key-informants, besides the application of focal group with the Institutional Supporters' Nucleus of the Technical Area of Mental Health of the General Office of Health of the State of Bahia (SESAB). The main discoveries of the study refer to: (1) fragility of Government's Project in relation to the subject; (2) low "internal" and scarce "external" governability; (3) reduced Capacity of Government; (4) insufficient mobilization / organization of the social movements; (5) inefficient organization of the work processes in the central sphere.

Keywords: Alcohol and other drugs. Implementation of public policies. Policy cycle. Power. Public organization. Government's triangle.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 – Modelo lógico-teórico	27
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos municípios por Macrorregião de Saúde, conforme critério populacional. Bahia, 2008	34
TABELA 2 – Distribuição dos tipos de CAPS por macrorregião. Bahia, 2008	35

LISTA DE QUADROS

QUADRO i – Sobre a distribuição do poder	31
QUADRO ii – CAPS ad implantados por município e por macrorregião.....	36
QUADRO iii – Agenda 2007	48
QUADRO iv – Agenda 2008	50
QUADRO v – Agenda 2009/ 2010	51
QUADRO vi – Tipos de poder	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME-BA	Associação Brasileira de Saúde Mental – Bahia
ABORDA	Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMEA	Associação metamorfose Ambulante
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APB	Associação Psiquiátrica da Bahia
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CIB	Comissão Intergestorial Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Entorpecente
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREMEB	Conselho Regional de Medicina
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DAE	Diretoria de Atenção Especializada
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FABAMED	Fundação da Associação Baiana de Medicina
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
GF	Grupo Focal
GIESP	Grupo Interdisciplinar de Estudo sobre Substâncias Psicoativas
GT	Grupo de Trabalho
GTAD	Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas
HIV/ AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBCCRIM	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NESM	Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios

NEIP	Núcleo de Estudos Interdisciplinar sobre Psicoativos
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OBSERVA/ SPA's	Observatório Baiano sobre Sustâncias Psicoativas
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Plano Emergencial em Álcool e outras Drogas
PPA	Plano Plurianual
PREVDROGAS	Programa de Prevenção ao Abuso de Drogas
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
RD	Redução de Danos
SAIS	Superintendência de Atenção Integral a Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SETRAS	Secretaria do Trabalho e Ação Social
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SINDMED	Sindicato dos Médicos
SINDSAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
SURAPS	Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância Sanitária
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. METODOLOGIA	21
2.1 Referencial Teórico	21
2.2 Desenho do Estudo e dos Procedimentos de Coleta e Análise de Dados	28
2.2.1 Desenho do estudo	28
2.2.2 Procedimentos de coleta, registro e processamento de dados	28
2.2.3 Análise dos dados	31
2.3 Aspectos Éticos	32
3. RESULTADOS	33
3.1 O Estado da Bahia e a Rede de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas	33
3.2 Projeto de Governo	44
3.3 Capacidade de Governo	57
3.4 Governabilidade	75
4. DISCUSSÃO	99
4.1 Implementação de Políticas de Saúde	99
4.2 A Atenção a Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia	114
4.3 A questão Atual das Políticas sobre Drogas	119
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
6. REFERÊNCIAS	128
7. APÊNDICES	138
8. ANEXOS	154

1. INTRODUÇÃO

A substância psicoativa é significada e transformada em “droga” a partir da simbolização que assume para determinado sujeito. Símbolo que viabiliza a comunicação consigo e com o mundo de forma única. Entre o sofrimento e o prazer, a magia e o horror, o toxicômano se inclui e é excluído de uma sociedade que não suporta qualquer “desvio” às suas regras e leis de mercado. Os aspectos ideológicos e culturais e os interesses econômicos e políticos que perpassam a questão são diversos, criando uma correlação de forças e uma conjuntura que determina a construção de normas e convenções sociais para controlar a produção, a distribuição, o consumo destas substâncias e, principalmente, das pessoas.

Nesse campo complexo e contraditório, a partir do século XIX, de acordo com o contexto sociocultural de cada nação, a popularização do consumo trouxe impactos sociais e complicações à saúde, culminando em acordos e tratados internacionais e na elaboração de políticas públicas voltadas para a “solução” do problema, ainda que de forma restritiva e repressiva (RIBEIRO e ARAUJO, 2006). O enfrentamento desta situação coloca-se como exigência mundial uma vez que, segundo informações da Organização Mundial da Saúde, “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo” (BRASIL, 2004:5).

No Brasil, estudos epidemiológicos permitem dimensionar a extensão do problema e os desafios para a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Vale ressaltar as pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), principalmente as de grande abrangência – I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, 2001 e 2005, respectivamente (CARLINI et al., 2002 e 2005).

Na comparação das duas pesquisas, destaca-se o agravamento nos indicadores de uso de álcool. No I Levantamento Domiciliar (2001), a prevalência de dependência de álcool na população geral foi de 11,2%, passando para 12,3% no II Levantamento (2005). O uso na vida de drogas lícitas apresentou uma prevalência expressiva, 68,7% para o uso de álcool e 41,1% para o de tabaco em 2001, e em 2005, apresentou prevalência de 74,6% e 44,0%, respectivamente. Em relação ao consumo de outras drogas, em 2001 verificou-se que 19,4% dos entrevistados já

havia usado algum tipo de droga, crescendo para 22,8% em 2005, sendo a maconha e o solvente as duas substâncias mais citadas. Um dado preocupante refere-se ao uso na vida de crack (0,7%), que quase duplicou em relação ao ano de 2001 (0,4%). Entre os medicamentos psicotrópicos consumidos sem ordem médica, em 2001, a prevalência de uso na vida de benzodiazepínicos correspondeu a 3,3% e de estimulantes a 1,5% na população estudada. Em 2005, a prevalência de uso na vida de benzodiazepínicos (5,6%) e de estimulantes (3,2%) apresentou crescimento significativo. (CARLINI et al., 2002 e 2005).

Apesar dos dados epidemiológicos demonstrarem que a problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas deve ser considerada enquanto problema de saúde pública, as medidas destinadas aos usuários foram, historicamente, concebidas no âmbito da justiça. Essas medidas tiveram o apoio da psiquiatria para a sua legitimação e estavam mais comprometidas com a repressão e o controle do uso de drogas no país. (ALVES 2009; FIORE 2005; MACHADO, 2006).

Por quase todo o século XX, as políticas públicas relacionadas à questão se concentraram em duas esferas: (1) os problemas de saúde, com medidas sanitárias (a droga era definida como um vírus que ameaçava a sociedade) e assistenciais (internamento psiquiátrico obrigatório); (2) os danos sociais, que determinaram a construção de instituições repressoras, tendo o arcabouço jurídico penal como legitimador (RIBEIRO e ARAÚJO, 2006).

A legislação brasileira sobre as drogas está fundamentada em acordos internacionais – que será característica dessas legislações. As diversas alterações legislativas ocorridas nesse período tinham caráter higienista, com determinações invasivas em relação ao usuário (tratamento obrigatório, internação compulsória, interdição de direitos), como pode ser visto no decreto 14.969/ 1921 que instalou o “Sanatório para Toxicômanos” para tratamento compulsório. A posse ilícita foi criminalizada pelo Decreto 20.930 de 11.01.32 e o Decreto – Lei nº 891 de 25.11.1938, que também criminalizou o consumo, sendo posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940. (ALVES, 2009; RIBEIRO, 2006).

Em 1970, verifica-se uma revisão das leis brasileiras para prevenção/repressão das drogas ilícitas e posterior conclamação de toda a população para o seu combate. Em 1971, com a Lei nº 5726, a concepção médico-psiquiátrica destacou-se: o usuário foi reconhecido como doente e o hospital psiquiátrico como

locus primeiro de tratamento. A lei 6.368/ 76, reconhecida como “lei do tóxico”, manteve a abordagem ao usuário no campo médico-psiquiátrico, reforçando a tendência à medicalização do consumo de drogas. Definiu medidas para o setor público de saúde¹, com a proposta de criação de instituições especializadas para assistência à saúde na rede pública de saúde, tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar, aparecendo a saúde em forma de recomendação e não mais como medida compulsória. Esta lei permaneceu em vigor por trinta anos sendo substituída em 2006. (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

A nova legislação brasileira sobre drogas – a Lei 11.343/ 2006, que revoga as Leis 10.409/ 2002 e 6.368/ 1976, exige uma aproximação entre os profissionais da justiça e da saúde para a sua efetiva aplicação. Não se pode negar que esta lei representa um avanço em relação a um posicionamento político e legal mais brando em relação ao usuário de drogas, com ênfase nas atividades de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas, atenção e reinserção social. Por outro lado, na repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, as sanções são acentuadas com a definição de outros crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas.

Muitas iniciativas surgidas no Brasil na área de álcool e outras drogas podem ser atribuídas ao Conselho Federal de Entorpecente (COFEN), que surgiu no fim do período militar e foi extinto em 1998, quando foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Em 1988, o CONFEN publicou o documento “Política Nacional na Questão das Drogas”, cujo conteúdo refletia o cenário de redemocratização vivido no país e buscava estabelecer uma abordagem destituída de preconceitos. Em 1992, o “Projeto para uma Nova Política de Drogas no País” reafirmava a necessidade de modificações já apontadas no documento de 1988 e revelava impasses da política de drogas brasileira, baseada em uma visão jurídico-penal e associada à perspectiva médico-psiquiátrica. Em 1996, foi publicado o documento “Programa de Ação Nacional Antidrogas” que propôs a intensificação das ações públicas na área de drogas, através de intervenções harmônicas nas áreas de prevenção, repressão, recuperação e reinserção social. Este documento, apesar de

¹ A lei 6.368/ 1976 em seu artigo 9º do Capítulo II estabeleceu atribuições para o Sistema de Saúde e para o Ministério da Previdência e Assistência Social, então responsável pela assistência médica no País, no sentido de ofertar tratamento especializado (hospitalar e extra-hospitalar) ao abuso e dependência de drogas na rede de serviços de saúde; e para o Departamento de Polícia Federal a oferta de tratamento em ambulatório do sistema penitenciário para o dependente infrator privado de liberdade (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

incluir preocupações do campo saúde pública, não propôs nenhuma articulação com o setor público de saúde, mantendo a situação de segmentação intersetorial, com indefinição e sobreposição de responsabilidades na implementação de ações de saúde neste campo. (MACHADO, 2006).

Em 1998, o presidente Fernando Henrique Cardoso extinguiu o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) e criou a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD²), subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. A SENAD foi, assim, criada pela Medida Provisória nº 1669 e pelo Decreto nº 2.632, ambos de 19 de junho de 1998.

A atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), ainda que proponha ações para a redução da oferta e da demanda de drogas, enfatiza a redução de danos (RD), o que representa uma importante mudança no discurso quanto ao “ideal” de uma sociedade abstinente das drogas para uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, apontando para a relevância da implementação de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas composta pelos três níveis de atenção.

Na saúde, as propostas de atenção a usuários de álcool e outras drogas não mais focadas na abstinência começaram a ganhar mais consistência através da portaria nº 816/ 2002 do Gabinete do Ministro da Saúde que criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Este programa propõe a articulação de uma rede assistencial para tratamento e o desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, prevenção de agravos e promoção à saúde. (BRASIL, 2002)³.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o tema não vinha sendo priorizado pelo governo e somente em 2003 elaborou o documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”. Neste documento, é referida a importância da superação do atraso histórico dessa responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo-se o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas,

² De acordo com o decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, são competências da SENAD: exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido de drogas, de atenção e reinserção social a usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). BRASIL. **Decreto nº 5.912 de 27 de setembro de 2006.**

³ BRASIL. **Portaria GM nº 816 de 30 de abril de 2002.**

conforme as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001. (BRASIL, 2002).

Segundo Machado (2006), alguns fatores podem ser apontados como favoráveis à formulação desta política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, entre eles:

- a criação do SUS, a implementação de programas de redução de danos e o processo de re-estruturação da atenção em saúde mental;
- a constatação do impacto financeiro no SUS e na saúde da população brasileira;
- a necessidade do desenvolvimento de ações de redução da demanda a partir de compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1998;
- o agravamento dos problemas sociais associados ao consumo e ao tráfico de drogas, convocando o Estado a intervir de modo a conservar a sua legitimidade e a ordem social.

A conjunção desses fatores – e de seus desdobramentos – e a publicação de diversas portarias ministeriais no ano de 2002⁴ forneceram a base do que se tornaria a política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas estabelecida no Brasil, no ano de 2003. Neste documento, foram definidos o marco conceitual e político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e as orientações do SUS e da Reforma Psiquiátrica:

⁴ Portaria GM nº 336 de 19/02/2002 – criou a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial - álcool/ drogas (CAPS ad); Portaria SAS nº 189 de 20/03/2002 – incluiu na tabela de serviços do SIA/ SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad; Portaria GM nº 816 de 30/04/2003 – instituiu, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; Portaria GM nº 817 de 30/04/2002 – incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas; Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002 – definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS ad.

A compreensão das estratégias de redução de danos como alternativas eficazes no tratamento e na prevenção; a avaliação – baseada em dados epidemiológicos – de que o álcool é o grande problema de saúde pública; a necessidade de incluir os usuários/ dependentes de álcool e drogas em uma rede ampliada de cuidados (que extrapolem o campo da saúde); a consciência da urgência de adaptar a legislação vigente sobre álcool e outras drogas aos objetivos da saúde pública e não aos da punição são exemplos dos fundamentos que norteiam as iniciativas do Ministério da Saúde acerca do item (DELGADO, 2005:167).

A política propõe ainda a criação de uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no SUS, com ações de prevenção, promoção e proteção à saúde; a implantação de centros assistenciais especializados – Centros de Atenção Psicossocial álcool/ drogas (CAPS ad) – e não-especializados, compostos por unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral, bem como o desenvolvimento da intersetorialidade. (BRASIL, 2004).

Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade.

Em relação ao modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, é inegável que a predominância das comunidades terapêuticas tem contribuído incisivamente para a manutenção do modelo hegemônico de atenção, apoiado no internamento e que tem como objetivo terapêutico a abstinência. Porém, a análise dos dados relativos às instituições não-governamentais (63,5%) existentes no país aponta para sua implantação até a década de 1990. A partir de 2000, observa-se o crescimento das instituições governamentais, especialmente o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS ad), apontando para a contribuição da implementação da política para a reorientação do modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (ALVES, 2009).

É importante afirmar que a proposta de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas defendida pelo Ministério da Saúde é contraditória a outros projetos de atenção à saúde existentes no país. Esses projetos coexistem na assistência prestada ao usuário de álcool e outras drogas e se enfrentam em diversas situações e espaços, seja ideologicamente, seja no cotidiano das práticas de saúde,

expressando diferentes interesses políticos e econômicos e distintas formas de pensar a atenção à saúde. (BRASIL, 2004).

Esse processo de luta e conflitos entre diferentes projetos de sociedade tem o Estado como *locus* legítimo de exercício do poder político e a política como produto dessa confrontação e correlação de forças, materializadas através dos espaços-arenas de negociação que incluem e, de certa forma, determinam as configurações das relações sociais (sendo também determinados por elas) e o cotidiano dos serviços de saúde. (FLEURY e OUVÉRY, 2008).

Estudos que contemplam o processo histórico que possibilitou a construção desta política foram encontrados na revisão de literatura realizada⁵, porém, não há referências a análise da sua implementação⁶ nos diversos estados e municípios brasileiros. Neste sentido, pretende-se contribuir para a superação de lacunas acerca do conhecimento sobre a implementação da Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia, buscando desvendar as relações entre Estado e sociedade e as suas respostas – limites e possibilidades – às condições de saúde da população e ao consumo de substâncias psicoativas.

Na esfera governamental, o ciclo da política pública configura-se como um método de análise de políticas baseado na distinção de etapas. A implementação da política é uma dessas etapas e significa que uma decisão tomada na fase de formulação pode ser modificada ou rejeitada e alterar o argumento maior da própria política, implicando novas negociações, decisões e até formulações, reiniciando, por vezes, o ciclo da política. (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Para Vilasbôas (2006), investigar a implementação de políticas públicas pressupõe analisar os modos pelos quais ocorrem as conexões entre a formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização. Também requer a compreensão das relações de poder entre os grupos e das maneiras pelas quais expressam e determinam a orientação do Estado. Sendo a análise de processos e atores, das relações, dos pactos, das negociações dos governos e das formas de intervenção adotadas, essa investigação procura questionar a ação pública, seus objetivos, finalidades e consequências. (VIANA e BAPTISTA, 2008).

⁵ Foram encontrados os seguintes estudos históricos sobre o tema: ALVES, 2009; MACHADO e MIRANDA, 2007; MACHADO, 2006; RIBEIRO e ARAUJO, 2006;

⁶ Realizada na base Bireme com as palavras-chaves: implementação de política de saúde, implementação de política de álcool e outras drogas.

No Brasil, o processo de implantação do SUS aponta para o lugar da gestão enquanto elemento central da implementação das políticas de saúde, sendo estas operacionalizadas mediante constantes negociações entre as três esferas de governo. (VILASBÔAS, 2006). Por outro lado, são inegáveis as dificuldades enfrentadas pelas três instâncias nesse processo de gestão das políticas públicas.

No caso das Secretarias Estaduais de Saúde enquanto condutoras do processo de implementação de políticas ao nível estadual, segundo relatórios de uma série de eventos promovidos pelo Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), podem ser destacados dois blocos de problemas referentes à gestão:

- (1) indefinição de papéis e responsabilidades nas três esferas de governo e das dificuldades das relações, que refletem tensões e disputas entre as instâncias executivas e o aparato de controle social;
- (2) gestão não profissionalizada, alta rotatividade e despreparo dos dirigentes, fragilidade das estruturas institucionais para análise e avaliação, falta de planejamento, com inadequação dos instrumentos de acompanhamento e avaliação (ROCHA, 2008).

Neste sentido, cabe compreender as maneiras pelas quais a implementação de políticas de saúde acontece e, sobretudo, identificar e analisar os “elementos facilitadores e bloqueadores dessas políticas e, portanto, a questão da governabilidade” (PAIM, 2002:150). Este esforço torna-se fundamental para a implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia, conduzida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o que, por sua vez, pode impulsionar o referido processo, tendo como consequência a esperada democratização do acesso a atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

A questão de pesquisa que norteou este estudo refere-se a: *Como tem ocorrido o processo de implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, conduzida pela secretaria estadual de saúde?*

Tal questão se traduziu no objetivo geral deste estudo: analisar o processo de implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Nesse sentido, a presente investigação apresenta os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o lugar dos serviços relativos à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas na agenda das políticas de saúde na Bahia;
- Descrever as principais ações realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para a implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas;
- Caracterizar o contexto político organizacional da Secretaria Estadual de Saúde e suas possíveis influências no processo de implementação dessa política;
- Analisar as facilidades e os obstáculos para a implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

2. METODOLOGIA

2.1 Referencial Teórico

Partindo da hipótese geral segundo a qual a análise da implementação de Políticas de Saúde “depende não apenas da correlação de forças políticas que dirigem ou pressionam o Estado e seus aparelhos, mas também da distribuição do poder no interior do aparato estatal e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições” (PAIM, 2002:150), o presente estudo toma como referências: (1) ciclo da política; (2) conceitos de organização e poder; (3) triângulo de governo.

(1) A teoria do **ciclo da política pública**, focando o momento da **implementação**

Inicialmente é preciso explicitar o conceito de Política de Saúde utilizado neste estudo:

Entende-se por política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (PAIM e TEIXEIRA, 2006:74).

O desenvolvimento de uma determinada política compreende fases distintas em que os atores sociais presentes vão intervir de forma diferenciada, assim como a própria máquina estatal, a partir das forças políticas que definem o processo decisório (VIANA, 1997).

A análise de uma política implica examinar o Estado e as suas agências; os atores portadores de poderes e as relações entre estes e o Estado; os mecanismos, critérios e estilo de decisão, as práticas de negociação, os pactos, as escolhas materiais e morais; as variáveis externas que influenciam no processo e as relações entre atores públicos e privados; as metas e perspectivas do Estado e da sociedade;

a capacidade do Estado em incorporar e ter habilidade para implementar o projeto político do governo (VIANA, 1997; VIANA e BAPTISTA, 2008).

Em relação ao Ciclo da Política Pública, a maioria dos autores concorda que o estudo de uma política compreende as seguintes fases: determinação da agenda; formulação de política; implementação de política; avaliação de política.

A *determinação da agenda* tem como ponto de partida o reconhecimento de um problema como de relevância pública, o que ocorre, quando: (a) mobiliza uma ação política de grupos com recursos de poder e que procuram fazer valer seus interesses junto ao poder público; (b) em situação de crise; (c) quando representa uma “janela de oportunidade”⁷ (KINGDON, 1995).

Para Machado (1999), a constituição da agenda envolve interesses diversos, às vezes negociáveis, às vezes conflitantes e às vezes confluentes, nos quais as forças sociais pressionam para que seus projetos sejam implementados. A construção da agenda é determinada por atores ativos, que são os atores governamentais (parlamentares, executivo, funcionários do congresso etc.) e não governamentais (agentes externos, mídia, grupo de pressão, opinião pública etc.), e pelos processos e correlação de forças pelos quais alguns assuntos se destacam (SILVA, 2000). Isto significa que a agenda pública será determinada em grande parte pela concepção de Estado por parte daqueles que elaboram as políticas públicas (ORTIZ, GELINSKI e SEIBEL, 2008:233).

A inclusão de determinado problema na agenda política é influenciada e até determinada pela participação e ativismo social dos cidadãos e grupos representativos da sociedade civil no sentido de pressionar os governantes e chamar-lhes a atenção. Por sua vez, a retirada de um assunto da agenda governamental pode ocorrer em função de uma base de apoio incipiente e/ ou de políticas mal formuladas, devido a uma opção do governo de enfraquecimento da questão e ainda como consequência da alteração da natureza do problema (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Constituída a agenda, deve-se passar para a etapa de *formulação da política*, que é o momento da tomada de decisão, dos grandes consensos em relação às

⁷ Para Kingdon, a ideia de uma situação de oportunidade objetiva entender os motivos para o desenvolvimento de uma política. Ele considera também que um tema surge como prioritário após uma maturação do processo político e em uma situação específica, o que significa que embora um problema seja relevante para a população, pode não fazer parte da agenda política do governo. (KINGDON, 1995).

metas que se deseja alcançar, os recursos e o tempo. Expressa as escolhas políticas que “[...] estão inseridas em uma cultura e em condições socioeconômicas que influenciam os fazedores de políticas” (VIANA e BAPTISTA, 2008:76). Também as regras institucionais e a hierarquia que marca as relações governamentais circunscrevem as possibilidades de quem toma as decisões.

Os formuladores de políticas podem ser classificados em oficiais, que são as agências estatais com direito constitucional para formular a política, e não oficiais, que são os grupos com recursos de poder e a sociedade como um todo (SILVA, 2000). Assim sendo, na análise de uma política, é importante questionar o que motivou a escolha de uma determinada alternativa em detrimento de outras, ainda que muitas decisões relevantes sejam deixadas para o momento da implementação, na medida em que envolvem conflitos, relação de poder, negociações e compromissos muitas vezes antagônicos.

O momento da *implementação*, foco do presente estudo, corresponde à operacionalização da política em planos, programas e projetos no âmbito da máquina pública e a sua efetivação (PINTO, 2005; SOARES, 2007; VIANA e BAPTISTA, 2008). Envolve diversos sistemas e setores da administração pública, assim como grupos com interesses por vezes diversos. Também novos atores passam a fazer parte do processo, como os profissionais responsáveis diretamente pela assistência e que, muitas vezes, na implementação, tornam-se os principais agentes da aplicabilidade da política. Neste sentido, uma decisão tomada nas fases anteriores pode ser modificada, alterada ou até rejeitada, o que significa que novas negociações são iniciadas, novas decisões são tomadas e, até, outras formulações são feitas, o que pode levar ao reinício do ciclo da política (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Ainda segundo essas autoras, o processo de implementação de uma política depende de fatores como o entrosamento entre quem formula e quem implementa uma política, o conhecimento da política e de cada fase do processo, assim como as mudanças ocorridas com a nova política que expressam os graus de consenso e conflito em relação às metas e aos objetivos de uma política: “Quanto maior a mudança, menor o consenso” (VIANA e BAPTISTA, 2008:78). O estabelecimento de estratégias que consideram o contexto político, a política, a instituição e os atores envolvidos nesta fase, é fundamental para diminuir os embates e possibilitar negociações que garantam a sua implementação (SILVA, 2000).

Por fim, a última fase do ciclo da política é a *avaliação*. Refere-se ao acompanhamento do ciclo da política desde a formulação e passando pela análise do processo, dos produtos e dos resultados.

A implementação de políticas exige novas articulações e negociações determinadas pelas relações de poder internas e externas à organização. Nesse sentido, interessa também compreender como o poder se distribui no interior do aparato estatal.

- (2) O conceito de **organização e poder** tal como trabalhado por Mario Testa (1992), que considera que o “poder” na sociedade está situado na “organização”, ou seja, que as organizações são espaços de movimento dos atores controlando os recursos de poder:

O conceito de organização que utilizo abrange dois aspectos: o institucional, ou a consolidação burocrática de uma organização em geral, e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. É nas organizações, neste duplo sentido, que está situado o poder na sociedade (TESTA, 1992:117).

Testa (1992) interessa-se pelo comportamento dos atores sociais, enfatizando a análise das relações de poder e a consideração das práticas de saúde enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos.

Neste estudo, poder pode ser definido como “uma relação entre dois sujeitos na qual um impõem ao outro a própria vontade para obtenção de alguma vantagem. Há várias formas de poder sobre o homem, e o poder político é apenas uma delas” (VIANA e BAPTISTA, 2008:69).

No campo da saúde, os principais tipos de poder com os quais um indivíduo, grupo social ou instituição lidam são: (1) o poder técnico, que consiste na capacidade de gerar ou lidar com a informação de características distintas; (2) o poder administrativo, que representa a capacidade de se apropriar de recursos e distribuí-los; (3) o poder político, que é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demandas ou reclamação de suas necessidades e interesses (TESTA, 1992).

Neste sentido, as organizações de saúde estatais, “[...] podem refletir, por meio de seu quadro dirigente, a distribuição de poder setorial, expressando os interesses econômicos, de classe e político-ideológico desses grupos” (COELHO e PAIM, 2005:1375).

Os interesses conflitantes no aparato estatal vão influenciar as formas de organização e execução do trabalho, sempre mediadas por relações de poder que precisam ser desvendadas em suas diversas possibilidades de expressão. Para melhor entender essa problemática, será utilizado o conceito de “Triângulo de Governo” (MATUS, 1987 e 1996).

- (3) A categoria **Triângulo de Governo** tal como abordada por Matus (1987 e 1996) refere-se a três variáveis distintas que se entrelaçam e se condicionam conformando os vértices de um “triângulo de governo”. Esses elementos definem-se como: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade.

O *projeto de governo* “refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe realizar para alcançar seus objetivos” (MATUS, 1996:59). Não é apenas produto do interesse do governante, mas também da sua capacidade de governo. Neste sentido, é a expressão do capital político e intelectual aplicado a uma proposta de governo.

Para Matus (1997), um projeto de governo é uma aposta com fundamento estratégico ou algum cálculo *técnico-político* sobre resultados e metas, que atua num jogo com diversos atores e cercado por vários tipos de incertezas, sendo o resultado mediado por variáveis que, por vezes, escapam ao controle do governo. A previsão dos resultados está relacionada com a capacidade e os propósitos do governo. Capacidades baixas e grandes propósitos produzem uma previsão pobre em resultados, enquanto que quanto maior a capacidade de previsão dos resultados, maior a credibilidade do governo. Vale lembrar que “em política, la credibilidad es casi todo”. (MATUS, 1987:9).

A *capacidade de governo* “[...] se refere ao acervo de técnica, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados” (MATUS, 1996:61), dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. A capacidade de governo se expressa no capital intelectual acumulado pelas equipes dirigentes, na capacidade de direção, de gerência, administração e controle de modo que o domínio de técnicas potentes de planejamento é uma das variáveis mais

importantes da capacidade de governo. (MATUS, 1987). Depende da governabilidade do sistema e do conteúdo propositivo do seu projeto de governo

A *governabilidade* é a “relação entre as variáveis que o ator controla e as que não controla, no seu processo de governo – variáveis essas ponderadas pelo seu valor para a ação do ator” (MATUS, 1996:60). Depende diretamente do capital ou poder político do dirigente, do conteúdo propositivo do seu projeto de governo e da sua capacidade de governo.

A governabilidade de um sistema se refere a um ator determinado. A primeira relativização compreende o fato de que um sistema não é igualmente governável ou ingovernável para os distintos atores sociais, pois cada um deles controla uma proporção distinta de variáveis do sistema. A segunda relativização assinala que a governabilidade depende do conteúdo propositivo do seu projeto de governo, por exemplo, é mais governável para objetivos mais modestos e menos governável para objetivos ambiciosos. A terceira indica que a governabilidade é maior se o ator tem alta capacidade de governo e é menor se tem baixa capacidade de governo. (MATUS, 1987:75).

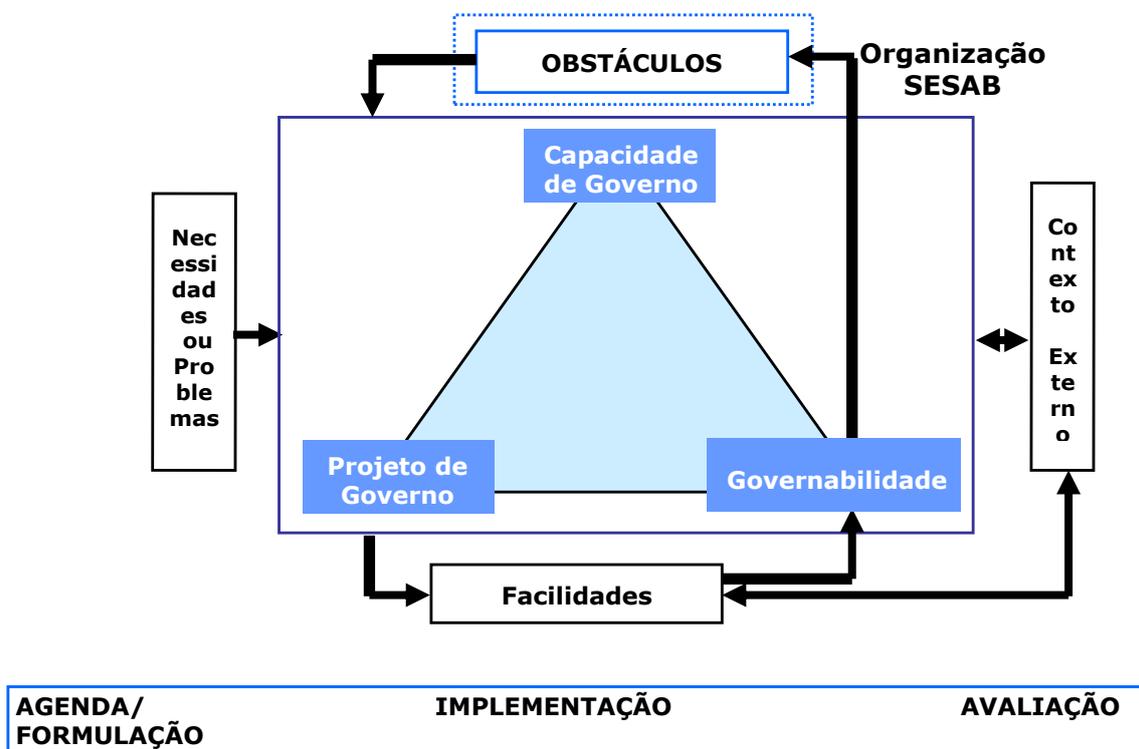
Este modelo triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica), como categorias políticas (governabilidade do sistema). Assim, o conceito-guia de gestão adotado assume que a capacidade de gestão de uma organização pode ser também aferida pela capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução desses projetos e por sua capacidade de articular e mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas (GUIMARÃES et al., 2004).

É importante refletir que, se por um lado as variáveis do triângulo de governo são distintas, por outro, só podem contribuir para a complexa análise do processo de governo se entendidas enquanto entrelaçadas e interdependentes.

Estudar o processo de implementação da política de álcool e outras drogas na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) implica analisar os projetos de governo voltados para este tema. Por sua vez, o exame do contexto em que esta política está inserida supõe um conjunto de resistências e apoios no qual a

correlação de forças deve informar qual é o efetivo apoio/ rejeição/ desinteresse de atores políticos envolvidos nesse processo – gestores, profissionais da área, movimentos sociais e sindicais, opinião pública, poder legislativo, meios de comunicação, formadores de opinião –, e também qual a capacidade de governo da equipe dirigente em termos de técnicas, métodos, habilidades e experiências para implementar o seu projeto, ampliando, por sua vez, a própria governabilidade.

FIGURA 1 – Modelo lógico-teórico



No modelo lógico/ teórico proposto, no *contexto externo/ nacional*, foram consideradas as relações entre o Estado e a Sociedade que propiciaram a formulação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas, objeto desse estudo. Essa política está representada em um apêndice deste trabalho (Apêndice C) com a imagem-objetivo para a implantação nos níveis Estaduais e Municipais.

Do mesmo modo, as relações entre o Estado e a sociedade no âmbito estadual e municipal compõem um contexto para a implementação da Política de Saúde Mental – álcool e outras drogas. A análise dessas relações implica a

identificação das necessidades e dos problemas para os quais a política se propõe a responder, do contexto nacional e estadual configurado pelas relações de poder entre Estado e Sociedade, assim como dos elementos facilitadores e bloqueadores nesse macro-contexto para a implementação da política, à luz dos conceitos de organização e poder para análise do micro-contexto da SESAB, o que diz respeito à governabilidade.

A governabilidade apresenta duas dimensões: uma *externa*, que guarda relação com a sociedade e com o Governo; e outra *interna*, que é produto da organização do trabalho e da distribuição do poder no interior da instituição. No caso da SESAB, propõe-se identificar a capacidade de governo para implementação da política proposta e como essas relações têm favorecido ou bloqueado a implementação das ações contidas na proposta de governo do gestor.

2.2 Desenho do Estudo e dos Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

2.2.1 Desenho do estudo

Uma pesquisa qualitativa e descritiva, ocorrida no período de 2007 a 2009, a partir de um estudo de caso único – o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, supostamente com alguma responsabilidade para a implantação das ações de Saúde Mental – álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

2.2.2 Procedimentos de coleta, registro e processamento de dados

A investigação foi conduzida na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- (1) Pesquisa documental** – Inicialmente foi feita uma revisão de documentos federais e estaduais relativos à atenção a usuários de álcool e outras drogas. Um plano de análise da documentação estudada encontra-se nos apêndices E, F e G.

(2) Entrevistas – As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas no segundo semestre de 2009. Os roteiros das entrevistas apresentaram, em sua maioria, questões em comum e algumas específicas, diferenciadas a partir da inserção dos sujeitos no processo investigado, contemplando os objetivos do estudo, abordando questões relativas ao projeto de governo, à capacidade de governo e à governabilidade, assim como às categorias poder e organização. O roteiro de entrevista aplicado aos coordenadores de CAPS ad do Estado da Bahia contemplaram questões referentes aos princípios e às diretrizes da Política de álcool e outras drogas, buscando responder como tem sido o processo de implementação dessa política nos serviços. Já o roteiro de entrevistas aplicado aos representantes dos movimentos sociais objetivou a análise da participação destes na gestão das políticas de Saúde mental e álcool e outras drogas na SESAB. (Apêndice D).

Foram efetuadas entrevistas com 19 informantes-chaves, selecionados pela importância que tinham no processo de implementação da Política de Álcool e outras drogas no Estado da Bahia e também de maneira a permitir a apreensão da diversidade dos fatores envolvidos na implementação dessa política. Trata-se de sujeitos que trabalham ou trabalharam na Secretaria Estadual de Saúde e/ ou mantém relação com a instituição a partir da inserção na problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas, seja pela via clínica e/ ou política.

Os objetivos do estudo foram brevemente apresentados antes do início de cada entrevista, explicitando-se, ainda, a voluntariedade da participação, a confidencialidade das informações prestadas e o anonimato dos sujeitos. Todos os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), recebendo uma cópia do documento. As entrevistas foram gravadas em áudio, tiveram duração de 40 a 120 minutos e foram conduzidas pela pesquisadora. Os atores selecionados para entrevista foram:

- SESAB: Diretor (a) da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC); Coordenador (a) de Políticas Transversais⁸, atual e anterior; apoiadores Institucionais da Área Técnica de Saúde Mental/ referência em álcool e outras

⁸ A entrevista com a primeira Coordenadora de Políticas Transversais desta gestão foi realizada por e-mail, considerando que a mesma reside em outro Estado.

drogas; representante da Diretoria de Atenção Básica (DAB); representante da Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP); Coordenador de Saúde Mental da SESAB; coordenador(a) de Educação Permanente da DGC.

- Movimentos sociais⁹: Presidente da Associação Metamorfose Ambulante (AMEA); Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental – Bahia (ABRASME – BA); Presidente da Associação Psiquiátrica da Bahia (APB);
- Coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD); e Coordenador do CAPS ad/ Pernambuco.
- Coordenadores de CAPS ad do Estado da Bahia: coordenadores dos municípios de Feira de Santana, Eunápolis, Santo Antônio de Jesus, Vitória da Conquista e Paulo Afonso, que foram entrevistados por e-mail.

(3) Grupo focal (GF) – Foi realizado grupo focal com 09 “Apoiadores Institucionais” da Área Técnica de Saúde Mental, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de como circula o poder dentro da SESAB.

Foi realizada uma breve exposição com as definições de poder técnico, administrativo e político e, em seguida, foi apresentado o quadro abaixo para preenchimento de como se distribui o poder na SESAB em relação à Saúde Mental e, mais especificamente, às questões relativas a área de álcool e outras drogas. O referido quadro foi composto por organizações ou por seus representantes, que supostamente têm poder de influência ou participam do processo de implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Foi solicitado aos participantes do grupo focal que distribuíssem os tipos de poder na SESAB, individualmente, de acordo com a percepção que tivessem em relação ao tema, utilizando símbolos (de um a cinco) que pontuavam a distribuição do poder. Por fim, foi realizada uma discussão sobre como circula o poder no interior da SESAB a partir

⁹ O NESM não indicou um representante para a entrevista, justificando que o que tinha a dizer sobre a relação com a SESAB estava em carta aberta a ser publicada.

do preenchimento individual do quadro e também de questões propostas ao grupo. (Apêndice D, Bloco IV).

QUADRO i – Sobre a distribuição do poder

Tipos de poder/ Setor	Poder Técnico	Poder Administrativo	Poder Político
CETAD/ UFBA			
CAPS ad/ SESAB			
GT em políticas de álcool e outras drogas			
Área Técnica de Saúde Mental			
Diretoria de Gestão do Cuidado			
Superintendência de Atenção Integral à Saúde			
Secretário de Saúde			
Representante dos trabalhadores de Saúde – Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde (SINDSAÚDE)			
Representante dos Médicos – Sindicato dos Médicos (SINDMED)			
Representante dos usuários – AMEA			
Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM)			
Associação de Psiquiatria da Bahia			

2.2.3 Análise dos dados

Os documentos consultados foram processados conforme um plano de análise (Apêndices F e G), que procurava verificar a consistência entre os propósitos do governo e as ações implementadas pela SESAB. A partir da identificação das

ações realizadas pela gestão estadual, estas foram comparadas com as propostas das políticas de saúde nacionais que envolvem a problemática do consumo de álcool e outras drogas, buscando-se os pontos de convergência e divergência entre elas. Já o material coletado por meio das entrevistas e do grupo focal foi lido e analisado de acordo com um plano geral de análise, no intuito de identificar, nos discursos dos atores, as ações desenvolvidas, as propostas realizadas e os principais obstáculos e facilidades encontrados para a implantação de projetos relacionados a álcool e outras drogas. Os dados foram classificados segundo as categorias analíticas propostas no plano de análise, com base no quadro teórico deste estudo (Apêndice E).

2.3 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, responsável, nesta Universidade, pela emissão de parecer e julgamento sobre aspectos éticos em estudos no campo da saúde coletiva que envolvem a participação da mencionada instituição. Foi considerada a legislação pertinente relacionada à pesquisa em seres humanos e em organizações, resguardando-se o sigilo das informações prestadas pelos participantes. Foram seguidos todos os protocolos e preenchidos os instrumentos exigidos pela Comissão de Ética do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O presente estudo não implicou riscos ou danos à saúde dos participantes. Os gestores dos serviços, bem como os profissionais convidados a participar da entrevista foram informados sobre os seus objetivos, conforme descrito anteriormente. As entrevistas foram realizadas mediante total esclarecimento dos informantes quanto aos propósitos do estudo e consentimento dos mesmos por escrito. Todo empenho foi empregado no sentido de propiciar um ambiente tranquilo e acolhedor para o entrevistado, sendo-lhe asseguradas as condições de sigilo e anonimato, e garantido que, em caso de desistência quanto ao consentimento dado, sua decisão seria acatada imediatamente pelo pesquisador sem que lhe fosse causado qualquer constrangimento. Esta conduta valeu para toda e qualquer situação ou todo momento do estudo.

3. RESULTADOS

3.1 O Estado da Bahia e a Rede de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas

O Estado da Bahia, segundo o censo IBGE/ 2009, possui uma área de 564.692,669 km², com uma população estimada em 14.637.364 habitantes, dividida em 417 municípios, nove Macrorregiões de Saúde e 28 microrregiões, conforme Plano Diretor de Regionalização - PDR/2008. Apresenta ainda 31 Diretorias Regionais de Saúde -DIRES.

Em julho de 2008, o Núcleo de Apoio Institucional (NAI), da Área Técnica de Saúde Mental, apresentou uma Análise da Situação de Saúde Mental do Estado da Bahia, com dados obtidos através de fontes oficiais, bem como de visitas institucionais e encontros realizados nas Macrorregiões de Saúde e 1ª DIRES do Estado da Bahia.

Os resultados demonstraram que, naquele período, a rede de Saúde Mental do Estado da Bahia era composta por: 7 Hospitais Psiquiátricos ainda existentes no Estado, sendo 3 localizados na capital e os outros 4 distribuídos nos municípios de Feira de Santana, Juazeiro, Itabuna e Vitória da Conquista; uma rede de CAPS composta por 150 estabelecimentos; o Programa de Volta pra Casa, com 48 municípios cadastrados, distribuídos em todas as macrorregiões, ainda que apenas 5 municípios possuam um total de 98 beneficiários; 19 Residências Terapêuticas implantadas, com um total de 108 residentes; 26 Ambulatórios Especializados em Saúde Mental; 101 municípios com Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial nos serviços de saúde; e 125 leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais/ Municipais, sendo estes distribuídos em sua maioria absoluta entre a macrorregião Sul (62 unidades) e 1ª DIRES (56 unidades).

A Tabela a seguir permite visualizar o número de municípios por Macrorregião de Saúde, bem como a distribuição dos municípios pelo critério populacional.

TABELA 1 – Distribuição dos municípios por Macrorregião de Saúde, conforme critério populacional. Bahia, 2008

MACRORREGIÃO	nº Municípios	Abaixo de 20.000 hab.	20.000-69.999 hab.	70.000-199.999 hab.	Acima de 200.000 hab.
CENTRO-LESTE	73	45	26	1	1
CENTRO-NORTE	38	28	9	1	0
EXTREMO-SUL	21	7	11	3	0
LESTE	48	22	20	4	2
NORDESTE	33	21	11	1	0
NORTE	27	11	13	2	1
OESTE	37	22	14	1	0
SUDOESTE	73	50	21	1	1
SUL	67	44	19	2	2
TOTAL	417	250	144	16	7

Fonte: BAHIA. *Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia.*

Dos 417 municípios do Estado da Bahia, 250 (60%) não atendem ao critério populacional para implantação de CAPS I, enquanto 34,5% dos municípios podem implantar estes serviços. Em relação a CAPS II e CAPS ad, apenas 16 municípios (3,8%) possuem população superior a 70.000 habitantes e poderiam dispor desses dispositivos, e somente 1,7%, por apresentarem população superior a 200.000 habitantes poderiam implantar CAPS III e CAS ia, conforme portaria nº 336/ GM de 19/02/2002.¹⁰

O Estado da Bahia, no período da pesquisa, apresentava uma rede de CAPS em funcionamento distribuídos por macrorregiões e 1ª DORES, da seguinte forma:

¹⁰ A portaria GM 336 de 19/02/2002 estabeleceu, entre outras definições, os serviços substitutivos de atenção diária específicos para a área de álcool e outras drogas (Centros de Atenção Psicossocial – álcool/ drogas, os CAPS ad). Elaborada em 2001, essa portaria só foi publicada em 2002, após a realização da III CNSM.

TABELA 2 – Distribuição dos tipos de CAPS por macrorregião. Bahia, 2008

MACRORREGIÕES	CAPS EM FUNCIONAMENTO				
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS IA
OESTE	6	1	0	0	0
NORTE	8	1	0	2	0
NORDESTE	5	0	1	0	0
LESTE	8	1	0	0	0
SUL	11	4	0	2	1
EXTREMO-SUL	12	3	0	3	1
SUDOESTE	18	1	0	1	0
CENTRO-NORTE	4	1	0	1	0
CENTRO-LESTE	24	4	1	2	1
1ª DIRES	7	12	0	1	2
TOTAL	103	28	2	12	5

Fonte: BAHIA. *Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia.*

Destaca-se que a rede de CAPS do Estado da Bahia é composta, em sua maioria (68,7%) por serviços tipo I, seguida de CAPS II (18,7%), CAPS ad (8%), CAPS IA (3,3%) e CAPS III com apenas dois serviços implantados, correspondendo a 1,3% do total da rede.

Em relação aos CAPS ad, ainda que todas as macrorregiões possam implantar serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas, a distribuição se dá de forma insatisfatória, uma vez que duas delas não apresentam tal dispositivo (Oeste e Nordeste) e, em Salvador, existe apenas 1 CAPS ad disponibilizado para uma população de mais de 3 milhões de habitantes.

Segundo informações de junho de 2009 (SESAB – Área Técnica de Saúde Mental), a rede de CAPS ad no Estado da Bahia, por macrorregião, está assim distribuída:

QUADRO ii – CAPS ad implantados por município e por macrorregião. Bahia, 2009

CAPS ad IMPLANTADOS	
MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO
Leste (1ª DIRES)	Salvador
Centro-Leste	Feira de Santana
Centro-Leste	Serrinha
Norte	Juazeiro
Norte	Paulo Afonso
Sul	Jequié
Sul	Itabuna
Centro-Norte	Jacobina
Sudoeste	Vitória da Conquista
Extremo-Sul	Eunápolis
Extremo-Sul	Teixeira de Freitas
Extremo-Sul	Porto Seguro

Fonte: BAHIA. **Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia.**

O CAPS ad do município de Santo Antônio de Jesus, apesar de implantado, não constava no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo sido credenciado pelo Ministério da Saúde somente em 28 de outubro de 2009.

Para compreender as especificidades da atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas nos municípios do Estado da Bahia, foram realizadas entrevistas com coordenadores de CAPS ad¹¹. Foi possível constatar que o trabalho

¹¹ “[...] **CAPS ad** devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de

nessas unidades se desenvolve tendo como referência a Política do Ministério da Saúde para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas. São destacados como pontos importantes desta Política: (1) a implementação de práticas de redução de danos; (2) mudança do “olhar” (menos preconceituoso) para o usuário de Substâncias Psicoativas (SPAs); (3) a realização de atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários; (4) a garantia de direitos sociais e do SUS; (5) o consumo de drogas colocado como problema de Saúde Pública.

A relevância é a inclusão que se faz ao usuário de álcool e outras drogas com direitos sociais já garantidos pelo SUS, como de universalidade e totalidade de acesso à assistência integral de forma equânime (I 3).

São objetivos desses serviços: realizar o atendimento integral e a reinserção psicossocial dos usuários, melhorando a sua qualidade de vida e fortalecendo seus vínculos afetivos, familiares e profissionais; minimizar os danos decorrentes do uso de SPAs. Para tanto, são referidos como principais estratégias os grupos terapêuticos, as oficinas e os atendimentos individuais; o atendimento familiar; a realização de eventos como estratégia de inclusão social; a implementação e ampliação dos trabalhos extramuros; a articulação intra e inter-setorial. Ou ainda, segundo os entrevistados:

Oferecer atendimento à população do município, realizando acompanhamento clínico, buscando a reinserção social das pessoas portadoras de dependência química e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (I 4).

Implementação do trabalho realizado internamente, através de oficinas e adequação do projeto terapêutico do serviço à realidade local; assim como implementação e ampliação dos trabalhos extramuros (I 1).

Os princípios norteadores da clínica ampliada¹² são a integralidade e equidade; a escuta individualizada, diferenciada e desprovida de preconceitos e estigmas, com o respeito ao desejo do outro; a discussão sobre os direitos sociais e a redução de danos.

Há um entendimento comum sobre a “redução de danos”¹³ enquanto intervenção para diminuir riscos e danos consequentes ao consumo de SPAs. Também é entendida como uma Política de Saúde e como uma estratégia que aproxima o usuário do serviço à medida que trabalha com o seu desejo e divide responsabilidades entre cuidador e paciente.

Para mim, a **redução de danos** é uma estratégia de saúde que visa aproximar o usuário dos serviços, trabalhando o desejo do paciente, visando reduzir/ minimizar os riscos e danos decorrentes do uso de drogas (I 1).

Redução de danos é o conjunto de estratégias e ações dirigidas a indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, que não conseguem ou não querem parar de consumir tais substâncias. E tem por objetivo diminuir os riscos e consequências que esse consumo pode causar (I 2).

O trabalho em rede¹⁴ é considerado fundamental, pois significa, para os entrevistados, a realização de ações em parceria e na perspectiva da

¹² “**A Clínica Ampliada** é um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adesão de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.” (BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Textos Básicos. Brasília**: Ministério da Saúde. 2006).

¹³ **Redução de Danos** – “[...] estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto-regulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada.” ((BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.18p.)

¹⁴ “[...] é a **rede** de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida.” ((BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.11p.)

intersectorialidade¹⁵. Todos os serviços referem desenvolver alguma intervenção na comunidade e/ ou em parceria com a atenção básica, no sentido da prevenção, como na realização de campanhas educativas, e da sensibilização, apesar da dificuldade mencionada em função, principalmente, do número limitado de profissionais que compõem a equipe dos CAPS ad. Para o Ministério da Saúde, é a rede que cria acessos e possibilidades de inclusão social.

Trabalhar em rede significa que os setores de saúde, sociais, educacionais, jurídicos, de segurança, comunitários, entre outros, trabalham em parceria, “articulados”, com o intuito de solucionar as diversas questões que envolvem o usuário de drogas (CAPS 4).

O trabalho em rede, articulado intra e intersectorialmente, abre possibilidades de acolhimento à crise do usuário, considerando a necessidade de retaguarda quando se esgotam as possibilidades dentro do próprio serviço. A relação com os hospitais gerais é descrita como mais complexa, uma vez que não há leitos psiquiátricos nessas unidades, de modo que essas equipes não estão preparadas para o atendimento ao usuário de SPAs. Para o Ministério da Saúde, é preciso criar estratégias e melhorar a atenção tanto aos casos mais graves quanto as situações de crise¹⁶.

Com os hospitais gerais, é um pouco complicada, ainda, devido à falta de leitos e ao perfil dos profissionais no atendimento – não todos. E com os hospitais psiquiátricos, são boas as relações. No

¹⁵ **Atuar de forma integrada Intra e Intersectorial.** “O impacto de políticas públicas coordenadas setorialmente é visível e vem se impondo para todas as áreas sociais do governo... O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas [...]” (BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.24p.)

¹⁶ “Também é fundamental aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos; o mesmo deve ocorrer em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais”. (BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.24p.)

entanto, ficam muito distantes da nossa cidade, e geralmente temos mais acesso aos de outros estados, como Pernambuco, Alagoas e Sergipe (I 5).

Nesse sentido, a *formação dos profissionais*¹⁷ dos CAPS ad e da rede como um todo é destacado pelos entrevistados que aludem ao desenvolvimento de ações nesta direção: grupos de estudos, discussão de casos semanais, participação em encontros e capacitações, realização de palestras em faculdades, escolas, empresas e comunidade; organização do fórum municipal de álcool e outras drogas. A supervisão institucional é indicada como uma necessidade.

Há grupo de estudo e discussão de casos com a equipe técnica. Solicitei uma supervisão à área técnica da SESAB e uma profissional veio ao nosso serviço, o que foi muito bom. Toda a equipe foi inscrita no curso SUPERA¹⁸ e fez o curso, e os que ainda não fizeram foram inscritos e esperam ser convocados. [...] o CAPS ad disponibiliza o material para ser utilizado, incentivando os profissionais a se capacitarem para o atendimento do usuário. O serviço conta também com uma biblioteca (I 3).

Os coordenadores encontram apoio dos profissionais da equipe para o desenvolvimento das ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas, apesar de dificuldades relativas à rotatividade deles nos serviços em função dos contratos de trabalho precários e da necessidade de mais profissionais com formação para

¹⁷ **Formação de profissionais:** “Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPS ad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool” (BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2004. 18p.).

¹⁸ **SUPERA** (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento). “Este é um curso totalmente gratuito que objetiva a capacitação de profissionais da área de saúde com conhecimentos para a correta identificação e diagnóstico dos usuários de álcool e/ ou outras drogas, instrumentalizando-os para trabalharem com diferentes modelos de prevenção, formas adequadas de intervenção e encaminhamento, além de outras demandas existentes em seu cotidiano de trabalho, sempre em consonância com as orientações e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). O curso SUPERA é executado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na modalidade de Educação a Distância (EaD)”. (BRASIL, Secretaria Nacional sobre Políticas de Drogas. **Supera.** Brasília: Gabinete Institucional da Presidência da República, 2006. Disponível em: <www.supera.org.br/senad>. Acesso em: jan. 2010).

trabalhar com o modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica. Também a comunidade é mencionada no sentido de reconhecimento dos trabalhos realizados e de cooperação com as atividades desenvolvidas.

O CAPS ad atua junto à comunidade nos conselhos locais de saúde, feiras de saúde de instituições governamentais ou não, aulas institucionais em universidades públicas e particulares, palestras sobre temáticas em álcool e drogas (I 3).

Ainda que recebam apoio da gestão municipal – prefeito e/ ou secretário de saúde –, os coordenadores sentem falta de mais incentivo dos gestores.

Os técnicos apoiam. Porém, ainda temos uma necessidade de mais profissionais no CAPS ad para conseguir executar as propostas e projetos elaborados. Sentimos uma lacuna muito grande na falta de uma Política de Saúde Mental no município e, portanto, de apoio dos gestores na implantação da política de álcool e outras drogas (CAPS 3).

Apesar da referência quanto à importância da parceria da comunidade no trabalho desenvolvido pelo CAPS, o controle social¹⁹ e a participação de representantes da sociedade civil, na construção das propostas que envolvem a atenção a usuários de álcool e outras drogas, são quase inexistentes. Os entrevistados citam apenas os grupos religiosos e os policiais – que criaram um grupo de redução de danos e ministram palestras para adolescentes e usuários de drogas.

Não percebo uma participação efetiva de representantes da sociedade civil em relação à construção de propostas que envolvem a atenção a usuários de álcool e outras drogas (I 2).

[A participação é] muito pequena. Muitas vezes, sentimos que estamos trabalhando sós e que esse é um interesse apenas nosso, que estamos diretamente envolvidos no serviço. Contudo, em seis anos de funcionamento, é possível verificar os avanços, apesar das muitas dificuldades. Com certeza, um maior incentivo, a ampliação do quadro de recursos humanos, um plano de cargos e salários, a efetivação dos profissionais, a capacitação para os técnicos e as instituições parceiras seriam de grande importância para

¹⁹ “Quanto ao **controle social** dos danos à saúde relacionados ao uso do álcool, deve ser fomentado o debate público em várias instâncias de modo a viabilizar o controle social sobre os danos à saúde e relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas” (BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras droga**. 2004.19p.).

implementação e ampliação dos serviços prestados à comunidade. Muito se tem a fazer, contudo, faltam os instrumentos que nos auxiliem (I 1).

Na maioria dos municípios, as discussões sobre o tema acontecem em reuniões pontuais para resolução de problemas. Foram citados os seguintes espaços de discussão: o colegiado de saúde mental; o Fórum Municipal de Álcool e outras Drogas com a participação de instituições da saúde, educação, justiça, do desenvolvimento social e de estudantes e usuários do serviço; a Conferência Municipal de Saúde; a associação de usuários e familiares de saúde mental.

Não existem arenas de pactuação em relação às ações a serem implementadas no campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas nos municípios e entre estes e a esfera estadual e nacional. A Conferência Estadual de Saúde é considerada como um espaço adequado para discussão sobre o tema.

Os entrevistados acreditam ser possível identificar certos valores e referenciais éticos entre as pessoas envolvidas no processo de implementação da política de álcool e outras drogas no seu município, principalmente entre técnicos, e enfatizaram a preocupação com as questões éticas e o trabalho com a comunidade. Destacaram também a existência de preconceitos e estigmas em relação ao usuário, embora considerassem que esta situação está em fase de mudança.

Uma grande preocupação da equipe técnica são as questões éticas relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas. Isso vem frequentemente sendo discutido nas reuniões que acontecem no CAPS ad. A comunidade ainda precisa ser muito orientada e informada sobre estas questões, bem como os familiares dos usuários (I 4).

Para os coordenadores de CAPS ad, os principais efeitos em relação ao processo de implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia são: o fortalecimento de uma política ou de diretrizes para atenção a usuários de álcool e outras drogas no município; a redução do estigma e da discriminação para com usuários de SPAs; a conscientização da dependência química enquanto problema de saúde; a discussão do tema na TV, no rádio, nos conselhos de saúde, as entrevistas em jornais virtuais e impressos.

Hoje, apesar do pouco tempo de existência do CAPS ad, a população já começa a entender o que é a dependência química. Membros políticos sempre falam da importância do serviço em reuniões [...]. A proposta do CAPS ad é sempre mostrada em jornais do município e sites (I 4).

Fortalecimento da política municipal de álcool e outras drogas, redução do estigma e discriminação para com usuários de SPAs; conscientização da dependência química enquanto problema de saúde (I 1).

Os efeitos sobre a sociedade se dão através da ação da equipe ao levar a discussão do tema para a TV, o rádio, os conselhos de saúde, as entrevistas em jornais virtuais e impressos (I 3).

Nesse sentido, há uma concordância entre os entrevistados quanto à importância de levar a discussão do tema do consumo e da atenção a usuários de álcool e outras drogas para o debate público, co-responsabilizando a população no processo de construção de estratégias e ações para lidar com a questão, o que, por sua vez, tornaria os cidadãos mais responsáveis, mais críticos, mais ativos e participativos na comunidade da qual fazem parte, fomentando o controle social.

As estratégias de participação popular e controle social propostas na política na perspectiva de desenvolver práticas sociais que proporcionem amadurecimento político e cidadania poderiam contribuir, segundo os entrevistados, para que o projeto ético-político defendido pela Reforma Psiquiátrica fosse fortalecido e reafirmado.

Por fim, são citadas pelos coordenadores de CAPS ad como principais dificuldades e facilidades para implementação das ações de álcool e outras drogas pelos serviços: as dificuldades são a não efetivação dos profissionais nos CAPS e de uma política de cargos e salários; a pouca capacitação dos profissionais para intervir na questão; a falta de investimento nos serviços e de incentivo financeiro em geral; a discriminação, os preconceitos e estigmas para com os usuários de álcool e outras drogas. As facilidades são a criação dos serviços substitutivos e o seu financiamento (ainda que parcial) pelo Ministério da Saúde; a parceria entre os profissionais envolvidos com o projeto e a interdisciplinaridade.

É importante destacar que as “facilidades” referidas pelos entrevistados apontam, sobretudo, para o envolvimento dos profissionais com a atenção psicossocial aos usuários e a interdisciplinaridade em saúde como condição e

possibilidade para implementação da atenção integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

3.2 Projeto de Governo

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966 e modificada pelas Leis nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998; nº 8.888, de 24 de novembro de 2003; nº 9.831, de 01 de dezembro de 2005; nº 10.955, de 21 de dezembro de 2007; nº 11.055, de 26 de junho de 2008, e nº 11.373, de 05 de fevereiro de 2009, em consonância com as disposições da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como finalidade formular a política estadual de saúde, gerir o Sistema Estadual de Saúde e executar ações para promoção, proteção e recuperação da saúde.²⁰

Atualmente, dentre os órgãos de subordinação direta ao gabinete, conforme organograma da SESAB (anexo A), encontra-se a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), que tem por finalidade a formulação, o apoio e o acompanhamento da implantação e implementação da política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, bem como gerenciar, controlar e avaliar as unidades de saúde, sob administração direta e indireta (Seção XVII, art. 22 do Regimento Interno da SESAB – 2010). É composta por quatro diretorias: Diretoria de Atenção Básica (DAB); Diretoria de Atenção Especializada (DAE); Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) e Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC).

A DGC, por sua vez, tem por finalidade coordenar processos de formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas e programas estaduais de saúde, que garantam a qualificação, a ampliação do acesso e a integralidade da Atenção à Saúde (Seção XVII, art. 22 do Regimento Interno da SESAB – 2010). É constituída por três coordenações: Coordenação de Promoção da Equidade; Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero e Coordenação de Políticas Transversais, esta última composta por sete áreas técnicas, dentre elas a Área Técnica de Saúde Mental.

²⁰ Este é o novo regimento interno da SESAB, que já está sendo aplicado, apesar de aguardar aprovação da Procuradoria Geral do Estado para publicação em diário oficial.

Na nova estrutura da SESAB, nessa Diretoria de Gestão do Cuidado, tem três coordenações: uma Coordenação de Políticas Transversais, onde está a área de saúde bucal, saúde mental, [a área voltada para] pessoa com deficiência, alimentação e nutrição, oncologia, diabetes e hipertensão, e violência. [Há a] Coordenação de Promoção da Equidade, que trabalha a questão dos excluídos, os assentados, quilombolas, albinos, indígenas... E tem outras também... A Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero, como o próprio nome diz, cuida da criança, da mulher, do homem, do idoso, do adolescente (G 7).

Nesta gestão, a Saúde Mental foi constituída como uma Área Técnica, a qual corresponde a uma das sete áreas técnicas que integram a Coordenação de Políticas Transversais da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) (ALVES, 2009). É referência para as questões relativas à atenção a usuários de álcool e outras drogas e responsável pela implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Na pesquisa aos documentos oficiais do governo, em relação à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, foram encontradas as seguintes referências: Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner e o Plano Estadual de Saúde.

Nos “Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner”, estão propostas a priorização das “ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para a questão das dependências químicas (álcool e outras drogas)” e a ampliação do “número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em atenção às dependências químicas”.²¹

No Plano Estadual de Saúde, para a identificação dos problemas de saúde da população, foram realizadas oficinas com representantes do Estado e dos municípios das microrregiões, cujos resultados foram consolidados e correlacionados com o perfil epidemiológico, as demandas das Conferências Municipais de Saúde e as demandas de oferta dos serviços.

Nas macrorregiões Centro-Leste, Extremo-sul, Leste, Sudoeste e Sul, o consumo elevado de álcool e outras drogas foi destacado como problema prioritário

²¹ BAHIA, Secretaria de Saúde. **Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner**. Conselho Estadual de Saúde. 18 p. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Política%20e%20Programas%20de%20Saúde/Apresentação%20Políticas%20e%20Programas%20Saúde%20Wagner.pdf>>. Acesso: 24 de jan. 2010.

de saúde²². No entanto, as ações propostas para lidar com o problema do consumo elevado de álcool e outras drogas não foram mencionadas diretamente. Possivelmente estão contempladas na proposta de atenção à Saúde Mental conforme a apresentação a seguir: Linha de Ação IV – Atenção à Saúde com equidade e integralidade; Compromisso 8 – Atenção Integral à Saúde das populações com maior vulnerabilidade social e situações especiais de agravos com vistas à redução de iniquidades. Objetivo específico 8.3 – Desenvolver Políticas de Atenção à Saúde que sejam transversais às ações no Ciclo de Vida, Gênero e Raça. Na Ação Estratégica: “Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental”²³.

Como metas, espera-se implantar 30 leitos integrais em psiquiatria em hospitais gerais de municípios estratégicos do Estado; incluir a Educação Permanente em Saúde Mental nas 9 macrorregiões de saúde e, ainda, alcançar o patamar de 70% dos municípios com ações de Saúde Mental implementadas, com apoio da SESAB para gestão dos serviços.

Foram encontradas propostas relativas a álcool e outras drogas também na Linha de Ação VII: Promoção da Saúde, intersetorialidade e proteção da sociedade. Compromisso 13: Políticas Transversais para Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e Proteção da Sociedade. Compromisso 13.2 – Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade. Ação estratégica: “Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de risco com vistas a Promoção da Saúde individual e coletiva”.

Como metas, espera-se que 70% dos municípios desenvolvam ações de saúde voltadas para o controle de agravos relativos ao uso de álcool e outras drogas. (p.103).

²² “O consumo elevado de álcool e drogas, juntamente com elevada prevalência de doenças mentais infere sobre a necessidade de políticas específicas, inclusive para a saúde do homem, além de suporte social à população residente nessa macrorregião”. (BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010**/ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009. 124 p.:Il. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_plano.html>. Acesso em: jan. 2010.

²³ Não foi encontrado um documento da SESAB que apresente de forma específica a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental.

No parecer do Conselho Estadual de Saúde em relação ao Plano de Saúde da SESAB, um dos pontos assinalados foi a pouca ênfase dada à Saúde Mental, o que, por sua vez, constituiu-se como um motivo de surpresa para um dos entrevistados:

A atenção à saúde mental, que também tem pouca ênfase dentre os problemas priorizados, é objeto do objetivo 8.3, “Desenvolver políticas de atenção à saúde que sejam transversais às ações no Ciclo de vida, Gênero e Raça”. Dentre as ações estratégicas, está a “Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental” (Parecer do Conselho Estadual de Saúde, 30 de abril de 2009: 59)²⁴.

[...] no plano, mesmo o estadual de saúde, eu vi que não tinha praticamente nada, não constava absolutamente nada referente nem à Saúde Mental, que dirá a álcool e outras drogas. Isso foi para mim uma grande surpresa, observar esse vazio, tendo em conta a extrema relevância social desse problema (MS1).

É possível verificar uma contradição entre o discurso da entrevistada e a análise documental, considerando que o documento demonstra que, ainda que de forma superficial, a questão de álcool e outras drogas foi contemplada no Plano Estadual de Saúde. Na análise das Agendas de Saúde no período de 2007 a 2009, foram encontradas as seguintes referências relativas aos compromissos assumidos pela SESAB em relação às ações de Saúde Mental, tendo como órgão responsável a SAIS – DGC:

²⁴ Ata da 152ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde (CES) aos trinta dias do mês de abril de dois mil e nove, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, no Centro Administrativo da Bahia. Parecer apresentado por Maria Ligia Rangel Santos. Conselheira/ Relatora. Representante Suplente da UFBA junto ao CES – BA. (BAHIA, Secretaria de Saúde. **Ata da 152ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde (CES)**. Conselho Estadual de Saúde. 2009. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Atas/2009/Ata%20da%20152ª%20Reunião.pdf>>. Acesso em: jan. 2010).

QUADRO iii – Agenda 2007

AGENDA 2007	
COMPROMISSO	Promover a atenção integral à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos (Agenda de Saúde 2007:69)
AÇÃO ESTRATÉGICA	Desenvolvimento da atenção à saúde mental
OPERAÇÕES	<p>Elaboração e implantação de proposta de Educação Permanente em Saúde Mental, contribuindo para transformação do modelo de atenção, com base nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica;</p> <p>Articulação para implantação do “Programa de Volta pra Casa”;</p> <p>Oficinas de economia solidária;</p> <p>Realização de Oficinas de articulação da rede de atenção à rede de atenção integral à criança e adolescente em situação de rua;</p> <p>Estruturação de rede de atenção integral às pessoas com transtornos mentais em situação privativa de liberdade;</p> <p>Realização de Oficina para implantação de CAPS III;</p> <p>Realização de Oficina para implantação de leitos psiquiátricos e de desintoxicação nos hospitais gerais do estado;</p> <p>Realização de Seminário Estadual de Saúde Mental – Gestores/ DORES;</p> <p>Realização de Oficinas de Articulação – linhas de cuidado nas 8 Macrorregiões de saúde no estado.</p>
VALOR ORÇADO	R\$: 31.903,00/ 68.097,00

Fonte: BAHIA. **Agenda Estratégica da Saúde 2007.**

Ações específicas para promoção da saúde de usuários de álcool e outras drogas são citadas no compromisso de promover o “desenvolvimento da Política Estadual de Promoção da Saúde, através da ação estratégica de incentivo as ações de promoção da saúde em escolas públicas voltadas para a questão do consumo de álcool e outras drogas” (Agenda de Saúde 2007:46), tendo como órgão responsável a Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA); a Superintendência de Atenção Integral a Saúde (SAIS); a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH).

Conforme relatório de Gestão 2007²⁵, foram ações desenvolvidas no campo da Saúde Mental:

- (1) O Fórum Permanente de Saúde Mental na Bahia, com o objetivo de discutir a implementação da Política Estadual de Saúde Mental;²⁶
- (2) O II Encontro Estadual de Saúde Mental, produto de uma parceria entre a SESAB e a Universidade do Estado da Bahia (UNEB);
- (3) Implementação do Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em cinco hospitais psiquiátricos do Estado com a finalidade de qualificar a assistência ao portador de transtorno mental em caráter de internamento hospitalar;
- (4) Supervisões institucionais dos serviços credenciados, incentivando um melhor direcionamento/ gerenciamento das práticas profissionais e processos de trabalho, com vistas à integralidade da assistência; (5) apoio a 232 municípios na atenção à saúde mental.

Na comparação entre as ações propostas na agenda de saúde e as ações efetivamente implementadas, verifica-se uma lacuna, já que a maioria das operações propostas na agenda não foi citada no relatório de gestão. Também não há referência a ações específicas no campo do consumo de SPAs.

Na agenda de 2008, os compromissos e ações estratégicas assumidos pela SAIS/DGC praticamente se repetem, mas sem o detalhamento das operações:

²⁵ BAHIA, Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário., Salvador: SESAB, 2007, 229 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Relatório%20de%20Gestão%202007/RELATÓRIO%20DE%20GESTÃO%202007.pdf>> Acesso em jan. 2010.

²⁶ Segundo informação da Área Técnica de Saúde Mental (SESAB) este Fórum Permanente de Saúde Mental não está ocorrendo.

QUADRO iv – Agenda 2008

AGENDA 2008	
COMPROMISSO	Promover a atenção integral à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos (Agenda de Saúde 2008:40)
AÇÃO ESTRATÉGICA	Desenvolvimento da atenção à saúde mental
META/ PRODUTO	28 serviços de saúde implantados
VALOR ORÇADO	R\$: 1.176.000,00

Fonte: BAHIA. Agenda Estratégica da Saúde 2008.

Segundo o relatório de Gestão 2008²⁷, foram implantados 26 novos CAPS, o que significou um incremento de 23,8% em relação ao ano de 2007, quando haviam sido implantados 24 centros. Enquanto estratégias de educação permanente foram realizadas 34 encontros regionais e oficinas em todas as macrorregiões de saúde do Estado, contando com a participação de 175 municípios e 1.583 pessoas. Foi realizado o curso introdutório aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica para as equipes dos CAPS, com a participação de 140 profissionais e gestores, a capacitação em cidadania e direitos dos portadores de transtorno mental para cerca de 50 usuários e familiares, e dois seminários de educação permanente em saúde mental. Tem-se buscado também uma articulação com a rede integral de atenção à criança e ao adolescente em situação de rua e às pessoas com transtornos mentais em situação privativa de liberdade (Relatório de Gestão 2008:146 e 147).

Neste ponto, como não há o detalhamento das operações na Agenda de Saúde 2008, a comparação entre o proposto e o que efetivamente ocorreu pode ser feita apenas em relação à única meta proposta e praticamente cumprida, ou seja, a implantação de 26 novos CAPS.

²⁷ BAHIA, Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário., Salvador: SESAB, 2007, 229 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Relatório%20de%20Gestão%202007/RELATÓRIO%20DE%20GESTÃO%202007.pdf>> Acesso em jan. 2010.

A saúde mental foi também contemplada nas agendas de 2007 e 2008, no compromisso de ampliação e qualificação da assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos, esperando-se que os 417 municípios do Estado da Bahia façam parte do programa de medicamentos para Saúde Mental. Na Agenda de Saúde 2009/ 2010, são compromissos assumidos pela SESAB em relação às ações de Saúde Mental:

QUADRO v – Agenda 2009/ 2010

AGENDAS 2009/ 2010	
OBJETIVO ESPECÍFICO	Desenvolver Políticas de Atenção à Saúde que sejam transversais às ações no Ciclo de Vida, Gênero e Raça
AÇÃO ESTRATÉGICA	Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental
ÓRGÃO RESPONSÁVEL	SAIS/ DGC
METAS 2009	(1) 35 municípios com serviço de saúde mental implantado (PPA) (2) 5 leitos integrais em psiquiatria implantados nos hospitais gerais de municípios estratégicos do estado (3) 9 macrorregiões de saúde com Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada (4) 70% dos municípios com ações de saúde mental implantadas com apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços
METAS 2010	(1) 57 municípios com serviço de saúde mental implantado (PPA) (2) 15 leitos integrais em psiquiatria implantados nos hospitais gerais de municípios estratégicos do Estado (3) 9 macrorregiões de saúde com Política de Educação Permanente em Saúde Mental implantada (4) 70% dos municípios com ações de saúde mental implantadas com apoio institucional da SESAB para a gestão dos serviços
PROJETO/ ATIVIDADE	2788

Fonte: BAHIA. **Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010.**^{28, 29}

²⁸ Não há referência a valor orçado.

²⁹ O Relatório de Gestão 2009 já foi apresentado no Conselho de Saúde e aguarda sua aprovação. Foi solicitada à DGC a disponibilização das ações desenvolvidas pela área Técnica de Saúde Mental em 2009, porém, não se obteve resposta em tempo hábil para inclusão neste estudo.

No Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, encontra-se, no item diretrizes estratégicas e plano de governo, uma referência ao Desenvolvimento de Atenção à Saúde Mental, com a perspectiva de implantação de 107 serviços de saúde no Estado da Bahia e um orçamento de R\$ 79.200.000 para todo o programa, que inclui a atenção a diversas linhas de cuidado (Atenção à Saúde da Mulher, da criança, do adolescente, do idoso; ações de vigilância alimentar e nutricional; ações de atenção à saúde das pessoas com deficiência; atenção à saúde bucal e à saúde no sistema prisional; concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e bolsas de ostomia; atenção ao portador de doença falciforme e outras hemoglobinopatias; prevenção e atenção oncológica). Neste sentido, não está claro qual o valor destinado às ações de saúde mental.

Atualmente, o que se tem de formal na SAIS – DGC, em relação a álcool e outras drogas, é a portaria 3283, de 11 de outubro de 1996, que cria o Programa de Prevenção ao Abuso de Drogas (PREVDROGAS), vinculado ao CETAD e que vem sendo retomado:

O que nós estamos fazendo agora é revisitando essa portaria, atualizando-a e vendo o que dela não foi feito. E, nesse sentido, [buscando] estabelecer uma política para esta área (G1).

Já na consulta realizada aos documentos elaborados pela Área Técnica de Saúde Mental foram encontrados vários projetos e propostas de atenção a usuários de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia, os quais se destacam: (1) projeto “Via de mão – dupla: ‘o estado promove, e você se move?’”; (2) “Fique legal na festa. Se usar... Não abuse!”; (3) Propostas para o PPA 2008; (4) Problemas/ Propostas relativos ao consumo de Álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

Em novembro de 2007, o Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GTAD)/ SESAB, num processo conduzido pelo diretor do CETAD, reuniu um grupo de profissionais da área, construiu e apresentou o projeto “Via de mão – dupla: ‘o estado promove, e você se move?’ Prevenção e redução de danos ao uso prejudicial do álcool na Bahia”³⁰, composto por seis subprojetos³¹.

³⁰ BAHIA, Secretaria de Saúde. **Projeto “Via de mão – dupla: ‘o Estado promove, e você se move?’**. Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado.

Em seguida, com a proximidade do carnaval, foi produzido e implementado um projeto de intervenção para o verão 2008: “Fique legal na festa. Se usar... Não abuse!”. Tratava-se de um conjunto de intervenções cujo objetivo era trabalhar estratégias de prevenção ao abuso de drogas sob a ótica da redução de danos, articulando 40 técnicos de diversos serviços que atuam na prevenção e tratamento de usuários de drogas.

Por solicitação da Área Técnica de Saúde Mental, para elaboração do PPA 2008, o GTAD apresentou uma proposta de trabalho que enfatizava dois eixos de intervenção³² e que era composta por 11 subprojetos.³³

[...] para a Diretoria de Gestão de Cuidados, a Coordenação de Política Transversal, foi entregue uma proposta de política. O GT fez sua proposta e entregou. Tinham lá onze linhas, onze subprojetos de ação, era uma proposta política, de um planejamento anual, no ano de 2008. [...] mas bater o martelo e dizer “façam isso, não façam isso”, a própria devolução ao grupo técnico, escutamos isso aqui, não foi feita (GF).

Em final de novembro de 2008, a equipe do GTAD apresentou um projeto intitulado: “Problemas/ Propostas relativos ao consumo de Álcool e outras drogas no estado da Bahia”³⁴.

Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas (GTAD). Salvador: SESAB, 2007.

³¹ Subprojeto 1: Aprendendo a Conduzir Veículos Automotores, a Saúde e a Vida. (“Projeto mão dupla: Amplie a sua visão através de novas formas de habilitação”); Subprojeto 2: Consumo de Álcool em Bares: Responsabilidade Compartilhada? (“Onde o álcool está, promova-se o bem-estar!”); Subprojeto 3: Capacitação para Condução de Pessoas Alcoolizadas (“Se você deixou o álcool te levar, deixe um taxista te trazer”); Subprojeto 4: Festas Populares (“Vá de cara e volte de carona”); Subprojeto 5: Intervenção em Postos de Gasolina (“Na conveniência, não se torne inconveniente”); Subprojeto 6: Álcool e Mídia (“Procure o canal para sua voz quando o problema for álcool”).

³² BAHIA, Secretaria de Saúde. “**Projetos Álcool e outras drogas 2008**”. Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas (GTAD). Salvador: SESAB, 2008.

³³ EIXO 1: Fo. mentar a discussão crítica da sociedade em relação à problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas, visando o desenvolvimento de controles sociais; 1. Projeto sobre a Lei 11.343; 2. Projeto Drogas Sintéticas; 3. Projeto Álcool e Trânsito (Ação 1: Bares e Ação 2: Taxista); 4. Projeto de Atuação em Festas Populares; 5. Projeto: “Discutindo Álcool e Outras Drogas nos Meios de Comunicação”; 6. Projeto de Ação nas Datas Comemorativas; 7. Projeto CETAD na Rua; EIXO 2: Ações de articulação da rede de educação continuada dos profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos com a problemática do consumo de álcool e outras drogas. 8. Projeto Espassos de Rua; 9. Projeto CAPS ad III; 10. Capacitação de CAPS e CAPS ad – Bahia; 11. II Fórum de Álcool e Outras Drogas do Estado da Bahia.

Os problemas e propostas aqui levantados foram elaborados pelo GT de Políticas sobre Álcool e Outras Drogas/ Área Técnica de Saúde Mental/ DGC/ SAIS/ SESAB a partir da Análise Situacional da Saúde Mental na Bahia, elaborada pelo Núcleo dos Apoiadores Institucionais, das demandas e questões que chegam ao Grupo Técnico de álcool e outras drogas e da análise do Plano Estadual de Prevenção do Abuso de Substâncias Psicoativas³⁵ (Projetos Álcool e outras Drogas – 2008).

As propostas foram elaboradas a partir da identificação de 10 problemas considerados prioritários em relação às questões que envolvem o consumo de SPAs e a atenção à saúde dos usuários. A complexidade e amplitude dos problemas exigiram a construção de propostas que convocaram a participação e articulação de diversos setores do governo e da sociedade para sua implementação: associações representativas da sociedade civil, profissionais da saúde, da justiça, da segurança pública, da educação, das universidades, dentre outros. (Anexo B).

A partir do diagnóstico da situação da Saúde Mental no Estado da Bahia realizado pelo NAI, o GT de rede coordenou a elaboração de um documento contemplando as diretrizes para a condução das ações de Saúde Mental no Estado da Bahia, na qual foram propostas ações específicas para atenção a usuários de álcool e outras drogas.

As propostas e ações priorizadas buscavam responder ao problema relativo aos limites da atenção à saúde integral dos usuários de SPAs. Neste sentido, enfatizavam a implantação de serviços CAPS ad e de leitos hospitalares para assistência aos alcoolistas em todo o Estado da Bahia. Também propunham a realização de um levantamento dos recursos assistenciais/ comunitários existentes no Estado da Bahia para atenção a esta população e a identificação e regulação – em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Secretaria do Trabalho e Ação Social (SETRAS) – das comunidades terapêuticas. (Anexo C).

³⁴ BAHIA, Secretaria de Saúde. _____. **“Problemas/ Propostas relativos ao consumo de Álcool e outras drogas no Estado da Bahia”**. Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico sobre Álcool e outras Drogas (GTAD) Salvador: SESAB, 2008.

³⁵ Parecer sobre o Plano Estadual de Prevenção do Abuso de Substância Psicoativas, apresentado ao Conselho Estadual de Entorpecentes pelo Instituto de Saúde Coletiva e Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 1996. Este documento encontra-se disponível na biblioteca do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD – UFBA).

É possível verificar que a Área Técnica de Saúde Mental – GTAD elaborou muitos projetos e propostas de intervenção na questão de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia que, em sua maioria, não se concretizaram.

Para 2008, houve uma programação de ações a ser feita durante todo o ano. Essa programação foi entregue na Diretoria de Gestão de Cuidados com orçamento, com justificativa de 11 subprojetos, mas esses subprojetos... Não houve um *feedback* para o grupo... Aí, somou-se a essa falta de uma devolução, o fato de uma crescente dificuldade de recursos, a gente cada vez mais ouviu da SESAB que não havia recursos... O que foi feito a nível concreto foram os cursos introdutórios de saúde mental para os serviços que estão sendo implantados... (G 2).

[...] você tem possibilidades, você não tem é interesse. Não está na agenda política, não está na pauta como uma prioridade investir na questão de álcool e drogas (G 3).

Tem sido respostas pontuais... Por isso que eu te falei da questão da política, é [preciso] fomentar a habilitação desses leitos e criar essas unidades. [Tudo isso] vai depender um pouco também de algum incentivo do Estado que a gente ainda não tem viabilizado (G 6).

[...] na verdade, a gente teve um contingenciamento no país inteiro por conta da crise: com uma baixa arrecadação de impostos teve que se reduzir nos gastos (G 7).

Em relação à implantação de leitos psiquiátricos e para alcoolistas em hospital geral, pouco se avançou no Estado da Bahia. Há uma lentidão no processo que sugere não haver uma decisão política que possibilite ultrapassar as dificuldades para implementação *in loco*. A proposta é implantar leitos nos hospitais que estiverem em processo de construção.

Na educação permanente, na opinião dos entrevistados, a SESAB não tem atendido as demandas de formação e capacitação para atenção a usuários de álcool e outras drogas nem em quantidade, nem em qualidade, considerando que os processos de educação permanente precisam ser mais sistematizados, intensificados e efetivados no local – município e/ ou região (em que os profissionais trabalham). Na opinião dos entrevistados, a SESAB não conseguiu viabilizar uma resposta concreta e política para a formação profissional.

[...] nem em quantidade, nem em qualidade a gente conseguiu atender as demandas. E eu estou me referindo aos processos de educação permanente, que precisam ser muito mais sistematizados, mais intensificados, *in loco*... A gente não conseguiu estruturar uma resposta política (G 8).

Capacitação... Muito pontuais... Tem pessoas que vieram para mais de uma capacitação e estão aqui de novo. De certa forma, elas percebiam que aquilo não estava resolvendo o problema... (I 7).

Não foram relatadas ações de saúde mental e/ ou álcool e outras drogas na atenção básica. Neste sentido, há uma expectativa dos entrevistados de que, com a implementação do projeto de linhas de cuidado³⁶ na atenção básica, a área referente à saúde mental/ álcool e outras drogas seja contemplada.

[...] esse projeto da linha de cuidados, inclusive no curso alguns módulos são obrigatórios e outros são optativos... A saúde mental está no módulo obrigatório... Então, é isso que dá esse lugar, essa abordagem mesmo do cuidado em saúde mental... G 5).

Diante desses relatos, quando questionados sobre a Política da Secretaria de Saúde para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, todos os entrevistados concordaram que não há uma política formalizada e que o trabalho foi efetivamente ocorrendo a partir de algumas diretrizes, sobretudo no atendimento das demandas imediatas.

[...] com relação a diretrizes, elas vêm sendo construídas. É, houve essa parada, agora, por conta da saída dos apoiadores [e] com essa política muito frágil em Saúde Mental (...). A gente foi trabalhando, ainda, traçando algumas diretrizes, mas, também, muito em cima de demandas (G 6).

Falando da SESAB, em geral, houve uma maior preocupação em dar respostas às demandas de internação de usuários de drogas que chegavam através da ouvidoria e outros. Havia preocupação com a

³⁶ “O projeto das Linhas de Cuidado na Atenção Básica é uma ousada proposta do Governo do Estado da Bahia em parceria com o COSEMS e o Ministério da Saúde. Busca-se com este projeto instituir fluxos e critérios de encaminhamento entre serviços de saúde, definir escopo de ações e resolutividade assistencial de redes, programar ações e estruturar serviços para dar conta do elenco necessário definido, formular e implantar protocolos assistenciais e acompanhar metas e indicadores de qualidade.” (BAHIA, Secretaria de Saúde. **Curso de Saúde da Família e Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das linhas de cuidado**. Diretoria de Atenção Básica (DAB). SESAB: Salvador, 2009. 34p.

população em situação de rua e com ações sobre álcool e trânsito (G 9).

Um dos entrevistados considera que a SESAB não tem uma política de álcool e outras drogas, embora assevere que o CETAD funciona como referência política para o Estado. “Eu não estou chamando de política o que o CETAD tenha em relação a álcool e outras drogas... [mas ele] se torna a referência política para o estado” (I 6).

São propostas da atual Coordenação de Saúde Mental para a atenção a usuários de álcool e outras drogas: (1) Capacitação da Atenção Básica com recursos do Plano Emergencial em Álcool e outras Drogas (PEAD); (2) Incentivo para implantação de três CAPS ad III em Salvador; (3) Implantação de um Centro de desintoxicação para usuários de crack; (4) Implantação de leitos de desintoxicação em hospitais gerais.

Em síntese, o projeto de governo para a implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia não está contemplado de forma consistente nas agendas de saúde (2007 – 2010) da SESAB e no Plano Estadual de Saúde. Também não há uma política clara por parte do governo em relação ao tema, sugerindo que não há um compromisso político dos níveis mais altos de gestão com a questão. Por outro lado, há envolvimento e cooperação por parte da equipe que compõe a Área Técnica de Saúde Mental, com relato de esforços pessoais e heroicos para a realização de algumas ações, apesar das dificuldades relativas à capacidade de governo e à governabilidade.

3.3 Capacidade de Governo

Este componente se expressa na capacidade de administração, direção e gerência do gestor e de sua equipe, assim como na habilidade para conduzir os processos de trabalho, diante de um determinado objetivo. Compreender como se configura a Capacidade de Governo na SESAB ante a implementação da política de álcool e outras drogas exige uma reflexão sobre o modelo de gestão adotado pela equipe dirigente, as habilidades e experiências dos profissionais para conduzir os processos de trabalho e implementar as propostas construídas a partir do diagnóstico da realidade e das necessidades de saúde da população, a apropriação

de técnicas de planejamento, dentre outros atributos que serão apresentados em seguida.

A constituição da Área Técnica de Saúde Mental, no atual governo, expressa a tentativa de implementar um novo modelo de gestão, mais democrático e participativo. Nesse sentido, durante o processo de elaboração do Plano Plurianual (PPA) para 2007-2011, a Coordenação de Políticas Transversais convocou membros dos CAPS sob gestão estadual, participantes da luta antimanicomial, trabalhadores de outros serviços de saúde mental com experiência ativa – como do HJM e do CETAD – para a organização da Área Técnica de Saúde Mental em Grupos de Técnicos de Trabalho³⁷, com representantes do governo e da sociedade civil, e com caráter propositivo e deliberativo.

[...] através da coordenação, procurei constituir um coletivo, com maior democracia tanto para proposição política como para decisões, seguindo também as diretrizes da DGC e SAS. [...] Nessa organização, que deveria ter uma certa periodicidade de encontros cada GT tinha uma pessoa responsável pela articulação, procurando mobilizar diversos atores e constituir grupos de trabalho, de acordo com as demandas, visando construir a Política de Saúde Mental e um Fórum Permanente em Saúde Mental – que não ocorreu, por sucessivos boicotes, inclusive no interior da gestão, o que me gerou e ainda gera grande frustração (G 9).

[...] eu acho que X, não escuta ninguém... A gente tem uma discrepância grande em nível de decisão porque se o GTAD é o proponente da política, e essas propostas de políticas quando chegam à diretoria provavelmente não passam pela superintendência, e se não passam pela superintendência, não chegam até o secretário, então, quando o secretário precisa tomar uma decisão, ele chama quem ele confia... Eu acho que é nesse nível que se dão as decisões (GF).

Importante destacar na fala destes entrevistados a referência aos boicotes no interior da própria SESAB, oriundos, muitas vezes, das dificuldades de escuta e comunicação com a Superintendência, que, muitas vezes, paralisavam os processos de trabalho.

³⁷ Desta forma, a Área Técnica de Saúde Mental foi organizada em sete grupos de trabalho (GT): (1) GT de Álcool e outras drogas; (2) GT da Infância e Adolescência; (3) GT do Idoso; (4) GT de Rede; (5) GT de Assistência Farmacêutica; (6) GT das Pessoas com sofrimento psíquico em Conflito com a Lei; (7) GT de Educação Permanente. Cada GT tinha uma pessoa responsável pela articulação e mobilização de diversos atores para formação dos grupos de trabalho, objetivando construir a Política de Saúde Mental e um Fórum Permanente em Saúde Mental.

O GT de Álcool e Outras Drogas (GTAD) foi o primeiro a se organizar estruturalmente e tecnicamente, com a formação de uma equipe de trabalho, com o apoio do CETAD e de técnicos da área, apesar da dificuldade inicial em função da “separação” entre Saúde Mental e álcool e outras drogas na SESAB, segundo a declaração de um dos entrevistados, “[...] a gente sentia que o álcool e as drogas estavam um pouco separados da Saúde Mental, acho que até hoje a gente tem essa sensação” (Entrevistado I 7).

Porém, neste momento, segundo o relato de outro entrevistado, era necessário haver uma maior visibilidade para essa questão por ser uma política dita prioritária no governo, conforme assinalado pelo Secretário de Saúde, quando respaldou o coordenador do CETAD para assumir a condução das ações no campo da atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas.

O primeiro GT a se formar e que teve certa regularidade (mas também [foi] atravessado por diversos conflitos e mudanças) foi o de Álcool e outras Drogas. O que refletia tanto uma maior mobilização de técnicos da área, principalmente do CETAD, como também a necessidade de haver uma maior visibilidade e ser uma política prioritária no governo, o que já havia sido assinalado por Solla, no momento em que respaldou o coordenador do CETAD para assumir essa política (G 9).

Importante apontar a contradição entre os sucessivos boicotes ocorridos no interior da gestão no processo de implementação das ações de Saúde Mental/ álcool e outras drogas e o discurso que reconhece como uma política prioritária do governo as propostas referentes ao campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas.

No processo de organização da Área Técnica de Saúde Mental, destaca-se a constituição do Núcleo de Apoio Institucional (NAI), desenvolvido por doze apoiadores institucionais, de diferentes formações e que, num primeiro momento, tinha por propósito dar apoio aos CAPS estaduais e contribuir para a construção de uma política para essa área. Posteriormente, configura-se como uma estratégia de gestão da Saúde Mental, explicitadas por técnicos em certos eventos.³⁸

³⁸ “O Apoio Institucional é atualmente uma estratégia de gestão em saúde mental adotada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/ Brasil, através da sua área Técnica de Saúde Mental, desde o mês de setembro do ano de 2007. Este Apoio tem por função, enquanto principais objetivos: primeiro, articular e apoiar a implantação/ implementação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, priorizando, para tanto, visitas e oficinas realizadas nas nove Macrorregiões de Saúde do estado em busca da interlocução entre as gestões estadual e municipal; segundo, incentivar a autonomia e o empoderamento dos municípios na construção das ações e do cuidado em

Essa organização da área técnica foi permeada por conflitos e descontinuidade nas ações propostas, compreendidas a partir da divergência de interesses e da falta de legitimação das propostas políticas da Área Técnica de Saúde Mental perante o governo.

Essa organização da área técnica, em muitos momentos, foi percebida e vivida de modo fragmentado, sem uma certa continuidade, pois os atores envolvidos mudavam constantemente, tanto por sentirem falta de uma maior legitimidade por parte do governo, por falta de condições de trabalho [adequadas], quanto por divergências de interesses... (G 9).

No grupo focal realizado com os profissionais do NAI em julho de 2009, momento em que estavam prestes a serem desligados da SESAB em função da não renovação do contrato de trabalho, os apoiadores sentiam que as relações na Área Técnica de Saúde Mental estavam fragilizadas, profissionalmente e pessoalmente, em função, principalmente, dos vínculos precários de trabalho. Também se pontuou a necessidade de uma coordenação específica para a Saúde Mental.

As relações são muito ruins. Esse processo todo fragilizou demais todo mundo, as relações se desgastaram não só profissionalmente, mas pessoalmente também. Um ponto fundamental seria uma coordenação específica para saúde mental que estivesse além da política transversal, com alguém mais engajado nessa questão da saúde mental e uma equipe com a mínima condição de trabalho, uma equipe que tivesse um tipo de vínculo profissional diferente desse e que a permitisse ter condições para executar alguma coisa (GF).

[...] Na área técnica, hoje e até um período atrás, a gente estava com um grupo de apoiadores institucionais somando-se ao grupo vinculado ao estado, [com profissionais] concursados. Hoje, na área técnica, nós estamos com quatro pessoas (G 6).

saúde mental de modo que esta rede de serviços substitutivos possa, progressivamente, constituir-se enquanto uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental” (FORNAZIER, 2008).

“Com o objetivo de enfrentar estas dificuldades, esta gestão traz, a partir de novembro de 2007, o Apoio Institucional como principal estratégia política no âmbito da Saúde Mental da Bahia. Este é entendido como um dispositivo cuja função é ampliar a capacidade de reflexão e análise dos coletivos, para que assim os mesmos possam qualificar as suas intervenções e a sua capacidade de produzir saúde. Neste sentido, esta estratégia tem como objetivo operacional a ampliação da interlocução do Estado com o conjunto dos atores envolvidos com a Saúde Mental, visando à democratização e publicização dos processos decisórios; à disseminação da educação permanente como ferramenta de gestão e para a gestão; ao fortalecimento e à construção de autonomia nas gestões municipais e regionais” (MARTINS & DIAZ, 2008).

Na estrutura organizacional proposta pela DGC – SESAB, não havia uma coordenação específica para as áreas técnicas. Havia técnicos que respondiam pelas ações de Saúde Mental. No momento da coleta de dados, em agosto de 2009, apenas quatro profissionais estavam compondo a área técnica, uma vez que a contratação dos apoiadores institucionais não foi efetivada, e ainda não havia uma coordenação específica para a Área Técnica de Saúde Mental.³⁹

Na constituição da Área Técnica de Saúde Mental e mais especificamente na organização para a gestão da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, o CETAD foi convidado a participar e conduzir esse processo. A relação deste Centro com a SESAB, nesta gestão e nas anteriores, tem sido fundamental no processo de implementação das ações de atenção à saúde neste campo.

O CETAD, quando criado, era sustentado por três instâncias: a Secretaria do Trabalho e Ação Social, já extinta; a Secretaria da Saúde e a Universidade Federal da Bahia. Cabia à Secretaria da Saúde fornecer recursos humanos. No começo, contava com um médico e duas assistentes sociais, depois com uma secretária. Em seguida, vieram os psicólogos e depois um sociólogo. A saúde foi, desde o começo, uma das pernas do tripé que constituiu o CETAD e foi sendo cada vez mais indispensável na sustentação deste Centro, nesses seus 24 anos e meio de existência.

[...] hoje, 2009, agosto, nós dependemos fundamentalmente da Secretaria de Saúde, quer fisicamente, com o espaço, quer com a equipe. Dois terços ou mais da equipe do CETAD depende da secretaria de saúde. Os meios de comunicação são todos da Secretaria de Saúde. Apesar disso, ela interfere pouco no trabalho do CETAD (I 6).

Ao longo desses anos, o CETAD, com grande parte da equipe pertencendo à Secretaria de Saúde, foi inventando os modelos⁴⁰ de atenção à saúde e apoiando a condução das ações de álcool e outras drogas da própria Secretaria. Não havia uma imposição de modelo na medida em que o CETAD foi implementando práticas de saúde que servia, quando necessário, à própria SESAB.

³⁹ Em setembro de 2009, a DGC indicou um representante para a Área Técnica de Saúde Mental.

⁴⁰ “Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas de saúde e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas” (PAIM, 2008,554p.).

Nós dávamos à secretaria uma resposta, éramos chamados para partilhar de congressos, seminários, reuniões, mas, do ponto de vista administrativo, era como se nós não tivéssemos qualquer subordinação, ou uma subordinação de qualquer natureza, à secretaria de saúde, mas tínhamos, porque nós éramos formados por pessoas majoritariamente da secretaria de saúde (I 6).

O CETAD criou uma cultura que possibilita aos técnicos, não só da Bahia, mas aos técnicos de outros estados que vêm aqui em busca de informação... Então, já existe uma cultura na Bahia de interesses, uma política que não trabalhe só com tratamento, mas com pesquisas e prevenção nessa área. E o trabalho no CETAD envolve vários setores, universidade, municípios, estado, diversas secretarias... (G 1).

O CETAD construiu um percurso e produziu um efeito técnico sem estar subordinado à instância pública estadual da saúde, ainda que esta instância apoiasse as ações e atividades do CETAD. Por mais de 10 anos, este Centro manteve-se distante da Coordenação de Saúde Mental da SESAB.

Na percepção de um dos entrevistados, a forte presença pública do CETAD terminou deixando a Secretaria de Saúde sem a necessidade de se preocupar muito com álcool e outras drogas, exatamente porque a relação do CETAD com a saúde permitia se dizer e ser reconhecido como partícipe da Secretaria de Saúde, ao mesmo tempo em que estava afastado dela.

[...] isso é um paradoxo e talvez essa força de trabalho nossa tenha, digamos, deixado a Secretaria de Saúde despreocupada e sem uma organização de uma estruturação mais eficaz em relação às políticas de saúde (I 6).

[...] a gente tem uma parceria com o CETAD. Muitos Servidores Públicos do Estado estão no CETAD. A gente conta com o CETAD como um braço da SESAB nessa questão... (G 6).

Em relação à criação do Programa de Prevenção ao Abuso de Drogas (PREVDROGAS), ligado a SUVISA, segundo relato de um dos entrevistados, há alguns anos, no primeiro governo de Paulo Souto, houve uma decisão da SESAB de retirar os técnicos do âmbito da secretaria e colocá-los no âmbito da Universidade. Essa situação gerou grande desconforto, uma vez que alcançava financeiramente a todos os profissionais. A alternativa para superar esta situação foi criar o

PREVDROGAS no âmbito da Secretaria de Saúde para que os profissionais pudessem ser ali alocados, o que de fato ocorreu.

Já no último governo de Paulo Souto, a Coordenação de Saúde Mental convocou o CETAD para trabalhar mais próximo a ela, e o PREVDROGAS foi alocado na Superintendência de Gestão dos Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde (SURAPS) – SESAB, sob a Coordenação da Saúde Mental. Não houve publicação em diário oficial, apenas uma mudança informal no organograma interno da SESAB.

No governo de Jaques Wagner, a partir da organização da Área Técnica de Saúde Mental e da criação dos Grupos Técnicos, o PREVDROGAS deixou de funcionar e o GTAD passou a responder pelas questões referentes a álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Recentemente, esse GTAD “desapareceu” e o NAI passou a responder às demandas de álcool e outras drogas do Estado.

[...] não há, nesse momento, sequer uma relação formal ou informal entre o CETAD e o setor de álcool e outras drogas da SESAB, porque do lado de lá há um grande vazio, nesse sentido, em relação ao álcool e outras drogas. Então não dá para fazer interlocução, tendo esse vazio do outro lado (I 6).

Com o fim do GTAD, a DGC ficou sem uma equipe de trabalho que respondesse formalmente às demandas de álcool e outras drogas do Estado da Bahia e conduziu o processo de implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta situação tem como consequência um vazio em relação à possibilidade de interlocução sobre o tema, conforme alude o entrevistado.

É importante assinalar que, à exceção da portaria 3283, de 11 de outubro de 1996, que cria o PREVDROGAS, todas essas mudanças ocorreram no âmbito interno da SESAB, sem publicação em diário oficial.

O GTAD teve um importante papel na discussão e proposição de diretrizes para atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Inicialmente foi composto por dois representantes do apoio institucional da Área Técnica de Saúde Mental, uma assistente social, o coordenador do CETAD, o coordenador do CAPS ad estadual, tendo sido conduzido por uma profissional da SESAB, disponibilizada para trabalhar no CETAD.

A equipe do GTAD funcionava no CETAD e se reunia semanalmente. Nesses encontros, eram discutidas as demandas que chegavam via SESAB ou diretamente de instituições, setores e até de municípios. O GTAD analisava a solicitação, formulava uma proposta de ação ou intervenção e a encaminhava para a Diretoria de Gestão de Cuidado que poderia viabilizar ou não o proposto. Já as ações de acompanhamento, formulação de projetos em álcool e outras drogas, vistoria de CAPS ad, aperfeiçoamento, orientação ou discussão de temáticas específicas da área eram feitas pelo próprio grupo, sem a necessidade de permissão/ viabilização da coordenação e/ ou diretoria. O representante do apoio institucional da Área Técnica de Saúde Mental no GTAD funcionava como mediador, encaminhando para o GTAD as demandas que chegavam à SESAB e que eram referentes a álcool e outras drogas e vice-versa.

Em dezembro de 2008, momento em que a Área Técnica de Saúde Mental passava por várias dificuldades relativas aos processos de trabalho, a coordenadora do GTAD saiu de licença e este grupo foi se desfazendo aos poucos. Deixou de funcionar estruturalmente no CETAD, e as questões de álcool e outras drogas passaram a ser respondidas pelo NAI, principalmente pelo representante deste núcleo que compunha o GTAD.

No governo Wagner, há uma transformação, a dissolução do PREVDROGAS e a criação do GT de álcool e outras drogas, que teve sua passagem (refere-se à pesquisadora), teve um pouco, de certa forma, da minha passagem, mas de um modo, digamos assim, muito pouco operativo e organizado, porque ele não assumiu, não teve fôlego para assumir, efetivamente... Talvez pela aproximação com o CETAD, pelas pessoas e pelo espaço físico, pelas dificuldades que eu acho [que] a Coordenação de Saúde Mental teve, tudo isso nunca pôde dar ao GT de álcool e outras drogas a dimensão que ele efetivamente podia ter e precisava ter, no sentido de cuidar do Estado da Bahia. O GT teria que tentar o cuidado ao estado da Bahia. Eu me afastei do GT e, pelo que sei, mais recentemente, esse GT desapareceu, sobretudo pela desconstrução dos apoiadores (I 6).

[...] a gente não fez um planejamento, a gente até tentou, estou falando da gestão do GT, do grupo técnico, acho que a gente até tentou, mas a gente ficava amarrado com, pode chamar de vontade política. Eu acho que a SESAB, hoje, se tem uma lacuna em saúde mental, tem uma lacuna imensa em álcool e drogas (I 7).

Na percepção dos entrevistados, o GTAD não conseguiu cumprir o seu papel de articulador e condutor do processo de implementação da Política de Álcool e outras drogas no Estado da Bahia, na dimensão necessária à problemática que envolve a questão. Atualmente, a Área Técnica de Saúde Mental está sendo reorganizada, assim como a gestão das questões relativas ao campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas, através do PREVDROGAS, está sendo revista.

Outro dispositivo importante na condução das propostas de atenção à saúde integral de usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia é o CAPS ad/ Pernambués, dispositivo implantado em 12 de julho de 2004, sob gestão estadual.⁴¹ As relações entre o CAPS ad/ Pernambués e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) ocorriam principalmente através da Área Técnica de Saúde Mental e o GTAD. Era uma relação marcada por tensões, especialmente em função da fragilidade das relações de trabalho e da incerteza quanto ao futuro do serviço, considerando a anunciada municipalização.⁴²

A Coordenação do CAPS ad representava este serviço no GTAD, compondo a equipe e participando ativamente das decisões e propostas de trabalho. Apesar disto, segundo um dos entrevistados, a relação entre estas instâncias era marcada por dificuldades de diálogo, deficiência no apoio e falta de clareza quanto ao papel de cada uma em face da implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

[...] ficava uma lacuna entre essa relação de CAPS ad e GT... Ficava parecendo que o GT mandava e o CAPS ad executava... Parece que as pessoas estão pensando... e não chamam a equipe que poderia formar pessoas, a equipe que tem experiência... Apoio dos gestores não. Dos técnicos da SESAB, a gente tinha x e y, mas não era suficiente. A gente não teve esse apoio não. Todos os projetos apresentados viraram... Não sei nem qual foi o andamento [...]. Porque assim que os projetos iam, não era lançada uma

⁴¹ A criação deste serviço fazia parte da “[...] estratégia da política estadual de saúde mental que previa a criação de três CAPS docente-assistenciais no município de Salvador, que funcionariam como centros de referência em saúde mental sob a gestão estadual. Para implementação do CAPS ad foi firmada uma parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)” (ALVES, 2009,111p.).

⁴² “Apesar do apoio e da cooperação entre a gestão estadual de saúde mental e o serviço, a relação entre estas duas instâncias vinha sendo marcada por algumas tensões. A principal questão apresentada pelos profissionais referia-se à precarização das condições de trabalho. Com salários atrasados pelo período de três meses, no início de 2007, a equipe manifestava um sentimento de não valorização e reconhecimento pelo trabalho realizado. Outro efeito produzido por esta situação era a sensação de incerteza quanto ao futuro do próprio serviço, o que incidia na motivação de toda a equipe”. (ALVES, 2009,115p.).

contraproposta, [não se dizia] “vamos sentar pra conversar sobre isso”, era uma coisa de enviar e ficar... Não tinha uma conversa... (I 7).

Esta falta de apoio e posicionamento dos gestores da SESAB em relação aos problemas e propostas apresentados pelo CAPS ad agravava o descrédito e a desconfiança da equipe, principalmente diante da perspectiva de municipalização que, no momento da coleta de dados, já havia se concretizado.

A implementação da política de álcool e outras drogas exigia articulação intersetorial, interna e externa à organização. Na SESAB, conforme previsto na política, os setores que prioritariamente deviam incluir ações de Saúde Mental seria: a Educação Permanente, considerando a importância da capacitação e formação de profissionais para trabalhar com o tema; a DGRP, que coordena a implantação de leitos psiquiátricos e para alcoolistas nas unidades da Rede Própria e a DAB, que deve incluir as ações de Saúde Mental/ Álcool e outras drogas nos seus processos de trabalho.

Em relação à Educação Permanente, a Política de Saúde a contempla como uma política transversal, considerando que esta deve estar presente e trabalhando de forma integrada com todas as outras áreas. Na DGC, o trabalho com a educação permanente começou estrategicamente pela saúde mental, mas, em relação a álcool e outras drogas, não foi construída uma proposta específica.

[...] nós deveríamos ter trabalhado muito mais conjuntamente. Nós não temos nenhuma proposta da educação permanente da SESAB na política de álcool e outras drogas... Essa gestão não teve capacidade ainda de construir uma proposta de educação permanente para saúde mental, atendendo as demandas de álcool e outras drogas com todas as particularidades que elas têm, por falta de decisão política... (G 8).

Em relação à qualificação, apostamos num processo de educação permanente dos diversos GT's, embora [este processo] ainda seja aquém do necessário, por tudo o que já foi dito (dificuldades de priorização pela SESAB, contratos precários de trabalho, mudanças frequentes, falta de material) (G 9).

Houve um esforço na constituição da Área Técnica de Saúde Mental para garantir a proposta da educação permanente presente em todos os níveis e grupos

de trabalho, porém faltou investimento da gestão – SAIS e DGC – para a sua viabilização.

Em relação à atenção básica, a articulação com os serviços ocorre de forma pontual, ainda que esteja presente no discurso dos coordenadores de CAPS ad e dos técnicos e gestores da SESAB a necessidade dessa articulação no sentido de concretização da atenção integral.

De forma insuficiente, atualmente atendendo muito mais a solicitações das unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde. As atividades mais desenvolvidas no momento são palestras e feiras de saúde junto a estas unidades para a comunidade local (I 1).

Matriciamento é um dos objetivos da equipe do CAPS ad. A equipe vem tentando, mas, por termos somente a equipe mínima, fica muito complicado conseguir realizar essa atividade de forma mais intensa no município (I 4).

Neste sentido, o papel da SESAB seria o de fomentar essa articulação, criando condições para que ela se efetive. Para tanto, a articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental e a Diretoria de Atenção Básica se torna uma condição indispensável. Entretanto, essa relação ainda é muito frágil, não havendo efetivamente integralidade e transversalidade nas ações desenvolvidas.

[...] pessoas da atenção básica colocam como uma das linhas de atenção a saúde mental e álcool e drogas. É um tema que está em outros níveis de gestão, em outros setores da gestão, outras áreas, mas que ainda não chegou a um diálogo para poder pensar em conjunto (G 2).

A atenção básica tem um modelo de intervenção nas regiões que ainda acontece de forma separada da saúde mental... Nem na política estadual de saúde mental, nem na política estadual de atenção básica, isto está organicamente construído. O projeto previsto das linhas de cuidado já garante esta interlocução (G 8).

A aproximação que existe entre as duas diretorias refere-se ao modelo de gestão implantado, considerando que a DAB também trabalha com a estratégia do Apoio Institucional e está em processo de implantação das “linhas de cuidado” que irão incluir a Saúde Mental.

[...] está prevista a implantação da linha de cuidados de saúde mental para o ano que vem, sendo que já foi iniciado um primeiro movimento, o de estar pensando nas linhas guias... O que vai estreitar esse vínculo é, de fato, a promoção de uma maior articulação e a construção dessa linha guia de saúde mental para a implantação da linha de cuidados em saúde mental, que vai ser feita entre a DAB e a DGC, partindo da DAB, porque a linha de cuidado é um projeto, na verdade, pensado pela DAB (G 5).

Importante apontar que a inclusão das ações de Saúde Mental/ Álcool e outras Drogas na atenção básica ocorrerá a partir de um projeto da DAB e não por um movimento efetivo da Área Técnica de Saúde Mental.

Em relação à implantação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, a estratégia da DGC foi transferir um técnico da Saúde Mental – que também era o coordenador de SM no governo anterior – para a Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), com a responsabilidade de colocar na agenda desta Diretoria os assuntos relativos à Saúde Mental.

O processo para implantação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais foi iniciado na gestão anterior a partir da desativação de dois Hospitais Psiquiátricos, a Casa de Saúde Ana Neri e o Sanatório Bahia, quando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) desses hospitais foi disponibilizada para que nove municípios do Estado da Bahia implantassem esses leitos. Desses nove, apenas um conseguiu implantar. Essa situação está sendo analisada pela DGRP, ainda sem resultados práticos.

[...] Foram desativados hospitais privados conveniados ao Estado, e nós conseguimos a AIH desses hospitais para que nove municípios do Estado da Bahia implantassem leito psiquiátrico do Hospital Geral e serviços residenciais terapêuticos. Desses nove, apenas um município implantou, o de Ibicaraí, que implantou dois leitos psiquiátricos. Esses recursos já estão sendo passados para esses municípios desde a gestão anterior, e não conseguimos ainda fazer uma gestão com esses oito outros municípios para saber onde esses recursos estão sendo aplicados e se vamos manter realmente esses recursos destinados a isso (G 4).

As dificuldades para a viabilização deste processo são repetidas pelos entrevistados e se referem à superlotação dos hospitais gerais, à falta de espaço físico para implantação de leitos psiquiátricos, ao despreparo da equipe para tratar desta população.

Não há uma resistência absoluta no sentido de que não se fará isso, há um interesse de que se faça isso. Entretanto, há argumentos que surgem nessa direção: a clínica dos hospitais está superlotada; os hospitais não têm espaços físicos adequados para acolher, nesse momento, leitos psiquiátricos; e outra coisa que sempre se coloca como o argumento é a falta de capacitação desses profissionais da área de saúde para fazer esse tipo de atendimento (G 4).

Apesar da afirmação do entrevistado de que não há uma resistência absoluta a esse processo, os argumentos proferidos e a realidade encontrada nos hospitais apontam para a não implantação dos leitos nos Hospitais Gerais do Estado. A solução encontrada é a implantação de leitos de desintoxicação nos hospitais da rede que estão em processo de construção.

[...] é mais fácil a gente colocar leitos para conformar rede nos hospitais que estão sendo construídos, com as equipes que vão ser contratadas agora do que fazer isso em hospitais que já existem, que não estão com esses leitos previstos, já estão superlotados e que não vão, efetivamente, tão facilmente, abrir leitos para desintoxicação. Ao passo que em um hospital que está sendo construído agora, a gente consegue, dentro do próprio projeto de perfil do hospital, já deixar isso definido e aí, a equipe que entrar, já entra sabendo que existem esses leitos. Então, essa é uma proposta que a superintendência tem encabeçado, o superintendente, tem se mostrado não só simpático à ideia, mas imbuído mesmo de garantir que tenha esses leitos nos hospitais que estão sendo construídos (G 6).

No discurso dos entrevistados, fica evidente que a resistência dos profissionais de saúde – seja em função do despreparo para tratar dessa população, seja em função dos preconceitos e estigmas que permeiam o imaginário social em relação ao usuário de álcool e outras drogas – é o principal motivo para a não implantação de leitos para desintoxicação nos hospitais da rede própria.

Enquanto esse “impasse” não é resolvido e os hospitais da rede própria não são construídos, as equipes dos CAPS vão “contornando” as situações de crise dos usuários com os recursos que são oferecidos efetivamente pela rede de saúde.

[...] não temos os leitos psiquiátricos necessários para o suporte necessário, e o especializado da região nem sempre está recebendo paciente. Então, realmente, às vezes, nos vemos na situação de não podermos fazer muito, apenas contornar a situação com os recursos que nos são oferecidos (I 2).

Destaca-se que, se o Estado da Bahia não consegue implantar leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e leitos de desintoxicação para alcoolistas, conforme preconiza o Ministério da Saúde, a consequência é uma situação de grave desassistência aos usuários.

Importante ressaltar que, nesse processo, a relação dos municípios com a SESAB foi caracterizada pelos coordenadores de CAPS ad pela falta de clareza ou pelo desconhecimento em relação a uma política ou às diretrizes na atenção a usuários de álcool e outras drogas. O apoio da SESAB aos municípios, quando ocorreu, foi no sentido da formação e capacitação da equipe, principalmente para o trabalho na perspectiva proposta pela redução de danos, mas ele não era suficiente.

Eu particularmente já tive contatos com algumas pessoas de lá, do GT de álcool e drogas, mas nunca conversamos sobre algo específico quanto política e diretrizes (I 5).

Já recebemos uma capacitação de dois dias, que ficou de ser continuada, porém, nem mesmo as reuniões de coordenações dos CAPS ad com a área técnica continuaram acontecendo. Recebi um apoio muito grande de profissionais da área técnica de álcool e outras drogas no que diz respeito às ações de redução de danos que estamos desenvolvendo no município (G 3).

Essa posição é corroborada pelos representantes da SESAB, que consideram as ações de capacitação realizadas pela SESAB – GTAD, os encontros com coordenadores de CAPS ad do Estado da Bahia, como uma aproximação do GTAD com os CAPS ad do estado. As discussões sobre essa temática – com gestores e trabalhadores – coordenada pelos apoiadores institucionais nas macrorregiões, dentre outras ações, contribuíram para o desenvolvimento e a construção de ações de álcool e outras drogas nos municípios.

Para além das ações de capacitação, existia um incentivo da SESAB para os municípios que podem ter CAPS ad – pelo critério populacional –, no sentido da orientação, da importância desse serviço para a comunidade, da articulação com o Ministério da Saúde, do encaminhamento de material informativo. Para os municípios que não podem ter CAPS ad, falta uma aproximação da gestão estadual no sentido de incentivar o desenvolvimento de ações de álcool e outras drogas, já que esta é a situação da maioria dos municípios do estado e, nesse sentido, pouco se tem avançado.

Os próprios cursos que foram feitos na SESAB tiveram algumas discussões que colaboraram também com esses serviços... Eu diria que existe um apoio da SESAB para os municípios que podem ter CAPS ad, aqueles que têm população e que não tem o CAPS ad ainda. Existe um incentivo, não um incentivo financeiro, mas [no sentido] de buscar fazer contato com o Ministério da Saúde, dizer, “olhe só, você pode”. É importante que se tenha serviços por essas razões, mas falta ainda na SESAB se pensar [em] uma possibilidade de incentivo, de estímulo de ações de álcool e drogas para os municípios que não podem ter CAPS ad, que é a maior parte do estado, e, nesse sentido, a gente não caminhou muito, não tem uma ação bem definida e clara para poder trabalhar com esses municípios (G 2).

Por outro lado, considera-se que, apesar do efeito positivo das ações de capacitação e apoio implementadas pela SESAB, esse não tem sido um processo contínuo na medida em que não se conseguiu construir uma proposta consistente de educação permanente para a saúde mental.

Para um dos entrevistados, não há qualquer apoio financeiro da SESAB, estando na esfera política o apoio que efetivamente tem sido dado aos municípios:

O apoio da SESAB (leia-se Área Técnica de Saúde Mental) era político (como já foi dito em questões anteriores) e não financeiro, por maiores que tenham sido os esforços para que se destinasse recursos financeiros para os municípios implantarem ações e serviços, considerando que se deveria ter uma política de indução de serviços com incentivo estadual para implantação de CAPS III, por exemplo (G 9).

Essa opinião é corroborada por um dos coordenadores dos serviços que considera a necessidade de mais apoio e investimento por parte das três esferas de governo no processo de implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia:

Quanto aos gestores, embora tenhamos o apoio da gestão municipal, precisamos de um maior incentivo e investimento; o mesmo em relação à gestão estadual e federal. A comunidade é a grande mola propulsora do nosso trabalho pelo reconhecimento e incentivo ao trabalho desenvolvido (I 1).

Há demanda de uma presença mais forte do Estado junto aos municípios, seja no sentido do apoio técnico, seja mais objetivamente no processo de financiamento de serviços de maior complexidade e que necessitam de mais

investimento, a exemplo de CAPS III, dispositivo importante na proposta da Reforma Psiquiátrica e que, no contexto baiano, está instalado somente no município de Feira de Santana e de Alagoinhas.

Um aspecto importante a ser considerado na “Capacidade de Governo” refere-se à experiência e habilidade dos técnicos da SESAB para conduzir programas e ações em álcool e outras drogas. Uma parte dos entrevistados considera que, atualmente, existem sérias limitações de pessoal, com a saída dos apoiadores institucionais e o fim do GTAD.

Nós tínhamos apoiadores no GT de álcool e drogas que davam conta [...]. Hoje, efetivamente, nós estamos com limitações sérias por não contar com os apoiadores e não estar com o GT funcionando (G 6).

Por outro lado, o CETAD é colocado como um parceiro que tem em sua equipe muitos profissionais da SESAB, com habilidade e experiência para conduzir a política de álcool e outras drogas do Estado da Bahia.

Se você considerar que nós do CETAD somos a equipe técnica pela SESAB, minha resposta é sim e não: sim, se você considerar os dispositivos que tem por aí, como nós do CETAD, como os técnicos do CAPS, como algumas outras pessoas; mas não, se você pensar que essas pessoas estão, cada uma, remando no seu barco. Não há uma proposta, uma política coordenada do estado para que a gente chegue enquanto estado ao poder (I 6).

Eu acho que sim, acho que eram pessoas tecnicamente capacitadas, inclusive, pessoas que foram... [Em] todos os grupos, foram inscritas pessoas, tanto as que estavam na assistência, como pessoas que pudessem estar na gestão, mas com capacidade para condução dessa política. Isso sem dúvida... São pessoas, inclusive, que conduzem a política, já há algum tempo, de álcool e drogas no estado da Bahia (G 4).

Um dos entrevistados concorda que o grupo do CETAD tem preparo para implementar a política, embora considere os limites existentes do ponto de vista quantitativo (profissionais) e do vínculo, que fazem com que as demandas dos municípios não sejam atendidas.

Hoje a SESAB está enfrentando um momento muito difícil porque esse grupo (CETAD) tem limites do ponto de vista quantitativo, do vínculo, que não atende minimamente as demandas que a gente tem

no estado, principalmente se a gente for considerar as demandas que vêm dos centros urbanos maiores, Salvador, Feira de Santana. O grupo que nós temos é um grupo muito bom, mas para se implementar uma política, nós deveríamos ter um grupo muito mais ampliado, e de preferência com vínculo efetivo (G 8).

Quanto à capacidade da Saúde Mental/ SESAB de mobilizar recursos administrativos e técnicos (informações) para implementação das ações de álcool e outras drogas, uma parte dos entrevistados considera que a DGC está com uma estrutura frágil e somente conseguiria mobilizar esses recursos contando com auxílio dos parceiros, como o CETAD. Um dos entrevistados, por exemplo, declara: “Mobilizar a gente consegue porque [contamos com] os parceiros, como CETAD, [já] a estruturação da política é algo que precisa de alguém que a orquestre.” (G 6)

Não, não tem material humano nem equipe para fazer isso não, teriam que recorrer a serviços que hoje são [feitos a partir de] parcerias e articulação com outros. Para a SESAB bancar isso..., não bancaria não, porque não tem como (G 3).

Por outro lado, considerando a municipalização do CAPS ad/ Pernambués e a saída dos apoiadores institucionais, verifica-se uma indefinição em relação ao quadro de pessoal da Área Técnica de Saúde Mental que poderia inviabilizar a mobilização de recursos técnicos. Em relação à possibilidade de mobilização da equipe do CETAD enquanto recurso técnico, acredita-se ser necessário um diálogo mais efetivo em função de modelos de trabalho diferenciados.

Hoje ela não conseguiria fazer essa mobilização profissional. Hoje a gente tem, acho que, dois ou três técnicos na área de saúde mental trabalhando na SESAB... Álcool e drogas, a gente não tem ninguém com experiência: as pessoas que estão lá não têm experiência com álcool e drogas, nunca trabalharam com essa questão... (I 4).

No momento, não sei... Hoje, com essa conjuntura que está aí, eu sei que nós temos recursos financeiros da saúde mental que dá para aplicar na educação permanente. Agora, se você me perguntar sobre o quadro de técnicos que eu vou contar hoje para elaborar e viabilizar algumas propostas que estão guardadas, eu não sei, porque existe uma indefinição de composição do quadro de profissionais da saúde mental que pode dificultar ou até inviabilizar... Existe um modelo de trabalho no CETAD que entra muito em choque com o que a gente propõe na saúde mental como um todo e nas outras áreas (G 8).

Não há consenso entre os entrevistados no que diz respeito à capacidade técnica da SESAB para a implementação da Política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

Outro aspecto a ser considerado para implementação de políticas, no que se refere à capacidade de governo e que foi destacado como um problema na SESAB pela maioria dos entrevistados, relaciona-se aos Recursos Humanos necessários à implementação da Política de Saúde Mental/ Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia. A forma como a SESAB, na gestão atual, tentou estruturar seu quadro de profissionais para trabalhar na Saúde Mental era dificilmente sustentável. A fragilidade dos vínculos trabalhistas interferiu sobremaneira na execução das propostas de trabalho, considerando que a equipe dos apoiadores institucionais vivia sob ameaça de esfacelamento, com um contrato terceirizado e que gerava muita desestabilização, o mesmo ocorrendo em relação aos trabalhadores dos CAPS, com mudanças frequentes na composição das equipes de trabalho.

O quadro técnico, se fosse permanente, com vínculo decente de trabalho, teria sido suficiente. Mas, como a maioria tinha vínculo provisório e precário, sob ameaça permanente de término do contrato de trabalho, muitas ações tornavam-se inviáveis pela falta de um quadro técnico para dar conta das diferentes demandas... Na verdade, a falta de uma política de RH era um impeditivo para a implementação da política! (G 9).

A atual política de Recursos Humanos da SESAB não atende as necessidades que a atenção aos usuários de Saúde Mental exige. Na opinião dos entrevistados, a prioridade dos gestores são as unidades de atenção especializada e os hospitais de Emergência. Além disso, são poucos os profissionais preparados para trabalhar na gestão que têm um conhecimento da Política de Saúde Mental e do lugar de álcool e outras drogas dentro dessa política e/ ou do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica.

Esta situação, aliada a falta de sustentabilidade dos processos de trabalho, a falta de liderança e de planejamento das ações, tem corroborado para fragilizar a capacidade de governo para a implementação da Política de Atenção a usuários de álcool e outras drogas.

3.4 Governabilidade

A governabilidade refere-se à “*possibilidade de ação e ao controle dos efeitos da ação*” (MATUS, 1996:60). Considera as relações de poder internas e externas à organização, a capacidade de mobilização do governante em relação à sociedade civil e aos grupos de interesse no sentido de fazer com que a correlação de forças e poder seja favorável a implementação das suas propostas de governo.

O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001⁴³, marco legal da Reforma Psiquiátrica, corroborou com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, garantindo aos usuários do sistema de saúde mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência. Propõe uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada, que enfatiza a descentralização do atendimento ao recomendar que a atenção ao usuário seja feita através de serviços mais próximos do seu convívio social, configurando redes assistenciais atuantes a partir da cultura local, intervindo tanto nas desigualdades quanto nos preconceitos existentes, modelando de forma equânime e democrática suas ações às necessidades e demandas de saúde dos sujeitos.

Os princípios éticos que pautam a proposta das reformas sanitária e psiquiátrica no que diz respeito a uma assistência digna, humana e universal parecem ser consenso entre os entrevistados, sejam eles representantes da sociedade civil, técnicos ou gestores de diferentes áreas. A discordância parece estar na defesa, por parte de um grupo, de uma sociedade sem manicômios, enquanto a outra parte defende a internação como um recurso possível e, até, necessário, confiando na possibilidade da existência de um hospital psiquiátrico humanizado.

Quando a gente fala em atender os usuários de saúde mental de forma mais humana, mais digna, fora do hospício, a gente consegue,

⁴³ A **Lei 10.216** redireciona a assistência em saúde mental, priorizando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. BRASIL, Ministério da Saúde. 2001. Lei n.º. 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. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20).

do ponto de vista ético, até afinar as concepções. Quando a gente radicaliza um pouco mais e defende uma ética que valorize seres humanos, inclusive com suas diferenças em todos os sentidos, a gente não se afina muito não... (G 8).

Essa diferença de opinião entre grupos que trabalham no mesmo campo tem como consequência uma polarização e uma efetiva divisão de profissionais da saúde, sociedade civil e governo que não conseguem estabelecer um diálogo e definir democraticamente diretrizes para a atenção em saúde mental e álcool e outras drogas no estado da Bahia.

[...] existem diferenças de opinião, por exemplo, em relação à internação psiquiátrica, quanto à existência ou não de um hospital psiquiátrico que acho que está mais no imaginário que na vida real, que é dos que são a favor e os que são contra a Reforma Psiquiátrica... Eu acho que essa polarização acabou forçando efetivamente essa divisão (G 6).

[...] se tentaram alguns diálogos que não tiveram sucesso... Não tenho a menor dúvida de que a própria fissura que a gente observa no campo da Saúde Mental, de um lado profissionais da área Médica e [do outro] os demais profissionais, foi um carro chefe. Isso o tempo inteiro estava no meio das coisas, o tempo todo. Essa confrontação ganhou um peso ideológico muito maior do que, até mesmo, a capacidade que as pessoas tiveram de buscar concretamente, na realidade, o que estava acontecendo e como estava impactando o serviço. Então, ganhou o peso de ideologia e isso, infelizmente, não foi possível contornar... (MS 1).

Na opinião de um dos entrevistados, essa questão é permeada por preconceitos e estigmas que sutilmente se reproduzem no interior da SESAB, já que os profissionais de saúde são, antes de tudo, sujeitos sociais pertencentes a uma cultura que exclui e discrimina o diferente, o louco e o drogado.

[...] aqui dentro se reproduzirá de forma sutil e, às vezes não tão aparente, os preconceitos relacionados aos estigmas que a Saúde Mental suscita na população. A tendência é de que se reproduza no âmbito de uma Secretaria de Saúde, na qual os técnicos não são pessoas que estão fora dessa cultura, fora dessa sociedade... (G 4).

No plano interno, é possível afirmar que a dificuldade de diálogo entre os diversos atores que compõem o campo da saúde mental, sejam eles representantes da sociedade, profissionais ou gestores, compromete a governabilidade.

No grupo focal realizado com 9 apoiadores institucionais da Saúde Mental – SESAB, foi realizada inicialmente uma exposição com as definições sobre os poderes Técnico, Administrativo e Político. E, em seguida, foi utilizado o quadro abaixo para preenchimento individual sobre a distribuição do poder na SESAB em relação à Saúde Mental e, mais especificamente, nas questões relativas a álcool e outras drogas, onde os vários “X” (no mínimo de 1 e no máximo de 5) refletem como o poder está distribuído em diversos âmbitos.

QUADRO vi – Tipos de poder

Tipos de poder/ Setor	Poder Técnico	Poder Administrativo	Poder Político
CETAD/ UFBA	44	27	32
CAPS ad/ SESAB	38	20	26
GT AD	41	18	22
Área Técnica de Saúde Mental	24	23	26
DGC	14	28	22
SAIS	14	32	23
Secretário de Saúde	19	38	36
SINDSAÚDE	16	15	28
SINDMED	16	20	27
AMEA	15	10	30
NESM	25	13	34
APB	21	19	32
Outros... CREMEB	2	1	2

O primeiro ponto destacado pelo grupo foi a dificuldade de analisar separadamente os três poderes, considerando que eles estão articulados de tal forma que um é consequência do outro. O *poder técnico* reflete a apropriação do

conhecimento e contribui para a capacidade de persuasão e de mobilização, ou seja, para o poder político que, por sua vez, vai garantir o poder administrativo.

[...] a questão do poder técnico [está] muito ligada à questão política... Enquanto você tem mais conhecimento, você consegue, de alguma forma, persuadir as pessoas para acreditar no que você está falando... O CAPS ad é o poder técnico, ele viu que era interessante a abertura de serviços. Entretanto, quem vai possibilitar a implementação dessa situação é o poder administrativo e quem, no final, vai bater o martelo é o poder político. Na verdade, quem vai dizer “vamos implementar essa política aqui”, são os políticos (GF)⁴⁴

Como é possível verificar no Quadro, há uma concordância entre os apoiadores institucionais de que, em relação à política de álcool e outras drogas, o poder técnico está mais concentrado nos serviços – CAPS ad e CETAD e no GTAD – enquanto que relacionado ao saber – fazer específico destes profissionais.

[...] O poder técnico é aumentado na medida em que a gente vai para os serviços... Eu dei até um destaque maior ao poder técnico, as entidades, GT, as áreas técnicas de uma forma geral, academia, [o que fez com que], paralelamente, o poder administrativo e político diminuíssem de forma considerável e o contrário também. Eu percebi que, na medida em que eu aumentei o poder político, até mesmo administrativo das instituições aqui apontadas, o poder técnico foi automaticamente diminuindo... (GF).

O *poder político* é mencionado em relação à capacidade de determinado ator ou instituição em mobilizar os diversos atores e a sociedade como um todo. O secretário de saúde foi o exemplo mais citado de poder político, sendo seguido, empatado, pela Associação Psiquiatria da Bahia (APB) e pelo Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios (NESM), seguidos, por sua vez, pelo CETAD. Há uma associação entre o poder técnico e o poder político, considerando que o poder técnico, quando legitimado pela sociedade – principalmente quando respaldado pela academia – é também empoderado politicamente.

[...] o Secretário de Saúde também tem um grande poder de mobilização, muito embora eu não coloque aqui ele como a pessoa que tem um saber técnico. Ele, através do serviço, pode mobilizar,

⁴⁴ O entrevistado confunde o poder político com o político, apesar da definição explicitada pela pesquisadora no início do grupo focal, na qual o poder político refere-se à capacidade do gestor em mobilizar grupos sociais, manipular recursos, às informações que acumulam determinadas pessoas, grupos sociais e/ ou instituições.

por ser uma pessoa que tem uma visibilidade grande, tem um poder político grande... E o CETAD, é intermediário. O CETAD, pela expressão técnica que tem, ainda é um serviço que consegue mobilizar, ter acesso administrativo, recursos para que consiga... E aí tem a ver com o nível de poder político, porque o nível de poder político fica totalmente atrelado ao administrativo (G 2).

[...] eu coloquei aqui a APB com quatro estrelinhas porque o poder técnico dela é bastante grande, no sentido de que a APB é um espaço institucional legitimado para falar sobre Saúde Mental de uma forma geral... E na medida em que a gente legitima esse discurso, esse saber técnico empodera, e automaticamente o poder político sobe de uma forma arrasadora... Eu coloquei um destaque aqui para o NESM, grupo de estudos, que é uma entidade, uma instituição bastante representativa em tudo que diz respeito à saúde mental no estado, e a álcool e drogas eu pressuponho que também, principalmente porque está vinculado à academia, e academia de uma forma geral é o *locus* privilegiado para esse exercício do saber... (MS 1).

O poder administrativo relaciona-se à capacidade de mobilizar recursos para a implementação da política. Nas entrevistas, mais uma vez, o poder administrativo do secretário de saúde foi destacado, tendo sido seguido pela SAS, pela DGC e pelo CETAD, estes dois últimos com a diferença de apenas um ponto. No Quadro, é possível verificar que o poder administrativo fica mais forte nos níveis mais altos da gestão. Considera-se ainda que, se os recursos administrativos não são disponibilizados, é devido à incompetência ou falta de prioridade, e não à ausência de poder.

[...] as instâncias na Secretaria de Saúde, a SAIS e a DGC, eu acredito que são onde está mais concentrado o poder administrativo de mobilizar esse recurso. E aí eu concordo com X, se não mobilizam é mais uma questão de incompetência, hoje, de não colocar aquilo como prioridade do que uma questão de não ter esse poder (GF).

Em relação ao poder institucional, o CETAD teve a maior pontuação de Poder Técnico de todo o quadro, sendo reconhecido por todos enquanto detentor de um saber no campo de álcool e outras drogas. A alta pontuação do CETAD referente ao Poder Político é justificada pelo seu poder de mobilização, pela sua capacidade de convocar pessoas para discutir o tema e também devido à forte figura do seu diretor, professor da UFBA, sempre presente nos meios de comunicação, discutindo a problemática que envolve o consumo de SPAs.

Não há unanimidade em relação ao poder administrativo do CETAD, porém, a alta pontuação recebida justifica-se pelo grande poder técnico e político que possui, o que lhe possibilita captar recursos para implementação de ações clínicas e, principalmente, de formação de recursos humanos para o campo de álcool e outras drogas.

[...] o lugar privilegiado, obviamente, é o CETAD, nos três pontos, porque ele tem um poder técnico, tem o apoio administrativo, tem algumas formas de lidar com essa burocracia, através de projetos para captar recursos para implementação de vários projetos de trabalho. Quando o CETAD fala alguma coisa, quando o CETAD, Nery⁴⁵ ou alguma pessoa do CETAD, digamos que isso se transforma em uma verdade. Então, está muito ligada à questão do poder técnico com a questão política. [...] não tem como a gente não vincular a pessoa. Não tem como pensar no CETAD e não pensar em Nery (GF).

O CAPS ad/ Pernambués teve seu Poder Técnico reconhecido, seu poder político considerado relativo e seu poder administrativo avaliado como pouco. Há uma concordância do grupo de que o maior poder existente nos serviços é o Técnico e ele pode contribuir para uma capacidade de mobilização social do serviço, aumentando seu poder político e até administrativo. Todavia, em relação ao CAPS ad, essa possibilidade não parece ter sido muito explorada pelo serviço.

[...] o CAPS ad, eu coloco como uma entidade que tem um poder técnico, poderia ter um poder administrativo, e um poder político que não foi usado enquanto único CAPS ad de Salvador, nos últimos quatro anos. Eu acho que ele tinha mais força do que usou (GF).

O GTAD teve alta pontuação para Poder Técnico, quase se aproximando do CETAD, porém, pouco poder político e administrativo. A proximidade do GTAD com o CETAD, funcionando nestas instalações e a distância da SESAB, pode justificar o grande poder técnico e o pequeno poder político e administrativo referido pelo grupo.

O GTAD tinha um grande poder técnico muito [em função] do poder do CETAD, [por isso] que teve praticamente a mesma pontuação que tem o CETAD. O GTAD tinha o poder político, tinha o poder técnico

⁴⁵ Antonio Nery Alves Filho, médico, psiquiatra, fundador e diretor do CETAD- UFBA, Professor Associado da Universidade Federal da Bahia, Professor da Faculdade Ruy Barbosa, Professor da Santé Mentale Au Québec, Membro da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e Associado do Grupo Interdisciplinar de Estudos Sobre Substâncias Psicoativas.

na mão e poderia ter usado melhor o poder administrativo e o poder político (GF).

Na Área Técnica de Saúde Mental, os três poderes estão praticamente equiparados e relativamente baixos. O poder político, apesar de pequeno, pode ser justificado uma vez que a DGC e a Área Técnica de Saúde Mental representam o Estado, que é político por essência. O poder técnico é representado pelos apoiadores institucionais, que detém reconhecido saber em Saúde Mental e relativamente no campo de álcool e outras drogas, por isso destacam-se na Área Técnica de Saúde Mental, sendo mais baixo na DGC como um todo. O poder administrativo está lá, na SESAB, na gestão.

A SAIS tem uma baixíssima pontuação referente ao Poder Técnico, um poder político relativamente pequeno para a importância da posição da superintendência na SESAB, o que pode ser explicado pela figura do Superintendente que, para muitos dos entrevistados, não apoia a Reforma Psiquiátrica.

A saúde mental conquistou grande espaço na DGC, sendo uma prioridade, mas o mesmo não aconteceu na SAIS e na SESAB em geral. Um dos motivos que atribuo a esta não prioridade da Saúde mental na SAIS é [o fato de] o superintendente não acreditar na Reforma Psiquiátrica e ter várias críticas ao movimento da luta antimanicomial (GF).

[...] coloquei um pouco menor porque eu acho que a superintendência, a figura da superintendência, gera muita divergência, então não tem um poder político tão grande... (GF).

O Poder Administrativo foi o segundo maior do quadro, superado apenas pelo Secretário de Saúde, e isso pode ser justificado pelo poder de manipular recursos inerentes à Superintendência. O Secretário de Saúde tem o maior poder político e administrativo do quadro. Para os entrevistados, o nível de poder político, principalmente dentro da SESAB, está atrelado ao administrativo e as divergências citadas na relação com a Superintendência podem ter alto custo político para o Secretário. O poder técnico está prioritariamente na equipe técnica da SESAB, que, por sua vez, representa o Secretário.

[...] o Secretário, na realidade, representa o saber técnico que é alimentado pelos técnicos da secretaria... A gente pressupõe que as áreas técnicas, por exemplo, a DGC e a Área Técnica de Saúde

Mental, são competentes para estar discursando sobre álcool e drogas. A gente pressupõe que o Secretário, que é alimentado por esse saber da área técnica... porque automaticamente ele está nivelado com o conhecimento... (GF).

A APB tem grande poder político, sendo este um aspecto de concordância de todos os apoiadores, e relativo poder administrativo e técnico – considerando o lugar do saber psiquiátrico no imaginário social.

[...] o representante dos médicos tem pouco poder técnico e pouco poder administrativo, mas tem um poder político que já vem na história da administração da saúde... (GF).

[...] tem todo poder do mundo, só não tem o poder administrativo, é quase uma eminência parda dentro de todos os lugares. Uma vez que ele vai lá e fala, ele tem poder técnico, ele tem, mesmo que não entenda nada de álcool e outras drogas tecnicamente... (GF).

O poder técnico da APB foi discutido pelos entrevistados, não havendo consenso entre eles. Uma parte do grupo defende que a referida entidade tem poder técnico construído historicamente, enquanto outra parte considera que não há apropriação e posicionamento técnico- científicos em relação ao tema.

A AMEA tem as menores pontuações para poder técnico e administrativo do quadro, entretanto apresenta um grande poder político. Os entrevistados consideram que a AMEA tem poder técnico em relação à Saúde Mental, mas não especificamente no campo de álcool e outras drogas.

[...] eu coloquei uma estrela para poder técnico e uma para o administrativo porque eu acho que a facilidade dele em mobilizar recursos é muito pequena, infelizmente, e quatro estrelas para o poder político justamente por conta dessa legitimação, pelo fato de ser usuário... Eu acho que agrega muito o poder político para mobilizar, mas a parte de técnicos pela AMEA... não vejo ninguém ali discutir algo [sobre] álcool e drogas, inclusive porque ninguém da AMEA foi usuário de álcool e outras drogas, [o profissional da AMEA] está mais na área de saúde mental (GF).

Destaca-se, no discurso do entrevistado, a afirmação de que os usuários agregam muito poder político diante das suas capacidades de mobilização. Apesar dessa consideração, na Bahia, não há uma organização política dos usuários de SPAs.

O NESM tem grande poder político, sendo este outro aspecto de concordância de todos os apoiadores, quase que nenhum poder administrativo e relativo poder técnico, o que é ponto de discussão entre os participantes, pois, enquanto alguns consideram que o grande poder político possibilita ao NESM ser escutado tecnicamente, outros acreditam que o NESM não tem qualquer referencial técnico neste campo.

[...] apesar de o poder em álcool e outras drogas ser do CETAD... uma coisa mais embasada... ele tem um poder técnico de chegar lá e falar e muita gente ouvir enquanto representante de uma entidade que faz barulho... (GF).

[...] o NESM não tem um referencial técnico no campo de álcool e drogas. Ele pode até conseguir mobilizar, mas não acredito que tenha um saber técnico realmente apropriado no campo de álcool e drogas (GF).

O SINDSAÚDE e o SINDMED não foram temas contemplados na discussão do grupo focal, e o CREMEB, apesar de ter sido citado, não foi comentado por outros participantes. Este fato causa certo estranhamento, considerando que os referidos sindicatos e conselho representam grupos de interesse que exercem grande pressão sobre as propostas e projetos do governo, muitas vezes mudando o curso de uma determinada política.

Em meio a essa correlação de forças e distribuição do poder, os entrevistados afirmam que as decisões tomadas na SESAB têm como prioridade as denúncias (e o impacto negativo que elas podem ter) e levam em consideração especialmente o local de onde elas procedem e do qual partem as informações ou as solicitações feitas (em termos de influência política). Na Área Técnica de Saúde Mental, quem responde às demandas e aos problemas do campo de álcool e outras drogas é o apoiador institucional que trabalha também no GTAD, grupo que, atualmente, não existe.

[...] eu acho assim: tem as denúncias, e algumas denúncias são prioritárias, dependendo da onde é que vêm, de quem as fazem. Acho que tem pessoas aqui na Bahia, em Salvador, que tem representatividade. Por exemplo, Solla, embora não tenha tido uma política afinada com Nery, em alguns momentos ele escutou o CETAD, escutou Nery. Nery, ele escuta. Hoje, para mim, Solla só escutaria Nery (GF).

Na percepção dos entrevistados, quando o GTAD ainda funcionava poder-se-ia pensar em algumas instâncias para a tomada de decisão: (1) O GTAD, enquanto grupo de trabalho, seria a primeira instância, enquanto referência técnica para a Área Técnica de Saúde Mental e para a diretoria. O GT seria o espaço propositivo, não deliberativo. Então, para a tomada de decisão, o GT era ouvido, mas nem sempre escutado, ou seja, nem sempre suas decisões ou opiniões, embora conhecidas, eram acatadas e postas em prática; (2) Numa hierarquia mais alta, no nível de Secretário de Saúde, quem era consultado era o coordenador do CETAD, não o próprio CETAD.

As dificuldades de comunicação com a SAIS também corroboraram para que as propostas de intervenção em Saúde Mental e álcool e outras drogas ficassem “emperradas” neste nível de gestão, contribuindo para que, no processo decisório, o Secretário, em vez de escutar a Área Técnica de Saúde Mental/ GTAD, acabasse por consultar o coordenador do CETAD.

[...] mas acho que na tomada de decisão... Nós, constantemente, somos convocados a nos posicionar para a coordenação e a diretoria para a resolução de problemas mais imediatos... Mas, numa hierarquia mais alta, em nível de secretário, quem é consultado mesmo, quando é preciso ouvir alguém, é a pessoa de Nery, não é o CETAD, não é o GT. A pessoa de Nery é o consultor de álcool e drogas do Secretário... (GF).

O GTAD, no planejamento anual 2008, encaminhou para a DGC – Coordenação de Políticas Transversais, uma proposta de política no campo de álcool e outras drogas, com onze subprojetos de ação. Não houve qualquer resposta ao grupo no sentido de viabilização ou não dos projetos. Por outro lado, no momento em que os problemas têm que ser resolvidos, os técnicos são convocados, até porque, em última instância, é a DGC – SESAB que responde por eles. Um exemplo que retrata bem essa situação são as demandas do Ministério Público que, na maioria das vezes, quando exigia uma resposta técnica ao problema imediatamente acionava o GTAD, “[...] mas na hora de propor, que precisa do poder administrativo, precisamos do recurso para isso, aí nós não somos escutados, somos ouvidos...” (GF).

Esta é uma forma de funcionamento inadequada, na qual uma equipe de trabalho que supostamente é responsável por propor as demandas de álcool e

outras drogas no Estado da Bahia e responder por elas, não encontra na equipe dirigente da SESAB condições para operacionalizar as propostas que são construídas por solicitação desses mesmos gestores. Essa equipe acaba por trabalhar respondendo às demandas externas e sempre urgentes, o que gera uma situação de insatisfação e desmotivação para com o trabalho, desconfiança e fragilização da governabilidade interna, além de inviabilizar a implementação de ações consistentes, sustentáveis e na perspectiva da atenção à saúde proposta pela Política do Ministério da Saúde.

Os apoiadores acreditam que os seguintes grupos exercem alguma influência no processo decisório dos gestores: o Ministério Público; o Ministério da Saúde; o Coordenador no CETAD; o Coletivo da Luta Antimanicomial; a comunidade.

Em relação ao processo de decisão, o grupo faz referência a dois momentos: Em 2007, o grupo de apoiadores foi constituído e, apesar de não haver uma Coordenação de Saúde Mental, a coordenadora de Políticas Transversais tinha uma grande aproximação com a Área de Saúde Mental, conduzindo e apoiando as decisões do grupo perante a gestão. Um segundo momento refere-se à saída dessa coordenadora, com uma fragilização e perda do poder de coesão do grupo. Também a partir desse momento, todos os coordenadores que trabalhavam diretamente com a Área Técnica de Saúde Mental “tomavam decisões”, sem se comunicar uns com os outros, o que muitas vezes acarretou deliberações diferentes em relação a um mesmo problema, denunciando a falta de uma “direção” e/ ou coordenação para esta área.

Outro aspecto colocado em questão nos depoimentos dos entrevistados diz respeito ao efetivo poder de decisão da Diretora de Gestão do Cuidado. Considera-se que o fato dela não ser médica prejudica esse poder, uma vez que o superintendente, que é médico, exibe um corporativismo muito grande com essa categoria.

[...] Eu disse a ela, e ela concordou comigo, que há um impasse, há um descrédito da diretoria por a diretora não ser médica. O superintendente tem com a categoria médica um corporativismo muito grande... (GF).

O grupo considera ainda que as decisões relativas à Área Técnica de Saúde Mental são tomadas a partir das denúncias, das determinações e dos programas

ministeriais (Ministério da Saúde, da Justiça...) ou de determinação do Ministério Público. Não há uma Política Estadual de Saúde mental e/ ou Álcool e outras Drogas ou o cumprimento da Política do Ministério da Saúde. O trabalho ocorre o tempo todo em virtude das situações ditas emergenciais e não segue o Planejamento proposto.

[...] a gente fez curso de bombeiro [em] um ano e meio, porque tinha os planos emergenciais que surgiam. Tem cinco milhões de reais, aí toca a gente correr para implementar... Carnaval está chegando... Desde novembro do ano passado, todo planejamento de ações para o carnaval estava lá, [no entanto, isso] só se resolveu pouquíssimos dias antes... (GF).

Nesse sentido, existem planos e projetos construídos que ficam no aguardo da decisão da equipe dirigente para serem operacionalizados. Frequentemente, quando a decisão é finalmente tomada – muitas vezes, os projetos se perdem ou emperram em determinado nível decisório – esbarra nas dificuldades de operacionalização, seja por conta dos processos de trabalho na SESAB, seja pela correlação de forças e poder que fazem paralisar determinadas ações.

Em relação ao poder de decisão, os entrevistados consideram que este poder não está no GTAD e/ ou na Área Técnica de Saúde Mental, mas diretamente atreladas a DGC e a viabilidade administrativa do contrato com a Fundação da Associação Bahiana de Medicina (FABAMED), a SAIS e o Secretário de Saúde. Diante de dificuldades com a FABAMED e a orientação para contenção de gastos, o poder de execução da diretoria foi ficando cada vez mais vinculado a ações emergenciais e, a maioria das vezes em que as propostas de ação da Área Técnica de Saúde Mental não eram viabilizadas, a justificativa dada pela Diretoria de Gestão do Cuidado eram os “impasses na Superintendência”.

[...] em quais desses níveis se dá a decisão, está um pouco confuso porque, às vezes, quando não se tinha uma decisão de minha diretoria, se justificava isso por uma falta de decisão na superintendência (GF).

Todo o longo processo para a tomada de decisão, com vários níveis de poder, e a referida confusão em relação a quem efetivamente decide aliados às dificuldades de operacionalização das ações, principalmente em relação à

burocratização existente para a liberação dos recursos, acabam dificultando a execução das ações. A equipe técnica da SESAB acredita que tem o conhecimento técnico para construir as propostas de ação, mas não se sente apropriada do conhecimento administrativo requerido pela SESAB para facilitar a liberação do recurso. Conforme assegura um dos integrantes dessa equipe: “Nosso poder técnico fica muito limitado pelo conhecimento administrativo que a gente não tem” (GF).

[...] e aí entra o poder político... é dizer “olhe, vai ter o fórum de álcool e outras drogas, vai ter...”. A decisão política foi de ter o Trieste e todo mundo se virou e resolveu, mas existe uma burocracia que é normal dentro de uma Secretaria. [...] a decisão não está na mão de nenhuma área técnica, nem do GT, está nessas esferas maiores que não têm o poder técnico... (GF).

Ao final da discussão desta questão, os entrevistados concordaram que a decisão política é um aspecto importante para viabilizar uma ação, e exemplificaram essa importância salientando que o “Encontro Nacional das Reformas Psiquiátricas”⁴⁶, uma prioridade para o Secretário de Saúde, apesar de todas as dificuldades operacionais e financeiras, foi operacionalizado.

Em relação a mudanças na Área Técnica de Saúde Mental e na SESAB que poderiam facilitar o processo de implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, a designação de uma Coordenação de Saúde Mental, que tenha identidade com o campo e força para legitimar as ações propostas na perspectiva ética da Reforma Psiquiátrica, ainda que num modelo de gestão colegiada, foi considerada importante.

Também se destacou como prioritário que a equipe tenha condições estruturais e tecnológicas de trabalho e, principalmente, vínculo empregatício que possibilite a sustentação do trabalho de forma consistente, regular, em longo prazo.

Um ponto de discussão no grupo foi o questionamento em relação à separação ou não entre a área de Saúde Mental e a de Álcool e outras Drogas. Enquanto uma parte do grupo considera um retrocesso essa separação, pois acredita que associar este campo a uma linha específica da saúde foi um avanço político e um ganho técnico, outra parte pondera que deixar a questão do álcool e

⁴⁶ As Reformas Psiquiátricas e a Transformação Cultural em Saúde Mental no Brasil e no Mundo: 30 anos da Lei Franco Basaglia. O encontro celebrou os 30 anos da promulgação da Lei 180 na Itália e teve por objetivo fazer uma análise das diversas realidades do campo da saúde mental. Organizado pela UFBA e pela SESAB, ocorreu de 11 a 13 de maio de 2009, no Centro de Convenções da Bahia, em Salvador.

outras drogas inserida na Saúde Mental reduz as possibilidades de atuação neste campo.

[...] eu pessoalmente acho que seria um retrocesso para a política pública no país separar as questões de álcool e drogas da saúde mental. Foi um avanço político, um ganho técnico imenso, a gente conseguir associar a questão de álcool e drogas a uma linha específica da saúde... Eu particularmente sou muito desejosa de que haja uma referência da saúde mental para o estado... não falo de um lugar de hierarquia, de autoridade, de poder, mas alguma pessoa que possa legitimar, tenha força para legitimar as ações de uma forma geral. E eu acredito basicamente que falta que o estado assuma a saúde mental enquanto uma política pública, se não prioritária, mas, pelo menos, necessária para compor a saúde pública no estado (GF).

[...] Deixar dentro da saúde mental é deixar álcool e drogas num lugar muito pequenininho... (GF).

Os entrevistados consideraram que, de certa forma, já havia uma separação entre essas áreas. Mesmo que as questões referentes à atenção a usuários de álcool e outras drogas fizesse parte da Área Técnica de Saúde Mental, havia uma pessoa de referência ou um grupo de trabalho (GTAD) que respondia às demandas.

Essa forma de funcionamento, na qual o GTAD centraliza as questões relativas à atenção a usuários de álcool e outras drogas, tem como consequência o afastamento e a falta de responsabilização de outros atores em relação à problemática que envolve o consumo de SPAs.

Uma questão importante a ser considerada no estudo de implementação de políticas e que diz respeito ao componente da governabilidade é a participação social. Os resultados apresentados a seguir foram construídos, baseando-se: (1) na percepção dos técnicos e (2) dos movimentos sociais, a respeito da participação social na implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

No ponto de vista dos técnicos, a importância da participação da sociedade, principalmente dos movimentos sociais, nas ações de saúde são consideradas fundamentais para o avanço e a consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica na Bahia, apesar do reconhecimento de que é preciso a construção de outras estratégias para auxiliar essas ações. Um dos entrevistados considera que, de imediato, é preciso ampliar o núcleo de debate, incluir outros atores, ainda que

tenham opiniões diferentes, para a discussão da política, envolvendo os municípios, as instituições que trabalham com a temática e os usuários.

Imediatamente, ampliar o núcleo de debate... Ainda faltou incluir alguns atores nessa discussão de rede. Como eu falei, principalmente o Psiquiatra... Trazer as opiniões diferentes para dentro do palco de discussão da política é fundamental. Não tem como implementar e debater, elaborar e implementar a política se a gente começa excluir quem tem opiniões diferentes (G 6).

Um único exemplo de construção conjunta entre movimento social e Estado foi citado por diferentes entrevistados, qual seja: foi demandado pelo movimento social o apoio da SESAB em uma ação de “capacitação para usuários” com o objetivo de fortalecer o movimento. Os próprios usuários construíram a proposta, convidaram as pessoas que eles consideraram importantes, e os técnicos da SESAB envolvidos apoiaram todo o trabalho, contribuindo com a metodologia e participando do evento enquanto aprendizes do processo, respeitando as condições dadas ao trabalho.

Esse tipo de ação é o que nós devíamos estar fazendo com todas as ações de educação permanente: discutindo as propostas, elaborando as propostas, tendo como principal farol o que a sociedade civil espera do estado (G 8).

Apesar da experiência citada, um dos entrevistados argumenta que há um tecnicismo na construção das políticas, ao lado de uma desvalorização do saber do usuário e da sociedade civil como um todo. Parece haver uma dificuldade dos técnicos para se destituírem do lugar de saber de maneira a construir coletivamente propostas com representantes da sociedade civil, fazendo valer o compromisso de co-responsabilidade, valorizando e respeitando o poder e o saber que a população possui e pode trazer para a implementação e consolidação das políticas.

[...] as políticas aqui ainda continuam sendo feitas, hoje, de forma mais tecnicista, porque são técnicos da área que estão fazendo essas políticas, mas esse saber técnico ainda fica muito submetido a interesses outros, interesses maiores, [o que], por vezes, [causa] a reprodução de um discurso moralista sobre drogas (G 2).

A Bahia tem uma tradição e uma história de autoritarismo e centralização do poder muito forte, que perdurou por décadas. As conquistas garantidas na Constituição Federal, nas Normas Operacionais e nas Conferências sobre a importância da participação social, da democracia para a consolidação do SUS, na Bahia, têm sido muito difíceis de efetivar. Outra dificuldade apontada por um dos entrevistados, e que atrapalham hoje o trabalho conjunto, é a resistência criada pelos grupos que conseguiram subsistir, na Saúde Mental.

A Saúde Mental tem grupos fechados pelos quais a gente não consegue transitar tanto... Às vezes são coisas simples, de interesse dos dois lados e a gente não consegue ultrapassar os limites dos nossos campos de saberes, ou nossos campos institucionais, para fazer prevalecer o que é necessário para a população (G 8).

Outra reflexão nesta direção refere-se à dificuldade de estabelecer a Comissão Estadual de Saúde Mental, ainda que deliberado pelo secretário, pela Superintendência e pela Diretoria. Um dos entrevistados considera que os micro-poderes e/ ou espaço da micro-política interferem nesse processo.

[...] a Comissão Estadual de Saúde Mental, que até agora eu não entendi porque que não foi... Existem micro-poderes e por mais que seja deliberado pela diretoria, pela superintendência, pelo secretário, tem o espaço da micro-política que a gente não conseguiu trabalhar direito, por isso não conseguimos ainda recompor a Comissão Estadual de Saúde Mental que envolve inclusive o conselho. Na verdade, é uma Comissão do Conselho Estadual de Saúde, então é importantíssimo... vai ser algo que... vai ter que pegar no pé mesmo para [conseguir] recompor... provocar o conselho. É o conselho que convoca a comissão do conselho estadual (G 6).

Este relato traz um questionamento: onde estaria a vontade política? Vários entrevistados atribuíram à vontade política do gestor uma das principais dificuldades de implementação da política de álcool e outras drogas. No entanto, em relação ao estabelecimento da Comissão Estadual de Saúde Mental, parece que o dirigente queria, determinou e mesmo assim o Conselho Estadual de Saúde, composto principalmente por representantes da sociedade civil, configurado enquanto espaço de controle social, não estabeleceu a referida Comissão. Por outro lado, ao se referir aos micro-poderes, um entrevistado acredita que os múltiplos poderes institucionais têm corroborado para que determinadas concepções ideológicas e

alguns interesses corporativos e políticos inviabilizem a retomada de Comissão Estadual de Saúde Mental e dificultem tanto a tomada de decisões negociadas e pactuadas como, também, a sua sustentabilidade. Esta situação não indicaria igualmente certa fragilidade em relação à governabilidade do gestor?

A gente ainda tem muita dificuldade de sustentar os nossos pactos, de construir pactos e sustentá-los. E a dificuldade não é só por parte do governo, todos têm dificuldade de ultrapassar um pouco seu território para conseguir fazer pactos e cumprir pactos necessários para implementação das políticas (G 8).

Mais uma vez, um dos entrevistados relativiza a questão da “vontade política”, indicando que a negociação e a sustentação de pactos, processos fundamentais para implementação de políticas, são dificuldades que permeiam todos os setores da SESAB, inclusive os atores internos e externos a ela, no que se refere à política de álcool e outras drogas.

[...] mais especificamente a APB acaba se afastando muito. Nós não incluímos os Psiquiatras nesta discussão por conta dessa celeuma, por achar que [o que] Psiquiatra defende é Hospital Psiquiátrico, [sendo todos eles] contra a reforma. É mais uma forma de como vê a reforma do que necessariamente ser contra a reforma. Agora, se a gente não cria espaço para efetivamente ouvi-los, não dá para saber... Aí eles vão buscar conversar com outras pessoas, com o superintendente, com o próprio secretário e, muitas vezes, forçando algum tipo de decisão ou de posicionamento que não passa necessariamente pela área técnica. Isso obviamente vai criar conflito, e os conflitos, nesse caso, não são saudáveis, eles acabam emperrando a implementação da política... Isso aconteceu... ...até por não termos criado um espaço. Essa situação, essa divergência, poderia ter sido mais bem trabalhada e pode ainda ser melhor trabalhada... dificulta porque acaba [acontecendo] que o grupo que é menos ouvido, tem acesso a gestores da secretaria e acaba transmitindo as informações e os seus questionamentos de forma equivocada. Mas eu não digo nem que é deliberado, mas, é por falta de espaço e aí a culpa é nossa (G 6).

Especificamente ao que diz respeito ao álcool e outras drogas, os entrevistados reconheceram que a participação social na SESAB e na construção de propostas que viabilizem a implementação da Política do Ministério da Saúde na atenção a esses usuários não tem ocorrido. Por outro lado, comentou-se que os usuários dos CAPS ad não têm feito movimentos de organização e participação social.

Se você me perguntar “e a secretaria de saúde enquanto construção de política?”. Eu acho que a secretaria não tem uma política em relação a álcool e outras drogas, e não vejo, a não ser no discurso, uma participação da sociedade (I 6).

A questão cultural é também destacada por um dos entrevistados, considerando a dificuldade em se legitimar um espaço de participação social para que o usuário de drogas seja escutado e respeitado em suas posições, sem ser estigmatizado de alguma maneira. Por outro lado, por conta dos preconceitos e estigmas com que a sociedade trata a questão, torna-se muito difícil para o usuário se dizer usuário, o que acaba por inibir efetivamente a possibilidade de sua participação social e política.

Outro ponto de discussão refere-se ao lugar das questões que envolvem a atenção a usuários de álcool e outras drogas nos movimentos sociais de Saúde Mental. Considera-se que efetivamente não há um lugar, o que só fortalece a separação que historicamente há entre esses campos.

[...] os movimentos baianos que tratam da questão da saúde mental ainda estão muito voltados para saúde mental em adultos e crianças, e álcool e drogas realmente não têm um lugar, não têm uma importância pra eles (G 3).

A chamada marcha da maconha⁴⁷ é citada como um exemplo do efeito da cultura de marginalização do usuário que dificulta a sua participação social. É um movimento social que tem sido praticamente impedido de acontecer.

Como é que a gente quer que a sociedade participe disso se o movimento social não é legitimado para acontecer? Se você não pode manifestar sua opinião sobre a lei de drogas? Se você não pode sair na rua, se nomear maconheiro e questionar a lei de drogas porque, se fizer isso, vai ser preso ou considerado [como aquele que está fazendo] uma apologia? (G 2).

⁴⁷ “A **Marcha da Maconha** Brasil não é um evento de cunho apologético, nem seus organizadores incentivam o uso de maconha ou de qualquer outra substância ilícita. Respeitamos as Leis e a Constituição do país do qual somos cidadãos e procuramos respeitar não só o direito à livre manifestação de idéias e opiniões, mas também os limites legais desse e de outros direitos civis. O objetivo do Movimento é possibilitar que todos os cidadãos brasileiros possam se manifestar de forma livre e democrática a respeito das políticas e leis sobre drogas do país, ajudando a fazer do Brasil um verdadeiro Estado Democrático de Direito. Com essas atividades procuramos tão somente ajudar a fazer com que essas leis e políticas possam ser construídas e aplicadas de forma mais transparente, justa, eficaz e pragmática, respeitando a cidadania e os Direitos Humanos”. Fonte: <www.marchadamaconha.org> Acesso jan. 2010.

Por outro lado, é possível citar pequenos avanços na participação social dos usuários de álcool e outras drogas, como, por exemplo, a institucionalização da prática da redução de danos pela Política do Ministério da Saúde, utilizando-a no seu Marco Teórico e enfatizando-a como uma importante estratégia para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Este fato é referido como uma via de participação social na medida em que a redução de danos de certa forma convoca e viabiliza o diálogo entre o saber técnico e o saber popular. Considera-se que é a partir do saber popular, do que o usuário diz sobre seu uso de droga e como expõe seus riscos que se torna possível a construção de estratégias de prevenção e intervenção.

Há uma participação popular nesse sentido, mas ainda não é uma participação no sentido de formular política. É uma participação no sentido de criar estratégias para aquela situação específica. É avanço, é, mas não é a sociedade civil participando da política. Ainda precisamos avançar muito nisso (G 2).

É importante citar que o único movimento social que discute atualmente sobre o tema das drogas identificado na Bahia foi constituído recentemente, o ANANDA⁴⁸, que conta com o apoio do Coletivo BALANCE⁴⁹, do Grupo Interdisciplinar de Estudo sobre Substâncias Psicoativas (GIESP)⁵⁰ e da própria UFBA, que colabora na medida em que as reuniões acontecem no Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UFBA. Atualmente tem um representante do ANANDA participando da Câmara

⁴⁸ ANANDA: Ativistas, Redutores de Danos e Pesquisadores Associados. Grupo antiproibicionista criado em 2007. Fonte: <www.redeananda.org>. Acesso jan. 2010.

⁴⁹ “O trabalho do balance é pioneiro na cena eletrônica nacional. Buscou inspiração nos trabalhos do Energy Control (Espanha) e MAPs (EUA). O grupo chega para quebrar o estigma que envolve a cena eletrônica através da abordagem negativa da mídia de massa e repressiva do controle policial tem dispensado ao tema. Para isso, o Balance conta com o apoio e participação do GIESP e do CETAD/UFBA. Assim, reunimos profissionais como psicólogos, médicos, antropólogos e outros pesquisadores, da questão das substâncias psicoativas, bem como produtores e cidadãos da cena eletrônica para pensar e realizar ações de redução de danos. ‘Não devemos confundir as estratégias de redução de danos com incentivo ao uso indevido de drogas ilícitas, pois se trata de uma estratégia de prevenção’”. Fonte: <<http://coletivobalance.blogspot.com/2007/07/atuao-do-coletivo-balance-reduo-de.html>>. Acesso jan. 2010.

⁵⁰ O **GIESP** é formado por pesquisadores, professores e estudantes de diferentes áreas das Ciências Humanas e da Saúde, com o objetivo comum de promover pesquisas e levantar discussões sobre as variadas questões que envolvem o fenômeno do uso de substâncias psicoativas. Fonte: <<http://www.giesp.ffch.ufba.br/mais.htm>>. Acesso fev. 2010.

Técnica formada pela SESAB para construção de propostas para o PEAD⁵¹ – Ministério da Saúde.

Na percepção dos representantes dos movimentos sociais, alguns acontecimentos importantes foram facilitadores do processo de participação social na Bahia. Assim como para os técnicos, o encontro internacional “As Reformas Psiquiátricas e a Transformação Cultural no Brasil e no Mundo: 30 anos de lei Franco Baságlia”, foi considerado um evento que mobilizou forças e desencadeou processos participativos, inclusive na SESAB.

[...] é uma gestão que permitiu, por exemplo, a realização de um encontro que teve a dimensão que teve o encontro das Reformas Psiquiátricas... Até hoje, as pessoas que participaram vêm falar comigo que aquilo foi um marco na vida delas, assim como estudantes de várias áreas vêm dizer que mudaram a forma de pensar a Saúde Mental (MS 1).

O curso de capacitação para usuários também foi citado por vários entrevistados como uma das respostas positivas da gestão ao movimento social, considerando a intensa participação dos usuários em todo o processo, desde o planejamento até o encerramento do curso e o efeito que acarretou para a auto-estima e o fortalecimento da autonomia desses sujeitos.

Isso foi até hoje a única resposta que a gente teve a nível positivo porque até hoje a gente encontra os usuários e familiares que participaram do curso, e foram lá, no Canela, e dizem assim: “você não sabe o quanto aquilo mudou a minha vida”... (MS 2).

A equipe da Área Técnica de Saúde Mental foi reconhecida pelo seu empenho e implicação no processo da Reforma Psiquiátrica, com esforços pessoais e quase heroicos para viabilização das ações propostas, mantendo uma relação com os Movimentos Sociais de valorização e respeito.

⁵¹ O PEAD *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) que apresenta as seguintes finalidades: I – ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); II – diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; III – construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009).*

[...] deu para, por exemplo, ver de perto alguns esforços muito grandes, alguns empenhos pessoais que chegavam a ser quase heroicos, de técnicos, de pessoas que se empenhavam, que vestiam a camisa... (MS 1).

[...] eu não posso dizer da SESAB, mas das pessoas, dos profissionais da SESAB que vestiam a camisa para dizer “nós vamos mudar essa sociedade, nós vamos melhorar esses drogados, vamos lá para diminuir a cachaça desses meninos na praia, vamos melhorar aqui também a condição da proliferação dessas doenças”... (MS 2).

Também foram referidos alguns obstáculos para viabilização da participação social na SESAB. Um dos entrevistados enfatizou a dificuldade em estabelecer uma cooperação que envolvesse a academia e a gestão, e considerou que a fragilidade da equipe técnica da SESAB, com processos de trabalho fragmentados e desarticulados, dificultou o seu diálogo com a Universidade e entre esta e a Gestão.

[...] para que uma cooperação se dê, o outro lado tem que estar fortalecido também. É engraçado isso, essa ideia até do empoderamento, se o outro não está empoderado, está lá colocado na própria gestão, dificilmente ele pode oferecer para você que vem de fora um lugar. O que num determinado momento eu fui sentindo é que a gente não podia entrar porque, ao entrar, a gente acabava desvendando um pouco essa fraqueza, essa realidade fragmentada, mal articulada... Não estou dizendo que as pessoas não tivessem objetivos e metas, longe disso, mas assim, no final, não dava para a gente perceber claramente que planejamento era esse, que orientação era essa, quais eram as ações, entende? (MS 1).

Destacou-se que os momentos em que os representantes da SESAB recebiam os movimentos sociais eram permeados de incompreensões, pressupostos de como estava ou como deveria estar o tema em questão, inviabilizando um processo mais participativo e dialogado.

Agora, na SESAB, enquanto tal, ainda acho que o diálogo foi mais restrito. Havia escuta, mas havia mais incompreensões do que compreensões, havia muito mais alguns pressupostos sobre como estava funcionando e como deveria ser o funcionamento do que exatamente a criação de uma dinâmica que permitisse um processo mais participativo... (MS 1).

Não, nós temos até participação direta, a gente chega a fazer parte de algumas reuniões, mas a gente sabe que nós só somos ouvidos... Para falar a verdade, eles nos ouvem, mas não fazem nada. Ele

ouve como se você dissesse assim: “vamos ouvir esse doido falar, a gente sai daqui e engaveta”... (MS 2).

Um dos questionamentos feitos pelos entrevistados foi: “será que a SESAB sabe?”. A situação dos serviços de Saúde Mental de gestão estadual foi paulatinamente se agravando, os pacientes foram ficando mais desassistidos, muitas situações de violência e morte foram denunciadas, os serviços e suas equipes foram se desfazendo, a equipe de apoiadores institucionais foi sendo paralisada até ser demitida. Desse modo, não havia mais referência em saúde mental no Estado.

[...] a troca de gerentes de CAPS é que foi totalmente desastrosa, e a gente se perguntava até que ponto, até que nível isso chegava ao conhecimento de todos, esses desastres, de como o impacto era negativo, destruidor. Progressivamente um serviço ia se desfazendo na nossa frente, a gente não sabia até que ponto isso era de conhecimento dos níveis de gestão mais elevados. Por outro lado, se tentou alguns diálogos que não tiveram sucesso (MS 1).

Desintegrando o NAI, eles tiraram realmente o principal combustível que nós tínhamos: dados, números... era o trabalho direto... Através do NAI, a gente sabia o que estava acontecendo em Itabuna, em Juazeiro, como estava o andamento em Feira de Santana, [podia se perguntar] “a saúde mental de Vitória da Conquista está como?”. E agora a gente não vai ter mais nada, vai ter exatamente o que é manipulado... (MS 2).

Um dos entrevistados explicou esta situação dizendo que a ética do gestor e a dos técnicos não é a mesma. O jogo de interesses que permeia as relações na SESAB emperraria o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica.

[...] a ética do gestor não é compatível com a ética do técnico. Eles têm seus interesses, mas eu realmente não vejo ética humana nestes gestores atuais... Até agora, de todas as minhas participações, [vejo] má vontade política, interesse partidário e manutenção de um domínio nessa área, em função de alianças que foram feitas por interesses pessoais. Existe um jogo de interesses tão grande que, para mim, é o que emperra, por que a verba existe, os recursos materiais existem, não precisa comprar, os profissionais estão aí, os melhores profissionais no início do procedimento do TAC⁵² eram os profissionais que estavam comprometidos, envolvidos com a área de Saúde Mental (MS 2).

⁵² TAC – Termo de Ajustamento de Conduta.

O descrédito dos movimentos sociais em relação ao governo ficou evidente no discurso de vários entrevistados que consideram que foram muitas crises, dificuldades, enfrentamentos, lutas em busca de respostas que não surgiram. Essa situação criou um sentimento de desconfiança e de decepção em relação à gestão.

[...] a SESAB tem demonstrado domínio através de uma gestão que não se mostra claramente comprometida... Quantas crises, quantas dificuldades, quantos enfrentamentos, quantas questões de sofrimento humano a gente vivenciou e tentou dar algum tipo de solução imediata. Isso me colocou um pouco, também, numa certa retaguarda, ou melhor, acho que recuei um pouco para ganhar um pouco de fôlego... Hoje, até os residentes passaram por momentos de muito atrito, e a gente vê as consequências, a repercussão disso, [nota] um certo desânimo no repensar se o campo da saúde mental é um campo de intervenção possível (MS 2).

As dificuldades de diálogo, as desconfianças, o sentimento de não ser escutado, teve um lugar preponderante no processo de implementação das políticas de Saúde Mental e bastante imperativo no conseqüente descrédito na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado da Bahia que tem marcado as relações entre a alta direção da SESAB e algumas entidades representativas da sociedade civil. Outras entidades referem uma relação de cordialidade e até participação em determinadas situações na relação com a SAIS.

(...) o superintendente nos convidou repetidamente. Estivemos eu e X, pelo menos umas quatro vezes, para, com fim específico de sugerir nomes, assumir a Coordenação (de Saúde Mental)... Então, há toda a cordialidade entre a Associação Psiquiátrica, eu e o superintendente. (MS 3).

Outra questão que se coloca é: não foram criados espaços efetivos de participação ou não foram conquistados espaços efetivos de participação? Para um dos entrevistados, o poder não é dado nem concedido, é conquistado. Por isso, é preciso que os movimentos sociais se fortaleçam para conquistar espaços para, não apenas serem ouvidos, poder construir conjuntamente as respostas. Por outro lado, um governo que se diz democrático abriu espaços efetivos de participação social? Os entrevistados admitem que os movimentos sociais chegaram a sentar nas mesas de negociação, embora apenas tenham sido escutados.

O que eu estou falando de um modo geral é: quantas oficinas, quantos grupos de trabalho foram desenvolvidos e tiveram continuidade, quem foi ouvido? De que modo foi ouvido? Esse é o lado que eu gostaria que tivesse tido mais... Esse espaço tem que ser mais... não pode ser uma vez na vida ou uma proposta que aconteça uma única vez. Então, eu acho que deixou muito a desejar. Agora, não tenho a menor dúvida de que cabe a gente se organizar mais, se fortalecer mais, para poder permanecer exigindo, demandando, afinal de contas é um lugar legítimo de participação (MS 1).

Um dos entrevistados, referindo-se a inexistência de propostas em relação à saúde mental e a atenção a usuários de álcool e outras drogas no Plano de Saúde do Estado, questiona: o lugar da Saúde Mental na SESAB é o lugar da não existência?

[...] o plano de Saúde não tem quase nada de Saúde Mental. Aí você se pergunta “o que é que aconteceu com a Saúde Mental? Não é relevante? Não tem expressão epidemiológica? Não tem expressão nas necessidades de saúde?”. Está certo que não tem quase nada... Essa é uma pergunta que, para mim, é importante porque... se é importante, se é relevante, teria que se ter criado mais espaço de participação... funciona a meu ver pela não existência (MS 1).⁵³

Diante de tudo que foi colocado por profissionais, gestores e movimentos sociais, podemos afirmar que a governabilidade da gestão encontra-se extremamente abalada e que o sentimento de desconfiança e descrédito em relação ao governo, neste momento, seria um aspecto que dificultaria a implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia se isto realmente fizesse parte do projeto político dos governantes.

⁵³ É preciso lembrar que, apesar do entrevistado afirmar que não há referência a álcool e outras drogas no Plano Estadual de Saúde, já foi referido anteriormente nesta apresentação de resultados que o Plano contempla este tema, principalmente na exposição dos problemas prioritários de saúde da população, ainda que as propostas de intervenção apresentadas nas linhas de cuidado sejam frágeis.

4. DISCUSSÃO

Antes de discutir os resultados apresentados neste estudo, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre certos limites metodológicos encontrados durante a sua elaboração. Uma primeira preocupação advinda, desde a escolha do tema, foi o envolvimento da pesquisadora com o campo da Saúde Mental e, mais especificamente, com a atenção a usuários de álcool e outras drogas, através do vínculo de trabalho permanente com a SESAB, desde 1992. Em muitos momentos da coleta dos dados, a relação anterior e em outro contexto com os sujeitos da pesquisa foi responsável por trazer à pesquisa um grande desafio, a neutralidade, que foi buscada através de um esforço constante de objetivação.

Na interpretação e discussão dos resultados, por diversas vezes, as situações relatadas haviam sido vivenciadas pela pesquisadora de outro lugar, qual seja, enquanto atora social do processo investigado. Além do mais, o acesso a informações através de vivências em outros contextos, que não o da pesquisa e que certamente não poderiam ser utilizadas se se considerasse apenas essa fonte, direcionaram a busca aos documentos que poderiam retratar a referida informação.

Outro aspecto que merece destaque refere-se à compreensão, às vezes equivocada, de alguns participantes do grupo focal, em relação às definições de poder, explicitadas pela pesquisadora no início do trabalho em grupo e discutidas durante o processo.

Na discussão dos resultados do estudo, apresentada a seguir, três eixos foram contemplados: (1) Implementação de políticas de saúde; (2) A atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia e (3) A questão atual das políticas sobre drogas.

4.1 Implementação de Políticas de Saúde

Os estudos sobre análise de Políticas Públicas têm produção recente no Brasil, com escassa acumulação de conhecimento e discussão dos trabalhos produzidos no campo. Especialmente em relação a pesquisas sobre implementação das Políticas Públicas, Souza (2003) indica ser preciso superar uma trajetória que

ênfatiza uma análise baseada nos sucessos e principalmente nos fracassos, para estudos que busquem compreender os processos políticos em sua complexidade.

Os resultados do presente estudo aproximam-se de algumas características evidenciadas por outros autores na análise de implementação de Políticas de Saúde, além de reforçar a hipótese geral⁵⁴ que orientou todo o processo de pesquisa.

Um primeiro aspecto contemplado refere-se à compreensão de que o processo de implementação de uma política é permeado por conflitos de interesses e correlações de forças que determinam e até modificam seus rumos (SILVA, 2000; VIANA e BAPTISTA, 2008). Nesse sentido, uma maior ou uma menor autonomia e capacidade de trabalho do Estado vai depender dos diferentes atores sociais envolvidos, assim como do contexto histórico e não apenas da conclamada “vontade política” do governo (LOTUFO e MIRANDA, 2007; SOUZA, 2006). Na SESAB, a atual correlação de forças não tem sido favorável à efetiva implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

Uma segunda afirmação possível refere-se à fragilidade da organização e mobilização dos atores sociais. A simples presença desses atores em uma organização não garante a cooperação para uma ação coletiva, sendo necessário considerar, desde o momento da formulação de políticas, os fatores que estimulam ou constroem esse processo. (PAIM, COSTA e VILASBÔAS, 2009). Na implementação da política de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas conduzida pela SESAB, esta cooperação encontra-se limitada. As articulações intra e intersectoriais ocorrem de modo pontual, não favorecendo a integralidade das ações. A participação social é frágil, sendo necessário mais do que vontade política para garantir o envolvimento e cooperação dos atores sociais. Seria preciso dispor de ferramentas para fazer possível essa participação em cada campo específico de intervenção. (ROMANI, 2008). O desafio da integralidade impõe-se em um contexto marcado pela consolidação de políticas específicas e fragmentadas (ANDRADE, 2009).

Outra característica do processo de implementação de Políticas de Saúde tem sido a constatação da pouca participação da sociedade civil e de profissionais de

⁵⁴ “a análise da implementação de políticas de Saúde depende não apenas da correlação de forças políticas que dirigem ou pressionam o Estado e seus aparelhos, mas também da distribuição do poder no interior do aparato estatal e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições” (PAIM, 2002, 150p.).

saúde na construção da agenda (COELHO e PAIM, 2005). Por outro lado, para além dos projetos e planos governamentais, é preciso verificar se o governo desencadeou os mecanismos para execução das propostas formuladas nesses projetos e planos (PAIM et al., 2009). Embora se reconheçam alterações na maneira pela qual a problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas vem sendo contemplada nos documentos oficiais do governo, ainda que seja tratada de forma ambígua, essas alterações não foram acompanhada de mudanças na forma de atuação da SESAB que poderiam garantir a sua implementação. Tal como constatado no estudo de Soares (2007), no caso da saúde bucal, a baixa capacidade de governo e da governabilidade contribuem para a lentidão do processo em organizações estatais.

Por outro lado, a formação de quadros profissionais e a institucionalização do planejamento e da avaliação são aspectos citados por Vieira da Silva et al. (2007) como necessários para a ampliação da capacidade de governo, tendo sido considerado nesse estudo enquanto mecanismos facilitadores para a implementação adequada da política. Importante destacar que a realização de práticas não estruturadas de planejamento em contextos municipais podem permitir a ampliação da oferta de serviços (VILASBÔAS e PAIM, 2008), mas em uma instituição hipercomplexa como a SESAB, podem funcionar como aspecto limitador (COELHO e PAIM, 2005), como foi observado na presente investigação.

Para Viana et al. (2007), problemas de ordem estrutural, institucional e política dificultam a institucionalidade de uma política. No contexto da SESAB, o aspecto estrutural refere-se à falta de integralidade entre as Políticas Públicas, baixa articulação entre os atores envolvidos no processo de implementação da política e a complexidade e desigualdades macro e microrregionais no Estado da Bahia; o Institucional indica que a política é proposta nacionalmente, em detrimento de respostas mais oportunas com as especificidades locais (GÖTTEM et al., 2009); e o político aponta para a fragilidade dessa política nos projetos de governo da SESAB.

Para certos autores, como Bertero (1988), a ineficiência do aparato administrativo, também constatada na SESAB, pode ser considerada como responsável por parte dos problemas de implementação de políticas. Ultrapassar esse limite implica na ampliação da capacidade de governo e da governabilidade, acompanhada por articulações políticas constantes e a aplicação de competências diversas por parte da equipe dirigente. (LOTUFO e MIRANDA, 2007). Por sua vez, a

contratação de profissionais de saúde com vínculo permanente de trabalho torna-se premente diante de uma configuração organizacional – nos contextos municipais e estadual – marcada por práticas clientelistas e corporativas, pela insuficiência e amadorismo dos quadros profissionais e consequente fragmentação e fragilização dos processos de trabalho (PAIM e TEIXEIRA, 2007). No caso da SESAB, assim como nos estudos realizados por Reis e Garcia (2008), permanece o desafio da implantação de uma política de Recursos Humanos que possibilite a efetiva implementação da política.

De modo geral, é possível afirmar que os achados deste estudo reforçam o entendimento da maioria dos autores aqui citados, de que a implementação representa o momento de um processo político que está sujeito a uma dinâmica de interesses conflitantes de atores com poder desigual. Implica a análise da distribuição do poder no aparato estatal e dos modos de estruturação do trabalho. (PAIM, 2002).

Na concepção de Matus (1987 e 1997), o projeto de governo é a tradução do interesse e da possibilidade de ação formulada pela organização, a partir dos problemas identificados na situação de saúde e na capacidade organizacional.

No estudo de caso realizado na SESAB, constatou-se que a problemática que envolve o consumo de substâncias psicoativas encontra-se presente no discurso dos governantes, porém, há uma insuficiência de propostas consistentes nos documentos oficiais da organização. Enquanto que, nos “Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner”, havia uma referência à importância das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para a questão das dependências químicas, o Plano Estadual de Saúde, apesar de colocar o elevado consumo de álcool e outras drogas como problema prioritário, não contempla em suas linhas de ação, o tema de forma clara e direta. Este fato é motivo de surpresa para alguns entrevistados, considerando que a questão estava posta no Plano do Governo Wagner, foi referida por profissionais da área da maioria das macrorregiões como um grave problema de saúde da população e, ainda assim, não foi contemplada de forma consistente no Plano Estadual de Saúde. Também nas agendas de saúde – de 2007, 2008, 2009 e 2010 –, as ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas praticamente não são referidas, mas apenas mencionadas nas reduzidas propostas para a Saúde Mental.

O primeiro passo para o desenvolvimento de uma política é o reconhecimento de um problema como de relevância pública. Kingdon (1995) considera que além de constituída por assuntos que chamam atenção do governo e dos cidadãos, a agenda precisa de um processo de maturação política para ser elaborada. Nesse sentido, o autor propõe uma classificação da agenda em três tipos: não governamental (assuntos relevantes para a opinião pública, mas que não chamam a atenção do governo), governamental (problemas que chamam a atenção das autoridades) e a agenda decisória ou política, composta pela lista dos problemas a serem decididos.

A partir desta classificação, pode-se refletir que, apesar de a problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas ser relevante para a sociedade e estar presente nos discursos das autoridades e da mídia, ela, contraditoriamente, não entrou de forma consistente na agenda política da SESAB.

Para Machado (1999), a agenda reflete a correlação de forças sociais e as relações de poder que vão determinar o processo decisório. É possível afirmar que não houve pressão direta de grupos de interesse no sentido de que o tema entrasse, efetivamente, na agenda. A questão é desconsiderada sem questionamento ou organização de quaisquer forças do campo da saúde na direção oposta. Esta realidade traz a reflexão sobre até que ponto ou de que forma o setor da saúde “toma para si” a problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas. De que modo o imaginário social que condena o usuário à marginalidade e que põe a questão na esfera da justiça está presente na subjetividade dos atores sociais que compõem este cenário organizacional de tal forma que a resposta à questão parece ser uma inércia coletiva que paralisa gestores, trabalhadores e usuários?

Coelho e Paim (2005), em pesquisa sobre o processo decisório e as práticas de gestão realizada na mesma instituição, ainda que em outra conjuntura, também constataram a pouca participação da sociedade e dos técnicos da SESAB na construção da agenda, o que resultava num processo decisório pressionado pelas instâncias que compõem o próprio aparelho do Estado.

A formação da “agenda” institucional da SESAB apresentava indícios de pouca participação da sociedade civil e do nível técnico-operacional nessa seleção e priorização de problemas, presentes na atuação modesta do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e nos processos de planejamento formais. Isso fez pensar que a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de

um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de “alto escalão” ou do alto *staff* do Executivo (COELHO e PAIM, 2005:08).

Nesta investigação, também não se verificou um espaço para discussão e construção da agenda comum que garantisse a integralidade das ações intra e intersetoriais. Nem no discurso dos entrevistados, nem internamente, a exemplo da DAB, houve a construção conjunta das propostas e sua execução. Ao contrário, acredita-se que a inserção das ações de saúde mental na atenção básica ocorrerá a partir de um projeto da DAB, que trabalhará com linhas de cuidado e incluirá a saúde mental. Nesse sentido, é preciso considerar que a construção/ formulação das políticas e propostas em relação ao consumo elevado de álcool e outras drogas não tem ocorrido com o envolvimento e participação dos diversos atores responsáveis por sua implementação, sejam eles trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais, o que poderia explicar, de certo modo, a fragilidade das ações realizadas no processo de implementação desta política no Estado da Bahia.

Na fase de implementação de uma política, novos atores passam a fazer parte do processo, como, por exemplo, os profissionais dos serviços, familiares e usuários. Uma decisão tomada nas fases anteriores do ciclo da política pode ser modificada, alterada ou até rejeitada, o que significa que novas negociações são iniciadas, novas decisões são tomadas e, até, outras formulações são feitas, o que pode levar ao reinício do ciclo da política. (VIANA e BAPTISTA, 2008). Esse processo é marcado por correlações de poder que vão definir os rumos da política. Neste sentido, a implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia tem sido marcada por forças sociais com projetos de sociedade distintos e conflitantes. A alta direção da SESAB não tem sido capaz de funcionar como mediadora dessas relações no sentido de possibilitar o diálogo e a participação social dos diversos atores para a implementação da política de forma democrática, pactuada e negociada.

O antagonismo verificado entre determinados grupos da sociedade se reflete no interior das unidades de saúde através da hegemonia de alguns projetos em detrimento de outros ou entre modelos assistenciais contraditórios. Esta situação se expressa, por exemplo, na dificuldade para implantação de leitos psiquiátricos e para alcoolistas em hospitais gerais, verificada em todo o Estado da Bahia. As justificativas versam entre a falta de espaço, a superlotação dos hospitais, o

despreparo e resistência dos profissionais de saúde para lidar com os usuários, dentre outras explicações que apenas demonstram o lugar da exclusão que a questão ocupa no imaginário social e para os trabalhadores de saúde. Concretamente, apesar das determinações e incentivos ministeriais, os leitos não têm sido implantados.

Nessa disputa, o que transparece na fala de alguns entrevistados, a partir do relato de situações concretas, vivenciadas no decorrer da gestão iniciada em 2007, é que a saúde da população, que deveria ser o objetivo principal de todos os envolvidos, se perde diante das desavenças ideológicas e políticas.

Em meio ao sentimento de estar no “olho do furacão”, muitas foram as soluções propostas. Uma delas, e que foi ponto de discussão no grupo focal, refere-se ao questionamento sobre se a Saúde Mental e Álcool e outras Drogas deveriam estar juntos ou separados na condução da política pela SESAB. É preciso considerar que tanto a proposta de separação quanto a de continuidade das áreas conjuntamente trazem em si uma ideologia e um posicionamento político. A proposta de separação, ainda que em nome da dimensão e complexidade que envolve o tema, pode fragilizar as forças sociais que defendem um projeto societário maior e coadunado com os princípios éticos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Continuar juntos significa considerar as dificuldades que permearam a inclusão das questões de álcool e outras drogas na Saúde Mental e na Saúde Pública institucionalizada, entendendo que é preciso unir forças e não separá-las.

Considerando que, no entendimento dos entrevistados, a participação dos movimentos sociais junto à SESAB e na construção de projetos que viabilizem a implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas tem ocorrido de forma incipiente, era de se esperar a fragilidade das propostas de governo em relação ao tema. É possível afirmar, então, que a realidade em que a política está inserida é perpassada por uma série de oposições e apoios que apontam para uma relação de forças/ poder que indicam uma menor sustentação para sua implementação.

Os gestores e profissionais entrevistados concordam que não há uma Política formalizada da SESAB para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, ainda que conheçam e utilizem como referência a proposta do Ministério da Saúde. Também reconhecem que o CETAD funciona como referência política para o Estado, ainda que informalmente. Esta situação de o Estado delegar a condução da

política de álcool e outras drogas a uma instituição, mesmo sendo reconhecida como de notório saber no assunto, também não refletiria o lugar que esse tema tem ocupado (ou não) na agenda dos governantes?

Ao lado da ausência de uma política formal em relação à questão, encontra-se uma profusão de projetos construídos pelo GTAD, junto ao CETAD e ao CAPS ad/Pernambúés, que contemplam de forma intersetorial a complexidade que envolve o problema. A maioria das propostas não foi executada e pouco se avançou para que as ações mencionadas na Agenda de Saúde, como a implantação de leitos psiquiátricos para alcoolistas em hospital geral, fossem concretizadas.

Por que a DGC/ SAIS/ Área Técnica de Saúde Mental/ GTAD não consegue executar os diversos planos e projetos para atenção a usuários de álcool e outras drogas construídos ao longo de quase três anos de governo?

Para a maioria dos entrevistados, não há “vontade política” ou decisão política da alta cúpula da SESAB, não é importante para o governo ou, até, não há capacidade de execução para implementação das propostas. Aqui, há de se refletir sobre o que querem dizer os entrevistados por vontade política, expressão banalizada e que parece colocar na responsabilidade de um – neste caso, o secretário de saúde – todo o ônus diante do que o setor não consegue realizar.

É preciso não perder de vista que “vontade” ou decisão política é consequência de um contexto histórico, externo e interno à organização e que reflete toda uma correlação de forças e poder – expressa por trabalhadores, usuários, associações representativas da sociedade civil, grupos de interesses, gestores, pela mídia, dentre outros – que vai determinar a construção de um projeto de governo, a partir dos problemas identificados e da capacidade institucional de agir do gestor. Ou seja, refere-se a

(...) um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo... o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega as prerrogativas de poder decisório e delimita as suas margens de autonomia política (LOTUFO e MIRANDA, 2007:1146).

Já em relação à referida baixa capacidade de execução, (que poderia ser traduzida como baixa capacidade de governo) cabe lembrar que envolve três componentes: a perícia do dirigente e sua equipe, os sistemas de trabalho,

expressão concreta das práticas de gestão, e o desenho organizativo da instituição (MATUS, 1997). Quanto à experiência e habilidade dos profissionais da SESAB para conduzir programas e ações em álcool e outras drogas, a capacitação e experiência no campo são condições reputadas como importantes para legitimidade técnica e, neste sentido, sendo avaliadas como requisito básico a ser atendido pela equipe, considerando os profissionais disponibilizados para trabalhar no CETAD.

Por outro lado, os referidos profissionais, em sua maioria, têm experiência e atuação na clínica com usuários de álcool e outras drogas e escassa experiência em gestão. Existem, então, sérias limitações de pessoal com conhecimento e habilidade apropriados para trabalhar na gestão, principalmente com a saída dos apoiadores institucionais e do fim do GTAD. Um dos entrevistados considera também que o CETAD tem limites do ponto de vista quantitativo e do vínculo de trabalho de alguns profissionais, que dificultariam o atendimento às demandas dos municípios do Estado da Bahia.

No contexto de uma organização hipercomplexa como a SESAB, a implementação exige articulações políticas constantes e a aplicação de competências diversas – instrumental, estratégica, normativa, comunicativa, além da utilização de métodos e tecnologias de gestão adequadas às especificidades das situações/ problemas em diferentes tempos e contextos (LOTUFO e MIRANDA, 2007). Neste sentido, não há consenso em relação à capacidade técnica e administrativa da SESAB para implementação da Política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

A questão da liderança também é fator importante para a capacidade de gestão, sendo este um grande “nó crítico” da condução da Política de Saúde Mental e de álcool e outras drogas na SESAB. Com a justificativa de conseguir uma maior horizontalidade, transversalidade das políticas e democratização das decisões, a DGC implantou um sistema com três coordenações, sendo que a Coordenação de Políticas Transversais é composta por sete áreas técnicas, dentre elas a Área Técnica de Saúde Mental, todas sem uma coordenação específica.

Esta forma de organização proposta pela DGC, em que não havia quem respondesse especificamente por Saúde Mental, determina uma conformação dos atores sociais a partir da falta de direcionalidade, ingovernabilidade, baixa responsabilização e articulação dos sistemas de trabalho. Se não há coordenação, não há responsabilização, não há “petição de contas” (MATUS, 1997). A formulação

gráfica que expressa a baixa ou alta responsabilização e a articulação do sistema de trabalho, entre os macro e micro sistemas, constitui o “Triângulo de Ferro da Gestão” (MATUS, 1997), composto pela agenda do dirigente, pelo sistema de petição e prestação de contas por desempenho e pela gerência por operações. O “Sistema de Petição e Prestação de Contas”, ao definir a responsabilidade de cada ator ou setor com os compromissos assumidos, é considerado o principal aspecto desse triângulo, na medida em que exige o compromisso de gestores e trabalhadores com os projetos e propostas de governo. Esse é um aspecto fundamental para o fortalecimento da capacidade de gestão dessa área técnica na SESAB.

No primeiro momento da atual gestão, como o coordenador de Políticas Transversais tinha uma experiência prática no campo da Saúde Mental e uma forte identidade ele, assumiu, integralmente, a direção das ações, conduzindo os grupos de trabalho e a formação do NAI. Se, por um lado, o compartilhamento de valores comuns em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica favoreceu a construção de relações de confiança entre a equipe que compunha a Área Técnica de Saúde Mental e a implementação de ações, por outro, as dificuldades de diálogo com outros atores sociais criaram uma situação de polarização que emperrou, em muitos momentos, o processo de implementação da política.

Esta situação parece refletir a afirmação de Testa (1992) que considera que a disputa sobre o que e como fazer as coisas numa determinada organização revela projetos de sociedade distintos, embora os atores pertencentes a uma mesma divisão social do trabalho tendam a se aliar nesta disputa cotidiana de poder.

Com a saída do coordenador de Políticas Transversais e o acirramento dos conflitos entre os diversos grupos de interesse, a Saúde Mental ficou sem direção, muitas ações foram paralisadas, as dificuldades nas relações entre profissionais exacerbaram-se e o diálogo e a negociação, em todos os níveis, dentro e fora da SESAB, foram praticamente inviabilizados. A necessidade de uma Coordenação de Saúde Mental foi apontada por quase todos os entrevistados, evidenciando uma lacuna em relação ao gerenciamento⁵⁵.

Outro grande problema destacado pela maioria dos entrevistados relaciona-se com os Recursos Humanos para implementação da Política de Saúde Mental/ Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia. A fragilidade dos vínculos trabalhistas interferiu

⁵⁵ Recentemente foi designado um profissional para coordenação de Saúde Mental na SESAB.

na capacidade de gestão, com contratos terceirizados que geravam muita desestabilização e mudanças na composição das equipes de trabalho. Destaca-se que, em relação à capacidade de governo, a organização dos processos de trabalho e as estratégias de gestão não foram construídas de forma a sustentar os resultados a ponto de favorecer maior confiabilidade à organização, ao contrário, o sentimento de descrédito e desconfiança é marcante na fala dos entrevistados. E, como diz Matus (1987), a credibilidade na política é quase tudo.

A questão da sustentabilidade dos resultados das ações implementadas também é uma das dimensões importantes no conceito de gestão que serviu de referência para a construção da proposta de avaliação da capacidade de gestão:

a decisão é o elemento central que perpassa o processo de gestão e se revela por meio de três dimensões: *uma dimensão organizacional* que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); *uma dimensão operacional* (capacidade de executar) que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e *a dimensão da sustentabilidade* (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão (GUIMARÃES et al., 2004:05).

Então, é possível afirmar que, na Área Técnica de Saúde Mental, há uma baixa capacidade de operacionalização/ execução das ações de atenção integral a álcool e outras drogas, assim como uma baixa capacidade de sustentar os resultados das ações implementadas. Em relação à “*dimensão organizacional*” na SESAB, o formato do processo decisório das questões de Saúde Mental/ Álcool e outras drogas tinha prioridade de encaminhamento a partir de dois aspectos: (1) as denúncias (e o impacto negativo que elas poderiam ter) e (2) os “pedidos”, considerando o poder de influência de quem pede. (3) Por indução do Ministério da Saúde, através das portarias Ministeriais. Essa forma de tomada de decisão aponta para o favoritismo político ainda presente na gestão da Saúde Mental no Estado da Bahia.

Outra característica do processo decisório na SESAB era o fato de as decisões serem tomadas a partir das demandas e das urgências. As decisões, nesse caso, eram tomadas a partir das crises ou também das oportunidades, no caso da captação de recursos para desenvolvimento de projetos na área. Para Paim e Coelho (2005), essas situações sempre conferiam uma mudança de ordem no

processo de planejamento. “Em vez de seguir o fluxo identificação de necessidade, busca de viabilidade econômica e política-decisão, passavam a funcionar a partir da viabilidade – a priorização” (COELHO e PAIM, 2005:1377).

O planejamento utilizado geralmente destinava-se à resolução de problemas imediatos. As ações empreendidas pela SESAB para implementação da política de álcool e outras drogas no estado da Bahia, até o momento, parecem estar pautadas mais nos valores e ideologia dos gestores da SESAB do que numa racionalidade técnico-sanitária que considere os danos e riscos a saúde para priorização da alocação dos recursos financeiros.

Para Matus (1987), a apropriação de técnicas de planejamento é uma variável das mais importantes para a capacidade de governo de uma equipe. O planejamento não é apenas um método, mas possibilita uma racionalidade e um diálogo (PAIM, 2002).

Neste sentido, a utilização de práticas de planejamento, ainda que não-estruturadas, podem funcionar como um cálculo estratégico para implementação de políticas de saúde, em determinados contextos, conforme demonstrado por Vilasbôas (2006), no estudo realizado sobre práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.

Por outro lado, a falta de um formato de planejamento estruturado, com procedimentos formalizados e um cálculo sistemático que precede e conforma a ação, incluindo momentos de acompanhamento, avaliação e revisão das propostas, em uma instituição hipercomplexa como a SESAB, configura-se como limitadora da capacidade de gestão, conforme demonstra os estudos realizados por Coelho e Paim (2005).

Outro aspecto importante sobre a capacidade de governo refere-se à diversidade de planos e projetos construídos pelo GTAD, e que, em sua maioria, foram engavetados. Mais uma vez, verifica-se que, mesmo diante de propostas políticas mais avançadas ou momentos favoráveis para a utilização de estratégias mais participativas, o planejamento não foi institucionalizado e o produto desses processos se limitou à construção de planos (PAIM, 2002). Esta situação ocorre atualmente no interior da SESAB, ao menos em relação à condução da Política de Saúde Mental/ álcool e outras drogas.

Como acentua Matus (1987), a capacidade de governo e o conteúdo propositivo dos projetos de governo vão interferir diretamente na governabilidade do

gestor. Refletir sobre a Governabilidade na SESAB exige pensar, por sua vez, sobre as relações de poder no seu interior. Poder que é também relação que constrói a sociedade e está inseparavelmente ligada ao Estado (TESTA, 1992). Setorialmente, o poder é tipificado por este autor como técnico, administrativo e político, componentes utilizados neste estudo para compreender as relações de poder na SESAB e, em última instância, a governabilidade do gestor para a implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.

O poder administrativo tem como pressuposto um "poder econômico", porém, não se refere apenas a uma disponibilidade de recursos financeiros, mas, também, a organização e gestão da força de trabalho. Na SESAB, foi possível verificar que o poder administrativo está mais concentrado nas esferas mais altas da gestão. Há uma concordância entre os entrevistados em relação ao fato de que, se os recursos administrativos não são mobilizados para realização das ações, é por uma questão de incompetência ou falta de prioridade, e não por falta de recursos ou poder político.

Em relação ao poder técnico, acredita-se que a sua maior expressão em relação à política de álcool e outras drogas está nos serviços – CAPS ad e CETAD e no GTAD – considerando que está mais relacionado ao saber – fazer específico nesta área. Destaca-se o fato de o CETAD ter tido a maior pontuação em relação ao poder técnico, uma alta pontuação em relação ao poder político e também ao poder administrativo. Os entrevistados consideram que o poder técnico desta instituição é reconhecido pela sociedade de tal forma que a empodera politicamente e abre espaços de captação de recursos financeiros para implantação de programas e projetos na área.

O reconhecimento do poder técnico – e também político – do CETAD pela SESAB é descrito por vários entrevistados nas situações em que o gestor tem que tomar decisões técnicas – certamente com repercussões políticas – e o diretor do CETAD é consultado. O CETAD era admitido como parceiro da secretaria há várias gestões, a tal ponto que podia se colocar e ser reconhecido como parte da Secretaria da Saúde, ao mesmo tempo em que mantinha sua autonomia técnico-administrativa.

Uma questão importante nesse estudo refere-se sobre até que ponto essa relação entre a SESAB e o CETAD favoreceu ou dificultou a implementação da política de atenção a usuários de drogas no Estado da Bahia. No depoimento de um

dos entrevistados, esta situação permitiu à Secretaria de Saúde não se preocupar muito com a problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas, exatamente porque, quando necessário, era solicitado ao CETAD responder – em nome da gestão – sobre questões relacionadas ao tema.

No grupo focal realizado com o NAI, outros atores foram identificados como apropriados de poder técnico e político em sujeitos coletivos como o NESM, a APB e a AMEA, mas também foi referida a falta de envolvimento destes com a questão de álcool e outras drogas. O GTAD e o CAPS ad/ Pernambués, também reconhecidos enquanto possuidores de poder técnico, além de estarem intrinsecamente ligados ao CETAD, não existem mais na SESAB.

Nesse sentido, é possível refletir que o poder técnico e político concentrado no CETAD reduz as possibilidades de resposta do governo na medida em que a governabilidade exige a articulação dos atores em torno do plano proposto, pois são as relações de forças políticas e econômicas, internas e externas, articuladas ao redor da equipe de governo que determinam a governabilidade. (MATUS, 1996).

O Secretário de Saúde foi o exemplo mais citado de poder político, mas esse poder não tem sido utilizado, como poderia, para implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, considerando que: a questão não está contemplada de forma consistente nem na agenda do governo, nem no plano estadual de saúde e com poucas ações realizadas segundo relatórios de gestão 2007 e 2008.

Neste momento de discussão, é preciso voltar ao “Ciclo da Política Pública”. Em relação à problemática que envolve o consumo de álcool e outras drogas, existe o reconhecimento da questão como de relevância pública para a saúde? O tema está no discurso dos governantes e está na mídia sob que perspectiva? No reconhecimento do uso prejudicial e dependência de drogas como problemas de saúde pública que necessitam de Políticas Públicas para enfrentá-los? Ou, como observa Minayo (2003) na perspectiva do preconceito e da demonização das drogas?

[...] a própria sociedade se “droga” com as “drogas”, **criando sua toxicomania**, buscando escapar, sobretudo, de problemas sócio-estruturais-culturais muito profundos, assim como de angústias existenciais, desemprego, miséria, guerras internas e externas, conflitos geracionais, mudanças velozes na cultura, dentre outras questões... Por vezes, tem-se a impressão de que nada mais

acontece na sociedade a não ser a droga, a violência e suas conseqüências (MINAYO, 2003:20).

Um problema torna-se prioritário a ponto de entrar na agenda do governo quando é capaz de mobilizar politicamente grupos de interesse com fortes recursos de poder; quando compõe uma ação de crise ou em uma situação de oportunidade, o que Kingdon (1995) chamou de “janela de oportunidade”. Nesse sentido, que grupos com recursos de poder pressionam o governo do Estado da Bahia para que a problemática que envolve a atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas se torne um “problema prioritário” a ponto de entrar na agenda política? O CETAD é apenas um dos atores nesse processo. Onde estão os outros atores sociais?

O único movimento social identificado, na Bahia, que atualmente discute sobre o tema das drogas é a ANANDA, composto por ativistas, usuários e estudiosos interessados na questão de álcool e outras drogas, e que debate as leis e políticas de drogas, promovendo ações e discussões. Mas é um movimento que ainda está se constituindo.

Assim, o lugar da problemática relativa ao consumo e a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas nos movimentos sociais de Saúde Mental, no contexto da Bahia, foi debatido no grupo focal. Neste contexto, considerou-se que, efetivamente, não há organização de usuários de substâncias psicoativas que possibilite a participação no processo político em saúde; esse não é um tema debatido e discutido nas reuniões dos movimentos sociais. Essa realidade colabora para separação que efetiva e historicamente há entre esses campos. Separação que certamente fragiliza ainda mais a participação social.

Machado (2006) considera que uma das dificuldades da inclusão das questões de álcool e outras drogas na Saúde Mental foi justamente a ausência de movimentos sociais envolvidos com essa problemática e com os direitos sociais dos usuários. Destaca-se, no entanto, neste campo, os movimentos sociais de ajuda mútua que trabalham mais no sentido da abstinência, sem atuação no campo político.

Além disso, como pontua Alves (2009) em relação à exclusão social dos usuários de álcool e outras drogas, muitas vezes esses sujeitos se excluem da sociedade ao assumir um padrão de consumo de substâncias psicoativas que exige o isolamento e até ruptura das relações familiares e sociais. Esse processo só

corroborar com a atitude preconceituosa e de marginalização do usuário que marca a posição da sociedade em relação ao tema e que tem como consequência a reprodução dos espaços de violência.

A questão cultural é referida pelos entrevistados destacando-se a dificuldade do Estado e da sociedade como um todo em legitimar um espaço no qual alguém possa se nomear usuário de droga e ser escutado e respeitado em suas colocações; um espaço de discussão da política sem ser estigmatizado. Por conta disso, os próprios usuários não querem se colocar nesse lugar de usuários de drogas, o que acaba por dificultar efetivamente a possibilidade de sua participação social.

Um dos gestores entrevistados considera que é necessário ampliar os espaços de participação social, incluir outros atores para a discussão da política, envolver os municípios e as instituições que trabalham com a temática, enfim, convocar a participação dos usuários. Na SESAB, não há um espaço político permanente para discussão da agenda que inclua todos os atores sociais envolvidos com a possibilidade de construção de propostas e diretrizes conjuntamente. Cada grupo pressiona o Secretário a partir dos seus interesses corporativos, ideológicos e de classe, comprometendo a governabilidade do sistema.

É importante lembrar que, ainda que a governabilidade de um sistema seja relativa a um ator determinado, um sistema não é igualmente governável ou ingovernável para os distintos atores sociais, considerando que cada um deles controla uma proporção distinta de variáveis (MATUS, 1997). Neste sentido, ainda que o Secretário de Saúde tenha governabilidade interna, a gestão da instituição, composta por outros atores sociais com poder, diante de um projeto de governo pouco consistente em relação à implementação da política de álcool e outras drogas e baixa capacidade de governo, não apresenta uma boa governabilidade.

4.2 A Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia

Com base nos resultados deste estudo, constata-se que a rede de atenção à Saúde Mental e a usuários de substâncias psicoativas no Estado da Bahia não atende, suficientemente, as necessidades da população. Foi possível verificar que 60% dos 417 municípios baianos têm população inferior a 20.000 habitantes,

portanto, excluídos do suporte dos CAPS. Isto significa que a rede de atenção básica deve incluir as ações de Saúde Mental e o consumo de álcool e outras drogas, opção que encontra grande resistência e despreparo dos profissionais. (BRASIL, 2005b; FODRA, 2009).

Embora a Portaria do Ministério da Saúde n. 154 de 2008 incentive a inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica, as iniciativas governamentais nesse sentido ainda são frágeis. Há uma priorização da abertura de CAPS, dispositivos considerados estratégicos na Política, o que pode colocar em risco a integralidade das ações. (MORAIS et al., 2009). Nesta perspectiva, na saúde, a intersectorialidade se coloca como desafio e possibilidade de superação do caráter fragmentado da intervenção pública no espaço social. (SILVA e SENNA, 2009).

As dificuldades dos técnicos da atenção básica em acolher os usuários de álcool e outras drogas se justificam, em parte, pelo desconhecimento e preconceito em relação ao tema. A supervisão e apoio às equipes que compõem a rede de saúde e assistência social, com formação e construção de um projeto de intervenção pautado nas diretrizes propostas pela Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas, e considerando as especificidades e cultura do território, seria uma saída possível em um Estado onde 60% dos municípios estão nessa situação.

Por sua vez, os municípios com população superior a 20.000 habitantes e que têm CAPS I implantados, apesar de estarem autorizados pelo Ministério da Saúde para atender os usuários de álcool e outras drogas, em sua maioria, não se sentem preparados estruturalmente e tecnicamente para prestar esta assistência. (ALVES, 2009; BRASIL, 2005; FODRA, 2009). A construção de estratégias para responder a essa situação e possibilitar o acesso do usuário a rede de saúde e social, impõe-se como uma necessidade. Caberia ao CAPS convocar os atores sociais e liderar o processo de modo que o trabalho a ser desenvolvido pudesse estar articulado intra e inter-setorialmente.

Apenas dois municípios do Estado da Bahia dispõem do serviço de CAPS III, o que significa que, em caso de internação, os usuários podem ser encaminhados para os hospitais psiquiátricos, considerando, dessa maneira, que não se avançou no processo de implantação de leitos psiquiátricos e para desintoxicação a usuários de álcool e outras drogas nos hospitais gerais. As justificativas encontradas no presente estudo para a não implantação dos leitos também foram assinaladas por

ALVES (2009), quais sejam: inadequada infraestrutura dos hospitais para acolher essa população; insuficiência e falta de qualificação dos recursos humanos para assistência aos usuários de álcool e outras drogas, e o preconceito e estigma relativos aos usuários de álcool e outras drogas.

Em relação aos CAPS ad, ainda que todas as macrorregiões possam implantar esses serviços, a distribuição ocorre de forma insatisfatória, destacando-se que, mesmo em Salvador, existe apenas 1 CAPS ad disponibilizado para uma população de quase 3 milhões de habitantes. Essa realidade cria uma situação de desassistência, manipulada por grupos que defendem um modelo de atenção baseado na abstinência, para alardear que a proposta política do Ministério da Saúde não funciona.

Outro ponto ressaltado pelos entrevistados refere-se ao fato de que a maioria dos municípios não apresenta um trabalho em rede que atenda as necessidades de saúde dos usuários nos três níveis de atenção. Este é um grande problema considerando que as redes não são apenas as instituições, mas, sobretudo, as pessoas que estão inseridas e excluídas nelas e que fazem parte do contexto relacional deste sujeito, direta ou indiretamente. A rede, como diz Saraceno, “[...] é a rede de lugares, recursos e oportunidades, é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/ paciente/ comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar.” (2001).

Por outro lado, MORAIS et al. (2009) defendem que apenas a ampliação da rede não garante a integralidade da atenção. Consideram que a redução de danos é uma estratégia potente e necessária na atenção à saúde e inclusão social do usuário, embora ainda seja alvo de muito preconceito por parte da sociedade e dos próprios profissionais de saúde. A redução de danos implica aceitar a singularidade dos seres humanos, reconhecer a sua liberdade existencial, com responsabilidade social. É considerar que: “usa-se droga para viver, não para morrer” (ESPINHEIRA, 2009: 15).

As dificuldades de acolhimento da crise do usuário são relatadas pelos entrevistados desta pesquisa e reforçadas por outros estudos. Wetzel (2005) afirma que há uma naturalização do encaminhamento das equipes de Saúde Mental para o Hospital Psiquiátrico como estratégia para lidar com a crise. A persistência das concepções e práticas de assistência pautadas nos modelos tradicionais de atenção e presentes nos discursos dos trabalhadores, ainda é uma realidade no campo da

Saúde Mental. (FODRA, 2009; LEÃO e BARROS, 2008). Esta situação é agravada pelos mitos e preconceitos que envolvem o tema (consequentes da associação direta entre drogas e violência), dificultando o debate e a construção de estratégias coletivas de intervenção em saúde.

A questão da pouca participação social dos usuários de álcool e outras drogas foi abordada por diversos sujeitos desta pesquisa em diferentes contextos: em relação à gestão, nas dificuldades relatadas pelos movimentos sociais de serem escutados e participar das decisões políticas; nos serviços, com a pouca participação dos usuários nas decisões institucionais e em relação aos seus planos terapêuticos individuais; no território, diante dos estigmas e preconceitos que marginalizam os usuários, excluindo-os dos processos de decisão coletiva.

É importante citar que alguns municípios já constituíram arenas formais de participação social: colegiado de saúde mental; fórum municipal de álcool e outras drogas; conferência municipal de saúde, associação de usuários e familiares. Na maioria dos municípios, porém, as discussões acontecem em reuniões pontuais para resolução de problemas. É importante assinalar que a construção cotidiana da Política de álcool e outras drogas envolve mais do que os embates políticos que ocorrem nas arenas oficiais, e que esses “outros” espaços precisam ser considerados.

Destacam-se ainda alguns problemas relacionados à gestão, infra-estrutura e financiamento que interferem na atenção prestada pelos serviços de álcool e outras drogas no Estado da Bahia: (1) Falta de estrutura física e de materiais para realização do trabalho; (2) Financiamento insuficiente, principalmente para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que se configura como um limite para muitos municípios que, ou assumem os gastos complementares ou comprometem a qualidade da assistência (BRASIL, 2005)⁵⁶; (3) Os problemas relacionados aos Recursos Humanos são enfatizados, principalmente no que diz respeito aos vínculos de trabalho temporários e que têm como consequência a desmotivação e rotatividade dos profissionais nos serviços e o déficit em relação ao número de profissionais (BRASIL, 2005; REIS e GARCIA, 2008).

⁵⁶ Foi referido pelos entrevistados a baixa participação de recursos financeiros estaduais.

Diante da fragilidade da rede de atenção pública de saúde aos usuários de substâncias psicoativas, a predominância das comunidades terapêuticas⁵⁷ é uma realidade no contexto da Bahia e tem contribuído para a hegemonia do modelo de atenção baseado na internação e na abstinência como objetivo terapêutico exclusivo (ALVES, 2009). A reorientação do modelo de atenção à saúde mental precisa ser planejada em relação a sua implementação para que tenha os efeitos na produção concreta das práticas de saúde nos serviços. Consiste em um processo extremamente complexo, que exige uma re-estruturação político-organizacional e tecnológica em todos os três níveis do governo, com o desenho de estratégias e, atividades relacionadas ao trabalho programático em saúde e uma forte participação das instituições acadêmicas para sua viabilidade político institucional. (PAIM, 2005).

Nesse sentido, um ator social importante, e que cada vez mais é convocado a contribuir com as discussões e propostas em relação ao tema, são as Universidades. No Estado da Bahia, através do CETAD – UFBA, muitas iniciativas de formação e capacitação de profissionais de saúde e de áreas que de forma transversal lidam com a problemática que envolve o consumo de SPAs foram e estão sendo implementadas.⁵⁸

A implantação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental – ISC/UFBA, financiada pelos Ministérios da Saúde e pela SESAB, também representa a possibilidade de reflexão e o desenvolvimento de práticas e tecnologias de saúde em torno de intervenções/ ações que permitam ampliar possibilidades de enfrentamento da realidade de desassistência e exclusão a que estão submetidos os usuários de álcool e outras drogas. A interdisciplinaridade da proposta aponta para a formação de profissionais preparados para trabalhar de forma mais crítica, integrada, com troca efetiva de saberes e práticas. Essas iniciativas, por sua vez, têm contribuído para a execução de pesquisas e estudos no campo.

Uma iniciativa importante do Governo Federal e que tem sido recentemente discutida na SESAB é a implantação do UNA-SUS⁵⁹. Considera-se que esse pode

⁵⁷ Comunidades terapêuticas – As comunidades terapêuticas são, em sua maioria, instituições não governamentais, de cunho religioso, iniciadas no Brasil na década de 70, com expansão na década de 90 (ALVES, 2009).

⁵⁸ Atualmente, com o apoio do MS, o CETAD-UFBA vem ministrando o curso de especialização “Psicoativos e seus usos” para profissionais de Saúde. Também está em construção, com o apoio da SENAD e numa parceria que envolverá o CETAD e o ISC, a viabilização de um Mestrado profissionalizante na área.

⁵⁹ **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS):** O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou no dia 18 de junho de 2008, a criação da Universidade Aberta do

ser um importante dispositivo para atender as necessidades de formação do Estado da Bahia. Especificamente em relação à atenção a usuários de álcool e outras drogas, poderia contribuir para a implementação de ações de educação permanente para profissionais da saúde, formando técnicos para trabalhar no modelo de atenção à saúde proposto pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, pautadas na integralidade:

1) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc...) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersectorial (PAIM, 2008: 552).

Por fim, reafirma-se a necessidade de formação e capacitação das equipes de saúde para atuação na área de álcool e outras drogas (ALVES, 2009; FODRA, 2009) assim como a relevância de desenvolvimento de novos estudos. “Se discursos políticos podem delinear modelos de atenção à saúde, neste trabalho, pressupõe-se que o conhecimento produzido a partir de práticas concretas também pode subsidiar a reiteração ou a reorientação de diretrizes políticas.” (ALVES, 2009:71).

4.3 A Questão Atual das Políticas sobre Drogas

A implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia não está à parte da condução da política de drogas a nível nacional e internacional. Os acordos celebrados pelo Brasil junto ao Sistema Internacional de Controle de Drogas influenciaram a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que, por sua vez, interfere na atenção à saúde do usuário.

Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29886>. Acesso fev. 2010.

No contexto atual, em todo o mundo, o fenômeno do consumo de substâncias psicoativas tem suscitado discussões nos mais diversos campos de saberes e práticas. Aqui é possível refletir que, mais uma vez, estamos vivendo a “demonização” de uma droga.

A demonização da droga é mais um erro, torna-se terrorismo, na medida em que se desvia do sujeito e o torna “coisa”; como são, de fato, as drogas. Este perde a condição de “pessoa” para ser o que usa drogas, logo drogado ou drogada (ESPINHEIRA, 2009:14).

Nos últimos meses, várias reportagens sobre o efeito destruidor do crack em usuários, familiares e na sociedade têm sido veiculadas nos meios de comunicação, a nível nacional^{60,61} e no contexto baiano⁶². A conotação superficial e alarmista da mídia e do próprio governo brasileiro em tratar e divulgar o tema para a população serve apenas para limitar e reduzir as discussões e colocar o usuário como elemento a ser combatido. Essa posição vai de encontro à busca de soluções possíveis e que incluam a participação da sociedade na construção de novas abordagens e propostas compatíveis para lidar com a complexidade que envolve o do consumo de substâncias psicoativas.

Esse contexto põe em questão a política internacional de drogas. Com o objetivo de avaliar as políticas de combate às drogas e propor respostas mais eficientes e humanas e por iniciativa dos ex-presidentes Fernando Henrique Cardoso (Brasil), César Gaviria (Colômbia) e Ernesto Zedillo (México) foi criada a Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, composta por 17 personalidades. A comissão defende a descriminalização das drogas e no relatório final intitulado *“Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma”*⁶³, a mensagem principal é que a guerra às drogas fracassou e que este é o momento de substituir uma estratégia ineficaz – a política proibicionista – por políticas de droga

⁶⁰ Na última semana do mês de outubro de 2009, o Jornal Nacional da Rede Globo mostrou cinco matérias sobre a dependência do crack, a partir da experiência de uma mulher que construiu uma cela para o filho usuário dessa substância. Fonte: <<http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,,MUL1358784-10406,00->>. Acesso fev. 2010.

⁶¹ No sentido contrário das outras reportagens citadas, a Folha de São Paulo, com a reportagem intitulada “O barato sai caro”, anuncia que no futuro a discussão sobre drogas será feita com base mais em pesquisas científicas do que no controle das emoções. (DIMENSTEIN, 2010).

⁶² No jornal A tarde de 27/02/2010, ao lado do anúncio de que o governo federal vai criar um grupo especial para combater o uso de drogas no País, encontra-se outra chamada intitulada: “estatística mostra que, na Bahia, de 10 assassinatos de jovens, 8 são motivados pelo tráfico de drogas”. (TALENTO & CORREIA, 2010).

⁶³ COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. S.d.

mais humanas e eficientes. Propõe que a América Latina tome as iniciativas no marco de um processo global de transformação das políticas de combate ao uso de drogas ilícitas⁶⁴.

O Jornal *Le Monde Diplomatique* (2009) veiculou uma série de reportagens intituladas “*A legalização das drogas e seus impactos na sociedade*”. A reportagem com o subtítulo “*10 razões para legalizar as drogas*” (GRIEVE, 2009) apresenta pontos importantes para a compreensão da proposta de legalização.⁶⁵ Legalizar é existir regulado pela lei, o que implica numa presença mais forte do Estado em todo o processo, do comércio à posse, incluindo a proteção dos cidadãos no controle de qualidade dos produtos e na ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Apesar da coerente argumentação em relação à *legalização* das drogas, a legislação da maioria dos países contempla a *despenalização* e/ ou redução das sanções por posse de drogas para consumo próprio, com uma ampliação das propostas de tratamento (MANO, 2009). No Brasil, a lei 11.343/06 mantém a proibição do consumo de drogas e a conduta como crime, ainda que a pena para o usuário não mais seja de reclusão.

Esta lei já está em processo de revisão considerando que vem sofrendo críticas procedentes, dentre as quais a de que é ambígua e imprecisa, favorecendo a arbitrariedade do policial que pode conduzir o usuário à delegacia, submetendo-o a constrangimentos e reforçando o lugar de marginalidade. (SILVA SÁ, 2009). Além disso, a condenação de pequenos traficantes com pena de cinco anos, no mínimo,

⁶⁴ Neste ponto, faz-se necessário entender que a despenalização significa que o usuário não pode mais ser penalizado com reclusão ou pena privativa de liberdade pelo consumo de drogas ilícitas, que continua sendo considerado um crime. A descriminalização do uso implica retirar o consumo de drogas do rol dos crimes, ou seja, não tratar o usuário como criminoso, mas ele continua preso, só que agora ao sistema de saúde. A legalização propõe o respeito ao direito de usar drogas com responsabilidade, mas com controle e regulação por parte do Estado.

⁶⁵ A legalização permitiria: tratar o verdadeiro problema – fatores sociais e econômicos; a pobreza e o desespero; enfraqueceria o crime organizado e permitiria ao Estado regular o mercado, reduzindo o crime e a violência (que está associada ao mercado ilegal); possibilitaria diminuição do consumo, a exemplo das experiências de legalização da maconha; permitiria a divulgação de informação aberta, honesta e verdadeira aos usuários e não usuários, para que cada sujeito decidisse usar ou não usar e, se usar, como usar. Também possibilitaria pesquisar as drogas ilícitas e seus verdadeiros efeitos, positivos e negativos; promover a inclusão social e a consolidação da estratégia da redução de danos e o uso mais protegido para o usuário; restauraria os direitos e responsabilidades sociais e o controle do estado para proteger os mais vulneráveis; reverteria o número de pessoas negras condenadas por uso de drogas; faria retornar o dinheiro para a economia formal, gerando impostos e diminuindo a corrupção; diminuiria a interferência política das nações estrangeiras sobre as nações produtoras (que se dá através do patrocínio de programas de controle das drogas); permitiria tratar os problemas criados pelo uso e pela proibição, construindo uma política eficaz sobre drogas.

retira-o do meio socio-familiar, facilita sua cooptação pelas facções criminosas dentro das prisões e o expõe a situações de violência e estigmatizações.

Estas situações são verificadas na pesquisa realizada por Silva et al. (2009) em que se encontram relatos de usuários presos por porte de droga para consumo próprio e que foram alocados em ambiente carcerário compartilhado com traficantes e pessoas com sérios comprometimentos de conduta. Também foram relatados casos de usuários não serem tratados adequadamente, quando atendidos em unidades hospitalares de emergência, ao informar aos profissionais o consumo de drogas ilícitas. O estudo concluiu que não há respeito aos princípios fundamentais da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS)/ Lei 8.080/90 e que a aplicação das leis e Políticas Públicas sobre drogas ilícitas vem sendo aplicada equivocadamente. (SILVA et al., 2009).

Ainda na publicação acima referida *Le Monde Diplomatique*, no tópico “Debate em curso” (MAGRI, 2009) são indicadas algumas questões e atores sociais que têm se destacado no processo de mudança de paradigma em relação ao tema e condução das políticas de drogas no Brasil.

1. Não existe mais consenso mundial sobre a política de drogas;
2. O conceito de RD tem sido amplamente relacionado como uma alternativa ao modelo da abstinência. A Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) tem importante papel nesse processo, articulando nacionalmente os redutores de danos empenhados na mudança de paradigma do tratamento ao usuário de;
3. As universidades e a produção acadêmica têm um papel fundamental na crítica ao proibicionismo, destacando-se o Núcleo de Estudos Interdisciplinar sobre Psicoativos (NEIP) e o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), com produção de estudos reconhecidos internacionalmente;

A participação da sociedade civil tem sido fundamental na crítica ao proibicionismo, destacando-se a organização não-governamental Viva-Rio e a ONG Psicotropicus. Na Bahia, destaca-se a ANANDA e em São Paulo o Coletivo DAR (Desentorpecendo a Razão). (MAGRI, 2009).

Diante da complexidade e amplitude das questões que envolvem o tema, é preciso que o setor saúde se posicione firmemente no sentido de não permitir que as determinações das políticas de combate às drogas indiquem as formas de atenção à saúde, pautada em modelos de exclusão e onde o tratamento é colocado como uma pena a ser cumprida por determinação legal.

É importante reconhecer que, apesar de todas as dificuldades descritas através do presente estudo de caso, a implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas do Estado da Bahia tem favorecido os seguintes aspectos positivos: o fortalecimento de uma política ou diretrizes em relação à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas nos municípios com CAPS ad implantados; a ampliação das estratégias de prevenção e de redução de danos na abordagem aos usuários, com a criação de tecnologias em saúde que favorecem a proximidade das equipes de saúde da comunidade e dos usuários em seus espaços de circulação, a exemplo dos consultórios de rua⁶⁶; a redução do estigma e discriminação para com usuários de SPAs, com a ampliação de espaços de discussão sobre o tema, conduzidos por profissionais de saúde; o entendimento de que o uso problemático de SPAs é um problema que necessita da intervenção do setor saúde; a implementação de serviços de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

⁶⁶ A SENAD e o MS têm financiado a implementação de Consultórios de Rua em diversos municípios do Brasil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se analisar o processo de implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia, conduzido pela SESAB. Para tanto, foi realizada (1) caracterização do contexto político organizacional da SESAB e suas influências para implementação da política; (2) identificação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia e como esta rede foi contemplada na agenda política o governo; (3) Descrição das ações realizadas pela Secretaria para implementação da política; (4) Análise das facilidades e dos obstáculos nesse processo, considerando os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

É possível afirmar que os objetivos desse estudo foram alcançados. Para tanto, o referencial teórico utilizado possibilitou a aproximação e compreensão da realidade. O ciclo da política pública permitiu um “olhar em movimento” de uma realidade que é dinâmica e de um processo que compreende fases e atores que vão intervir, a partir de uma correlação de forças e interesses conflitantes, de forma diferenciada. Os conceitos de organização e poder permitiram analisar as forças internas e externas à Secretaria e como essas forças funcionaram como obstáculos e/ ou facilidades, em contextos diferentes, para a implementação da política. Já o triângulo de Governo permitiu a compreensão do contexto político-organizacional da SESAB, desvendando o aparato administrativo dessa organização hipercomplexa e suas debilidades.

A primeira constatação realizada através da pesquisa aos documentos estaduais foi de que a problemática que envolve o consumo de substâncias psicoativas não está devidamente contemplada nas agendas de saúde (2007 – 2010) da Secretaria e no Plano Estadual de Saúde.

A agenda reflete a correlação de forças sociais em relação ao tema e o compromisso político do governante perante os problemas de saúde da população. Neste sentido, não há um projeto de governo claro e consistente em relação ao tema, o que existe são vários planos e programas construídos por técnicos da área envolvidos com a questão e que, em sua maioria, não foram realizados.

Na análise da capacidade de governo foi possível perceber que, apesar de contar com uma equipe com experiência clínica na atenção a usuários de álcool e outras drogas, a SESAB carece de profissionais com capacidade para gestão em

uma organização pública, nessa temática específica. Além disso, há uma paralisação da gestão por conta das dificuldades de contratação de recursos humanos via concurso público, que seria a forma de garantir a organização dos processos de trabalho de modo sustentável, favorecendo a regularidade e continuidade das propostas e programas de saúde e a confiabilidade da organização.

Ao contrário, o que se verifica é a falta de planejamento do trabalho, com ações executadas emergencialmente e de forma pontual. Não há garantia para a continuidade das ações e uma inadequação das respostas adotadas para superação das limitações impostas pela política econômica – a exemplo da lei de responsabilidade fiscal⁶⁷ – que gera fragmentação dos processos de gestão e fragilidade da capacidade de gerenciamento das políticas e programas a serem implementados.

Em relação à governabilidade, foi verificado que há uma baixa governabilidade interna e escassa governabilidade externa, que compromete fortemente o processo de implementação da política.

É possível concluir que as concepções ideológicas de alguns grupos hegemônicos e interesses corporativos e/ ou políticos, num processo permeado por conflitos e correlações de forças externas e internas à organização, tem dificultado e, em alguns momentos, inviabilizado que a questão seja tomada pelo governo como prioridade a ponto de fazer parte consistentemente da sua agenda, inclusive com o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem sua implementação. Por sua vez, a falta de organização e expressão dos movimentos sociais na defesa dos direitos sociais e da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas corrobora para o lugar de “não existência” das Políticas Públicas na atenção a essa população.

Os resultados discutidos nesse trabalho podem contribuir com o processo de implementação de políticas de saúde e mais especificamente com a implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia, no sentido de evitar os problemas identificados nesse estudo de caso. Contudo, os referenciais utilizados para análise apresentam limites considerando a complexidade do fenômeno das drogas e suas interfaces com diversos setores e campos de saberes e práticas. Para

⁶⁷ No Transparência Bahia, encontra-se disponível para consulta os gastos do Governo com a saúde e os limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/. Acesso fev. 2010.

além da análise do poder em organizações hipercomplexas, a ampla correlação de forças políticas e econômicas que permeiam o campo exige elementos que subsidiem sua compreensão – a nível nacional e internacional – sem perder de vista que a “economia das drogas” incita e influencia a aplicação de medidas legislativas e de segurança pública que têm consequência direta nas políticas de saúde.

Lacunas na produção do conhecimento científico sobre a temática persistem, portanto, sendo importante realizar investigações sobre: a influência das corporações dos profissionais de saúde no processo de implementação das políticas de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas; desenvolvimento de estudos sobre os aspectos culturais, a marginalização e o estigma ao usuário, as diversas modalidades e espaços sociais de violência e como estes aspectos estão contemplados ou não nas políticas de saúde; estudos sobre os modos como a “economia das drogas” e as legislações e políticas nacionais e internacionais influenciam no processo de implementação da Política de Saúde; conceber estudos para conhecer de que forma a Lei 11.343 vem sendo aplicada pelos diversos setores envolvidos e o lugar da saúde nesse processo.

Essas pesquisas são prioritárias para uma leitura menos preconceituosa da questão, ao tempo em que possibilita a construção de Políticas Públicas intersetoriais e efetivas para lidar com a complexidade das questões que envolvem o consumo de SPAs.

E que o fim desse estudo seja o recomeço de um movimento que convoque para ação coletiva gestores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais e todos os sujeitos envolvidos com os problemas aqui tão discutidos e que exige, essencialmente, uma resposta política.

Mas a política é um processo coletivo, dinâmico, barulhento, vivo e que precisa fundamentalmente de pessoas, atores sociais em cooperação para uma ação coletiva. O que vimos nesse campo, permeado de preconceitos, estigmas e violências, foi uma fragilidade e desorganização dos atores enquanto movimento social. O que fazer, então, para ter uma aliança política que conduza de uma forma mais comprometida e consequente essa política? Como produzir viabilidade para a política ser implementada? O que fazer para empoderar mais os movimentos sociais? Como melhor articular sociedade civil e Estado para que a política seja efetivamente implementada? Que possibilidades estão previstas no SUS para

garantir a implementação de políticas de saúde e a partir daí, que possibilidades se abrem na SESAB?

O SUS concebe um modelo de gestão pública que propõe a participação da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde, que são – mecanismos de controle social e as conferências de saúde, que são estratégias de formação de vontade política. (ESCOREL, 2008). Neste sentido, o fórum instituído e legítimo para reabrir a discussão da Política de Saúde para usuários de álcool e outras drogas, é o Conselho de Saúde. É possível considerar ainda que, segundo um dos entrevistados, há uma determinação do Secretário relativa à re-ativação da Comissão Estadual de Saúde Mental, que poderia ser a via para construção inicial dessa “aliança cooperativa”

Outra possibilidade é que um ator político desencadeie esse processo social mobilizador, convocando cidadãos para participar das decisões políticas, o que implica numa outra distribuição de poder em relação ao campo da atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Uma das possibilidades é que a Universidade seja esse ator político, considerando que tem assento no Conselho Estadual de Saúde, legitimidade, conhecimento e liderança para conduzir esse processo dentro e fora da SESAB. Certamente outros atores políticos podem liderar esse processo, contanto que abra espaços para a democracia e democratização das ações governamentais em relação ao tema.

Esse é o desafio posto por esta investigação: Que sejam construídas estratégias de participação popular e controle social na perspectiva de desenvolver práticas sociais que proporcionem amadurecimento político e cidadania, de modo a contribuir para que na correlação de forças entre atores com propostas políticas diferentes, o projeto ético-político defendido pela Reforma Psiquiátrica seja fortalecido e reafirmado democraticamente.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. 2009. 365 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

ANDRADE, E.T. de. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010**/ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009. 124 p.:Il. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/int_plan_plano.html>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010**/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Organização Pan-Americana da Saúde. Salvador: SESAB. 2009. 92 p.: il. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude/AGENDA ESTRATÉGICA DA SAÚDE 2009-2010.pdf>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Relatório de Gestão 2008**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário, Salvador: SESAB, 2008, 341 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/RelatoriosGestao/RELATORIO GEST 2008 SESAB.pdf>> Acesso em jan. 2010.

_____. **Relatório de Gestão 2007**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário., Salvador: SESAB, 2007, 229 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Relatório%20de%20Gestão%202007/REL ATÓRIO%20DE%20GESTÃO%202007.pdf>> Acesso em jan. 2010.

_____. **Agenda Estratégica da Saúde 2008**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário. Salvador: SESAB, 2008. 88 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude/AGENDA ESTRATÉGICA 2008.pdf>> Acesso em jan. 2010.

_____. **Agenda Estratégica da Saúde 2007**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário. Salvador: SESAB, 2007. 115p Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/AgendaEstrategicaSaude/AGENDA%20ESTR ATÉGICA%20DA%20SAÚDE%202007.pdf>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Curso de Saúde da Família e Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das linhas de cuidado**. Diretoria de Atenção Básica (DAB). SESAB: Salvador, 2009. 34p.

_____. **Proposta de Plano Plurianual – PPA 2008-2011**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ppa>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner.** Conselho Estadual de Saúde. 18 p. Disponível em: <
<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Política%20e%20Programas%20de%20Saúde/APresentação%20Políticas%20e%20Programas%20Saúde%20Wagner.pdf>

_____. **Diretorias Regionais de Saúde.** Diretoria de Informação em Saúde. Salvador: SESAB, 2010. Disponível em: <
<http://www.saude.ba.gov.br/dis/dires.html>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Plano Diretor Regional.** Salvador: SESAB, 2010. Disponível em: <
http://www.saude.ba/mapa_bahia/>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Ata da 152ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde (CES).** Conselho Estadual de Saúde. 2009. Disponível em: <
<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Atas/2009/Ata%20da%20152ª%20Reunião.pdf>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Regimento Interno da SESAB.** Seção XVII, art. 22. Salvador: SESAB. 2010.

_____. **“Projetos Álcool e outras drogas 2008”.** Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas (GTAD). Salvador: SESAB, 2008.

_____. **“Problemas/ Propostas relativos ao consumo de Álcool e outras drogas no Estado da Bahia ”.** Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico sobre Álcool e outras Drogas (GTAD) Salvador: SESAB, 2008.

_____. **Análise da Situação da Saúde Mental do Estado da Bahia.** Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Salvador: SESAB, Julho de 2008.

_____. **“Fique legal na festa. Se usar... Não abuse!”.** Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas (GTAD). Salvador: SESAB, 2008. >. Acesso em: 24 jan. 2010.

_____. **Projeto “Via de mão – dupla: ‘o Estado promove, e você se move?’.** Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Coordenação de Políticas Transversais. Área Técnica de Saúde Mental. Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas (GTAD). Salvador: SESAB, 2007.

BAHIA. Plano Estadual de Prevenção do Abuso de Substância Psicoativas. Apresentado ao Conselho Estadual de Entorpecentes pelo Instituto de Saúde Coletiva e Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade

Federal da Bahia. Documento disponível na biblioteca do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas CETAD - UFBA. Salvador-Bahia, 1996.

BERTERO, C.O. Desenho organizacional em Administração Pública Estadual. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, Ano 8, n. 15, p. 33-41, abr./ 1988.

BRASIL. Gabinete Institucional da Presidência da República. Secretaria Nacional sobre Políticas de Drogas. **Decreto nº 5.912 de 27 de setembro de 2006**. Brasília: Gabinete Institucional da Presidência da República, 2006. Disponível em: <www.senad.gov.br/informacoes_institucionais/informacoes_institucionais.html>. Acesso em: jan. 2010.

_____. Secretaria Nacional sobre Políticas de Drogas. **Supera**. Brasília: Gabinete Institucional da Presidência da República, 2006. Disponível em: <www.supera.org.br/senad>. Acesso em: jan. 2010.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2001. 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. Lei n. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jan. 2002b.

_____. Política Nacional de Humanização. **Textos Básicos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. **Portaria GM nº 817 de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria GM nº816 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria GM, nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: mar. 2010.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria SAS nº 189 de 29 de março de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria SAS nº 305 de 03 de maio de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/ Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

_____. Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 nov. 1971.

_____. Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 1976.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidroga.** Brasília, 2002.

_____. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, 2005a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Avaliação das ações de atenção à saúde mental. Programa de atenção à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos.** Brasília. 2005b.

CARLINI, E.A. et al. (2005) **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005**, CEBRID, CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia – UNIFESP.

_____. (2002). **I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001**. São Paulo, CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia – UNIFESP.

COELHO, T.C., PAIM, J.S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, set./out. 2005.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma**. Disponível em: <http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_port_03.pdf>. Acesso em: Mar. 2010.

DELGADO, P. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-182.

DIMENSTEIN, G. O barato sai caro. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 fev. 2010. C6.

SCOREL, S., MOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

ESPINHEIRA, G. Geometrias do Movimento: Prefácio. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. p. 9-20.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R.P., CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p. 257-290.

FLEURY, S., OUVRENEY, A.M. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64

FODRA, R.E.P.; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad): análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139. 2009.

FORNAZIER, M.L. et al. **Análise da Situação de Saúde Mental da Bahia em julho do ano de 2008**. (resumo). VII Congresso Internacional se Salud Mental y Derechos Humanos. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. 10 a 13 de dezembro de 2008.

GÖTTEM, L.B.D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-

institucionalismo histórico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.

GRIEVE, J.. A legalização das drogas e seus impactos na sociedade. 10 razões para legalizar as drogas. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Ano 3/ Número 26, set. 2009.

GUIMARÃES, M.C.L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio** – 2009. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso: jan. 2010.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. New York: Harper Collins, 1995.

KOPF, Á.W.; HORTALE, V A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line]. v.10, suppl., pp. 157-165. 2005. Disponível em: <www.scielo.org/scieloOrg/php/related.php?>. Acesso em: jan. 2010.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n. 17, p. 95-106. 2008.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde: análise da capacidade de governo da alta direção da SES-MT em 2001**. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A.S.de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista. Administração. Pública** [on-line]. v. 41, n. 6, pp. 1143-1163. 2007. Disponível em: <www.scielo.org/scieloOrg/php/related.php> Acesso em: mar. 2010.

MACHADO, A.R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História ciências saude-Manguinhos** [online]. 2007, v.14, n.3, pp. 801-821. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: jan. 2010.

MACHADO, H.O. **Controle social e agenda política do SUS no município de Cabo de Santo Agostinho**. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Recife: CPqAM/ Fiocruz. 1999.

MAGRI, M. A legalização das drogas e seus impactos na sociedade. Debate em curso. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Ano 3/ Número 26, set. 2009.

MANO, M.K. Drogas e violência: uma questão de classe. Entrevista com Caco Barcellos. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Ano 3/ Número 26, set. 2009.

MARTINS, J.; DIAZ, P. **O Apoio Insitucional como estratégia política no âmbito da Saúde Mental da Bahia**. I Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Perspectivas em Saúde Mental: diversidades e aproximações. (resumo). Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME. Centro de Cultura e Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis- Santa Catarina. 2008.

MATUS, C. **Los 3 cinturones del gobierno**. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.

_____. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

_____. **Política, Planification y Gobierno**. Washington D.C.: [S. l: s. n.], 1987.

MINAYO, M.C.S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003. p. 13-32.

MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão intergestores tripartite do sistema único de saúde**. 2003. 240 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.

MORAIS, M.L.S. et al. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr. 2009.

ORTIZ, C.R.; GELINSKI G.; SEIBEL, E.J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, abr./ out. 2008.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

_____. Posfácio. In: RABELO, A. R. et al. (Org.) **Um manual para o CAPS**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA. 2005.

_____. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CESP/ ISC, 2002. 447 p.

PAIM, J. S.; COSTA, H. O.G.; VILASBÔAS, A.L.Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador-Bahia, Brasil. **Caderno de**

Saúde Pública [on-line]. v. 25, n. 3; 485-494, mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/03.pdf>>. Acesso em: mar 2010.

PAIM; J.S; TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 2006:40 (N Esp): 73-78.

PINTO, I.C.deM. **Ascensão e Queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 2005. 224 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2005.

REIS, R.dos; GARCIA, M.L.T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6:1965-1974, 2008.

RIBEIRO, M.M. Aspectos legais. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 469-476.

RIBEIRO, M.M.; ARAÚJO, M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

ROCHA, A.A.R.M. **O Planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES Sergipe**. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

ROMANI,O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, v. 4, n. 3, p. 301-318, Sep./ dic. 2008.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto franco Basaglia, 2001.

SILVA SÁ, D.B.G.da. Representante do Conselho Federal da ordem dos advogados do Brasil no CONAD. **“Estudo da alteração da lei nº11343, de 2006 a ser submetido ao grupo de trabalho formado para tanto e subsídios para elaboração do documento oficial que será apresentado no “Segmento de Alto Nível 2ª Sessão da Comissão Entorpecentes da ONU, em Viena, Áustria, no contexto da UNGASS/1998”**. Brasil. 2009.

SILVA, I.F. **O Processo Decisório nas Instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. 2000. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2000.

SILVA, J.da et al. Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-America de Enfermagem** [on-line].

v.17, n. spe [cited 2010-03-10], pp. 803-809. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n6/07.pdf> Acesso em: mar 2010

SILVA, R.R.; SENNA, M.C.M. Articulação intersetorial no âmbito do Programa Bolsa Família: a experiência do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 98-111, jan./abr. 2009.

SOARES, C.L.M. **A política nacional de Saúde Bucal no Âmbito Municipal**. 2007. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

SOUZA, C. “Estado do Campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p.15-20. 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre. n. 16, p. 20-45. dez. 2006.

TALENTO, B.; CORREIA, T. Estatística mostra que, na Bahia, de 10 assassinatos de jovens, 8 são motivados pelo tráfico de drogas. **Jornal A tarde**, Salvador, 27 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=1363081>>. Acesso em: 1 mar. 2010.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

VIANA, A.L.D. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec. ABRASCO, 1997. p. 205 a 215.

VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T.W.deF. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VIANA, A. L. d'Á. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Caderno Saúde Pública** [on-line]. 2007, v. 23, suppl. 2 [citado 2010-03-05], pp. S117-S131. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/01.pdf>>. Acesso em: mar. 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [on-line] Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 355-377, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/12.pdf>>. Acesso em: jan. 2010.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.

VILASBÔAS, A.L Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 1239-1250, jun. 2008.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

SITES PESQUISADOS:

<<http://coletivobalance.blogspot.com/2007/07/atua-o-do-coletivo-balance-reduo-de.html>> Acesso em jan. 2010.

<http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,,MUL1358784-10406,00-__l> Acesso em jan. 2010.

< <http://www.giesp.ffch.ufba.br/mais.htm>> Acesso em fev. 2010.

<www.marchadamaconha.org> Acesso em jan. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Solicitação à Secretaria Estadual de Saúde

Universidade Federal da Bahia
Instituto de saúde coletiva
Programa de pós-graduação em saúde coletiva
Área de concentração: planificação e gestão

Salvador, 15 de junho de 2009

EX. Sra.

Diretora de Gestão do Cuidado da SESAB

Patrícia Maia von Flach, na qualidade de acadêmica regularmente matriculada no programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, vem comunicar a V. Sra. que é de seu interesse realizar, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, pesquisa cujo projeto intitula-se: “A Implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia”, sob a orientação do Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim.

A escolha do tema justifica-se dada a importância com que a problemática referente ao consumo de álcool e outras drogas tem despontado no cenário das políticas públicas. Ao estudar a referida política na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, espera-se contribuir na reorganização da rede de atenção aos usuários e/ou no reordenamento dos processos de trabalho no interior da organização.

Sendo assim, venho mui respeitosamente solicitar a V. Sra. a permissão para a coleta de dados da referida investigação.

Nos termos,

Pede deferimento,

Patrícia Maia von Flach

RG – 4.644.885 32

patriciaflach@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente projeto de mestrado em saúde coletiva, da autoria de Patrícia Maia von Flach, sob a orientação do Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim, tem por objetivo analisar a implementação da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia.

Procedimentos: A coleta de dados demandará a realização da análise de documentos federais e estaduais relativos à atenção a usuários de álcool e outras drogas, de grupo focal e entrevista semiestruturada envolvendo perguntas relacionadas ao objeto de estudo. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa e serão analisadas e apresentadas, em reunião, à instituição investigada e aos envolvidos no processo de investigação sob a forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados também sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado. Não há despesas ou compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) Sr.(a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Patrícia Maia von Flach, que pode ser encontrada no Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA.⁶⁸

⁶⁸ **INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC**
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
CEP: 40.110-040 – Salvador - BA
Administração: (71) 3283-7414
Departamento de Saúde Coletiva I: (71) 3283-7407
E-mail: isc@ufba.br

Patrícia Maia von Flach
E-mail: patriciaflach@yahoo.com.br
Celular: (71) 91347607

DECLARAÇÃO

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre a Implementação das Políticas de álcool e outras drogas no Estado da Bahia e, mais especificamente na SESAB – Secretaria Estadual de Saúde. Discuti com a pesquisadora responsável, Patrícia Maia von Flach sobre minha decisão em participar da referida investigação.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em consentir minha participação e a gravação das informações prestadas em entrevista, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para sua participação neste estudo.

Patrícia Maia von Flach
Pesquisadora responsável⁶⁹

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
CEP: 40.110-040 – Salvador - BA
Administração: (71) 3283-7414
Departamento de Saúde Coletiva I: (71) 3283-7407
E-mail: isc@ufba.br

Patrícia Maia von Flach
E-mail: patriciaflach@yahoo.com.br
Celular: (71) 91347607

APÊNDICE C – Imagem Objetivo da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

GESTÃO	MODELO DE ATENÇÃO	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
Articular, capacitar e promover a implementação do modelo de atenção proposto.	Mudança para modelo assistencial de base interventiva comunitária	Integração das redes: Integrar a Rede Especializada à Rede Assistencial em Saúde Mental, aos Hospitais Gerais, à Rede Básica e à Rede de Suporte Social
Gestão participativa – Controle social	Intra e intersetorialidade	Implantação da rede de CAPS ad
Ações de educação permanente	Interdisciplinaridade	Implantação de leitos em hospitais gerais para atendimento especializado a usuários de álcool e outras drogas
Avaliação	Propõe trabalhar na perspectiva da prevenção, promoção e adoção da estratégia da redução de danos sociais e à saúde	Residências terapêuticas
Pesquisa	Clínica ampliada Integralidade da atenção	Parceria com o PSF e CRAS

Resultado esperado: *Democratização do acesso a usuários de álcool e outras drogas – Inclusão Social*

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevistas

BLOCO I.

QUESTÕES PARA SESAB

1. Qual a sua formação? (Graduação? Pós-graduação? Mestrado? Doutorado?)

2. Você tem experiência de trabalho na saúde mental? Tem experiência no trabalho com álcool e outras drogas? Quais? Quanto tempo?

3. Você conhece a “Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas” do MS? Já leu?

4. No organograma da SESAB, onde está a Saúde Mental/ álcool e outras drogas? Como você se relaciona com a Área Técnica de Saúde Mental? Processo de decisão? Reúnem-se com que frequência? Há outras formas de articulação? Se sim qual, se não por quê?

5. Quais os principais problemas que você observa para organizar o trabalho (infra-estrutura, recursos humanos, materiais, qualificação, manutenção, diálogo, entre outros) no seu setor e na SESAB?

6. Quais os principais problemas detectados, no Estado da Bahia ou por macrorregião, em relação à atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas?

7. Que respostas a SESAB tem dado para as questões de álcool e outras drogas no Estado da Bahia?

8. Quais as possíveis facilidades ou obstáculos que você identifica para a implementação das ações de álcool e outras drogas pela SESAB?

9. A SESAB tem uma Política ou diretrizes em relação à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia? Se sim, que pontos você destacaria desta política e como ela tem sido implementada?

10. Você considera que os projetos/ propostas apresentados para fins da implantação da Política de álcool e outras drogas têm tido apoio dos técnicos? De que setores? E tem tido apoio dos gestores? De quais gestores?

11. Você considera que as equipes/ técnicos da SESAB (e mais especificamente o seu setor) têm experiência e habilidades para conduzir os programas e ações em álcool e outras drogas?

12. Qual a capacidade da Saúde Mental/ SESAB e mais especificamente o seu setor, de mobilizar recursos (administrativos) e informações (Técnicos) para implementação das ações de álcool e outras drogas?

13. Você considera que o quadro técnico e pessoal é adequado as necessidades e demandas do sistema? A atual Política de Recursos Humanos da SESAB contribui para a implementação das propostas? Como?

-
14. Você tem conversado com dirigentes de outras secretarias de Estado ou representantes dos municípios sobre a problemática que envolve a atenção a usuários de álcool e outras drogas? Poderia ilustrar alguns temas ou tópicos dessa conversa? Você considera necessária essa articulação? Por quê?
-
15. Você tem conhecimento se os municípios têm implementado ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas? Existe algum apoio/ participação da SESAB (do seu setor especificamente), junto aos municípios do Estado da Bahia, para implementação da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas?
-
16. Você considera que os financiamentos liberados pela SESAB para as ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas são suficientes? Se não, existe a possibilidade de que os recursos destinados sejam ampliados? Se sim, como? Se não, por quê?
-
17. Como você percebe a participação de representantes da sociedade civil na construção e implantação das propostas e planos da SESAB em relação à problemática que envolve a atenção a usuários de álcool e outras drogas? Pode citar espaços de participação?
-
18. É possível identificar certos valores e referenciais éticos entre as pessoas envolvidas no processo de implementação desta política, desde os dirigentes e equipes técnicas até a população alvo?
-
19. Em sua opinião, quais os possíveis efeitos políticos, ideológicos, culturais e econômicos produzidos no processo de implementação da política de álcool e outras drogas da SESAB?
-
-

BLOCO II.

QUESTÕES PARA MOVIMENTOS SOCIAIS

-
1. Que entidade você representa? Qual o objetivo desta entidade? Qual seu papel nesta entidade?
-
2. Em sua opinião, quais os principais problemas/ demandas, no Estado da Bahia, em relação à problemática que envolve a atenção em Saúde mental integral a usuários de álcool e outras drogas?
-
3. Você tem conhecimento sobre que respostas têm sido dadas pela SESAB aos problemas/ demandas detectados?
-
4. Você sabe se a SESAB tem uma Política ou diretrizes em relação à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia? Se sim, que pontos você destacaria desta política e como ela tem sido implementada?
-
5. Como tem sido a participação da Associação Psiquiátrica neste governo?
-
6. Quais as possíveis facilidades ou obstáculos que você identifica para a implementação das ações SM e de álcool e outras drogas pela SESAB?
-

BLOCO III.**QUESTÕES PARA COORDENADORES DE CAPS ad DO ESTADO DA BAHIA**

OBJETIVO: Conhecer como tem sido o processo de implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia e a participação/ apoio da SESAB neste processo

CRITÉRIOS UTILIZADOS: Imagem Objetivo da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

1. Qual a sua formação? (Graduação? Pós-graduação? Mestrado? Doutorado?)

 2. Qual sua experiência de trabalho na saúde mental? Tem experiência no trabalho com álcool e outras drogas? Quais? Quanto tempo?

 3. Você conhece a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas? Se sim, que pontos destacaria desta política?

 4. O município tem uma política ou diretrizes para atenção a usuários de álcool e outras drogas? Se sim, que pontos destacaria desta política?

 5. Que apoio recebe ou já recebeu da SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia) para implementação de uma política ou ações de álcool e outras drogas no seu município?

 6. Você tem conhecimento se a SESAB tem uma política ou diretrizes em relação à atenção integral a usuários de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia?

 7. Como se dá a relação do CAPS ad com a SESAB? Com que setores se relaciona?

 8. Você considera que os projetos/ propostas apresentados para fins da implantação da política de álcool e outras drogas no seu município têm tido apoio dos técnicos do CAPS? E tem tido apoio dos gestores? Que gestores? E da comunidade?

 9. Quais as principais facilidades e obstáculos que você identifica no seu município, na Bahia e no Brasil em relação à implementação de ações/ programas de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas?

 10. Você considera que os financiamentos liberados pelo seu município para implementação das ações de álcool e outras drogas são suficientes? Existe a possibilidade de ampliação destes recursos? Como?

 11. Quais as principais arenas de discussão/ pactuação e decisão em relação às ações de álcool e outras drogas no seu município?

 12. Quais as principais arenas de discussão/ pactuação em relação às ações de álcool e outras drogas na relação do seu município com a esfera estadual e nacional?

 13. É possível identificar certos valores e referenciais éticos entre as pessoas envolvidas no processo de implementação da política de álcool e outras drogas no seu município, desde os dirigentes e equipe técnica, até a população alvo e a
-

-
- comunidade?
-
14. Em sua opinião, quais os possíveis efeitos políticos, ideológicos, culturais e econômicos produzidos no processo de implementação da política de álcool e outras drogas no seu município?
-
15. Qual o objetivo do tratamento proposto pelo CAPS ad?
-
16. Quais as estratégias utilizadas pelo serviço para alcançar o objetivo proposto?
-
17. Quais os princípios que pautam a clínica ou atenção integral ao usuário do serviço?
-
18. O que é redução de danos para você? Vocês trabalham com a estratégia da redução de danos? Como?
-
19. O que significa trabalhar em rede para você? O CAPS trabalha em rede? Se sim, como?
-
20. Em relação à atenção básica: o CAPS realiza atividades de matriciamento na atenção básica? Como se dá a relação com a atenção básica? São desenvolvidas ações na atenção básica? Quais?
-
21. Qual a relação do CAPS com a comunidade?
-
22. Como o serviço lida com as situações de crise do usuário? E da família?
-
23. Qual a relação do CAPS com os hospitais gerais e hospitais especializados em saúde mental?
-
24. Como você entende a intersetorialidade na atenção aos usuários de álcool e outras drogas? O CAPS desenvolve ações intersetoriais? Quais?
-
25. Como você entende a interdisciplinaridade na relação da equipe? Ela acontece no serviço? Como?
-
26. São desenvolvidas ações ou há a participação em ações de formação e capacitação da equipe para o trabalho com usuários de álcool e outras drogas? Se sim, quais? (grupos de estudo, discussão de caso, supervisão, participação em encontros de SM...)
-
27. São desenvolvidas ou já foram desenvolvidas atividades de pesquisa no serviço? Quais?
-
28. São desenvolvidas oficinas de geração de renda e/ ou profissionalizantes ou os pacientes são encaminhados para programas ou unidades que objetivam a inclusão no mercado de trabalho?
-
29. Há espaços no serviço para que o usuário manifeste sua opinião sobre o tratamento/ assistência prestada? Qual?
-
30. Como você percebe a participação de representantes da sociedade civil na construção das propostas que envolvem a atenção a usuários de álcool e outras drogas? Pode citar espaços de participação?
-

BLOCO IV.
QUESTOES PARA GRUPO FOCAL

OBJETIVO: Conhecer como ocorre o processo decisório no interior da SESAB, compreendendo como é distribuído o poder

1. Para vocês, quem efetivamente decide as questões/ propostas relacionadas às ações de álcool e outras drogas? Quem garante as decisões?

 2. Que grupos exercem pressão ou influenciam de algum modo sobre as decisões do gestor em relação a álcool e outras drogas?

 3. Quem geralmente se beneficia e quem fica insatisfeito com as decisões tomadas pelo gestor na saúde mental e em relação a álcool e outras drogas?

 4. Diante de uma dificuldade você reúne seus colegas para conversar com o dirigente? Que dirigente? Quem dá a palavra final?

 5. Como as pessoas se relacionam na Área Técnica de Saúde Mental/ álcool e outras drogas?

 6. Para você, que mudanças na Área Técnica de Saúde Mental e na SESAB facilitariam o processo de implementação da política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia?
-
-

APÊNDICE E – Plano de Análise Geral

UNIDADE DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	QUESTÕES NORTEADORAS	CRITÉRIOS	ENTRE VISTAS	DOCUMENTOS ESTADUAIS
PROJETO DE GOVERNO	<p>“... refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe realizar para alcançar seus objetivos” (MATUS, 1996:59).</p> <p>É a expressão do capital político e intelectual aplicado numa proposta de governo.</p>	<p><i>Até que ponto a Política se traduziu em planos e como se traduziu em planos?</i></p> <p><i>A SESAB tem planos, programas e projetos suficientes e coerentes para enfrentamento dos problemas detectados em relação ao consumo de álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>A SESAB tem financiamento previsto para execução das propostas?</i></p> <p><i>Qual a intenção/ o investimento da SESAB em relação à mudança da situação atual?</i></p>	<p>Clareza quanto à dimensão dos problemas de Álcool e outras drogas no Estado;</p> <p>Suficiência e coerência das políticas e diretrizes, dos planos, programas e projetos para enfrentamento dos problemas definidos para intervenção, em relação aos princípios e diretrizes da Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas e portarias correlatas;</p> <p>Previsão e adequação do financiamento para execução das propostas.</p>	<p>BLOCO I</p> <p>7, 9, 15,16</p> <p>BLOCO II</p> <p>3, 4</p>	1, 2, 3, 4, 5, 6
CAPACIDADE DE GOVERNO	<p>“é a capacidade de condução ou direção e se refere ao acervo de técnica, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo</p>	<p><i>A SESAB tem uma equipe de profissionais capacitada para conduzir/ implantar os projetos e programas em álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>A Política de Recursos Humanos da SESAB contribui para a implementação e continuidade das propostas?</i></p> <p><i>A SESAB tem financiamento disponível para execução das</i></p>	<p>Experiência da equipe dirigente e técnica da SESAB para condução/ implementação da Política (planos, programas, projetos) de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.</p> <p>Adequação do quadro técnico/ pessoal às necessidades e demandas do sistema</p> <p>Execução dos projetos de governo</p>	<p>BLOCO I</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 7, 11,12, 13, 15,16</p> <p>BLOCO II</p> <p>3</p>	5, 6

	propositivo do projeto de governo” (MATUS, 1996:61).	<i>propostas?</i>			
GOVERNABILIDADE	<p>“é a relação entre as variáveis que o ator controla e as que não controla no seu processo de governo” (MATUS, 1996:60).</p> <p>Depende diretamente do capital ou poder político do dirigente, mas também do conteúdo propositivo do seu projeto de governo e da sua capacidade de governo.</p>	<p><i>Qual o espaço de governabilidade ou de apoios e oposições internas e externas em relação à problemática que envolve a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>Qual o apoio político, dentro da SESAB, para a implantação das ações de álcool e outras drogas no Estado da Bahia?</i></p> <p><i>Há participação da comunidade e representantes da sociedade civil na gestão? (Gestão Participativa)</i></p>	<p>Apoio político a proposta de atenção a usuários de álcool e outras drogas dos dirigentes da SESAB.</p> <p>Participação/ apoio da comunidade e representantes da sociedade civil na gestão e nas propostas/ nos planos de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia</p>	<p>BLOCO I</p> <p>10,12, 14,16, 17</p> <p>BLOCO II</p> <p>5</p>	1, 2, 3, 4
PODER TÉCNICO	<p>Consiste na capacidade de gerar ou lidar com a informação de características distintas. Refere-se às instâncias e aos procedimentos de geração, processamento (transformação dos dados em informação) e uso da informação em relação aos grupos sociais que lidam com cada uma dessas instâncias (TESTA, 1992).</p>	<p><i>Qual a formação dos técnicos/ profissionais entrevistados?</i></p> <p><i>Qual a experiência de trabalho na área de álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>Os técnicos conhecem a política de álcool e outras drogas, seus princípios e diretrizes?</i></p> <p><i>Os projetos apresentados para fins da implantação da Política de álcool e outras drogas têm tido apoio dos técnicos?</i></p>	<p>Experiência/ formação da equipe técnica para condução/ implementação da Política de álcool e outras drogas no Estado da Bahia;</p> <p>Adequação do quadro técnico às necessidades e demandas do sistema;</p> <p>Conhecimento da política e de seus princípios.</p>	<p>BLOCO I</p> <p>1, 2, 3, 7, 9, 11, 12, 13,15</p> <p>BLOCO II</p> <p>3, 4</p>	5
PODER ADMINISTRATIVO	<p>Representa a capacidade de se apropriar e distribuir</p>	<p><i>Onde se insere a Saúde Mental e o Grupo Técnico de álcool e outras</i></p>	<p>Organização e processos de trabalho – Quem manda?</p>	<p>BLOCO I</p> <p>4, 5, 7,</p>	5, 6

	<p>recursos. Essa modalidade de poder deve ser analisada referindo-se à tomada de decisões, pois o uso desse poder (decisões administrativas) implica eficácia e eficiência política, isto é, possui uma consequência sobre grupos sociais afetados pela decisão.</p>	<p><i>drogas no organograma da SESAB?</i></p> <p><i>Como se organiza o trabalho (rotina, coordenação, processo decisório...) da equipe responsável pela implantação das ações de álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>Como os recursos são apropriados e distribuídos na Saúde Mental e mais especificamente em álcool e outras drogas?</i></p>	<p>Capacidade de se apropriar e distribuir recursos</p>	<p>12</p> <p>BLOCO II</p> <p>3</p>	
<p>PODER POLÍTICO</p>	<p>É a capacidade de mobilizar grupos sociais. Expressa a capacidade de manipular recursos, informações e interesses que acumulam determinadas pessoas, grupos sociais e/ ou instituições. Na dinâmica do poder, os poderes técnicos e administrativos ficam subordinados ao poder político em algum momento (TESTA, 1992).</p>	<p><i>Qual a capacidade da Saúde Mental/ SESAB de mobilizar recursos e informações para implementação das ações de álcool e outras drogas?</i></p> <p><i>Qual a participação/ apoio da comunidade e representantes da sociedade civil nas propostas/ nos planos de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia?</i></p>	<p>Apoio político a proposta de atenção a usuários de álcool e outras drogas.</p> <p>Participação/ apoio da comunidade e de representantes da sociedade civil na gestão e nas propostas/ nos planos de álcool e outras drogas para o Estado da Bahia</p>	<p>BLOCO I</p> <p>10, 14,15, 16,17</p> <p>BLOCO II</p> <p>5</p>	<p>1, 2, 3, 4</p>

**APÊNDICE F – Plano de Análise dos Documentos Estaduais e da SESAB –
2007 e 2010**

Número	Tipo do documento	Unidade de Análise	QUESTÃO
1	Princípios e Proposições Gerais para a Saúde no Governo Wagner	Projeto de Governo	Que ações estão sendo propostas para a saúde mental – álcool e outras drogas, na Bahia?
2	PPA – Plano Plurianual	Projeto de Governo	Que ações estão sendo propostas para a saúde mental – álcool e outras drogas, na Bahia? Qual orçamento destinado a essas ações?
3	Agenda Estratégica da Saúde 2007, 2008, 2009 e 2010	Projeto de Governo	Que ações estão sendo propostas para a saúde mental – álcool e outras drogas, na Bahia? Qual orçamento destinado a essas ações?
4	Plano Estadual de Saúde	Projeto de Governo	Que ações estão sendo propostas para a saúde mental – álcool e outras drogas, na Bahia? Qual orçamento destinado a essas ações?
5	Projetos/ Planos e Relatórios da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e mais especificamente do Grupo Técnico de Políticas de Álcool e outras drogas.	Projeto de Governo Capacidade de Governo	Que ações estão sendo implementadas para a saúde mental – álcool e outras drogas, no Estado da Bahia? Que apoio o Estado está dando aos municípios para implantar as ações de saúde mental – álcool e outras drogas no Estado?
6	Organograma da SESAB	Capacidade de Governo	Como estão organizados os setores na SESAB? Quem dirige e propõe as ações de álcool e outras drogas? Há comunicação entre os setores no que diz respeito às questões relativas a álcool e outras drogas?

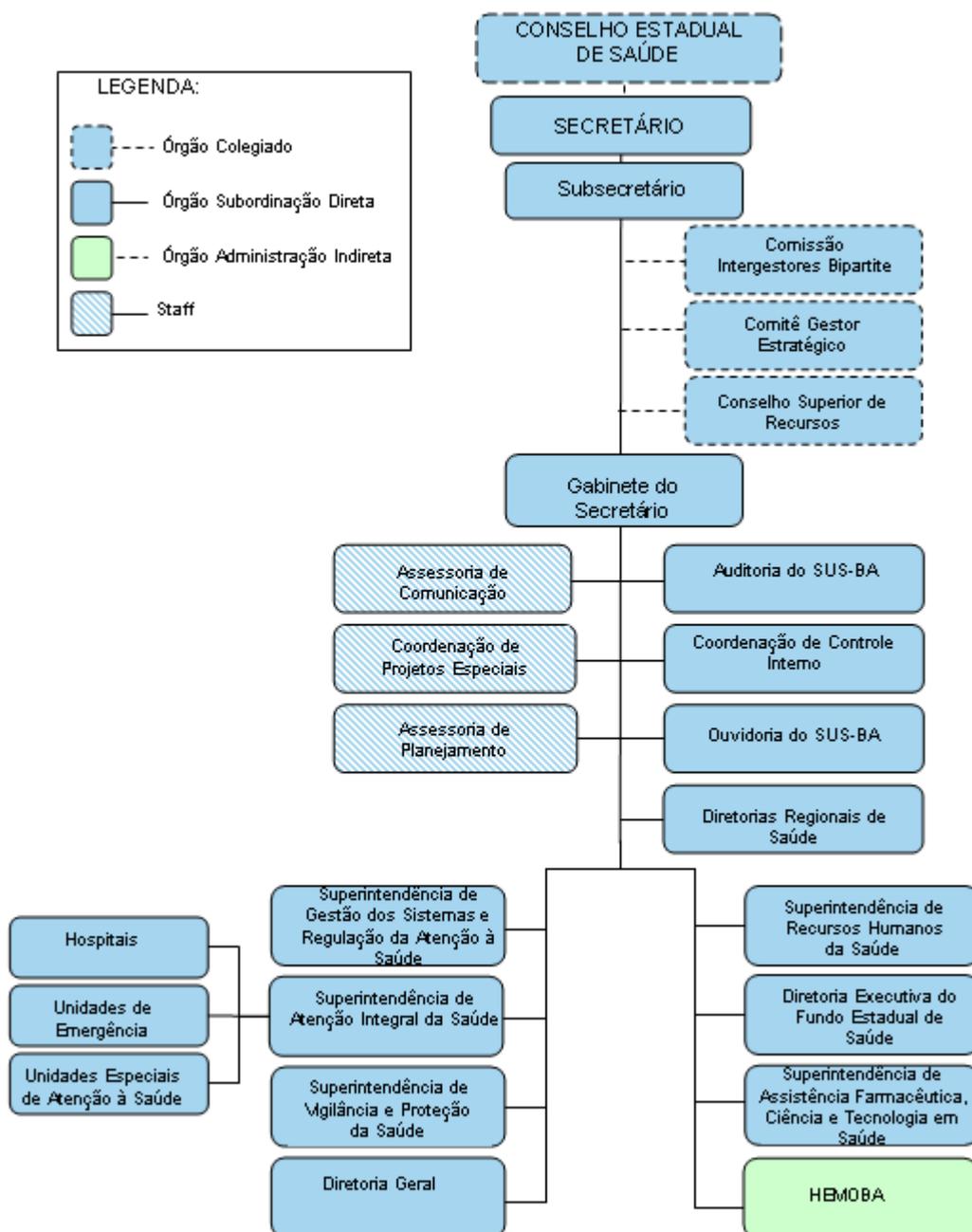
APÊNDICE G – Plano de Análise de Documentos Nacionais de Saúde e do Marco Legal e Político Instituído a partir da Reforma Psiquiátrica – 2001 a 2007

<i>Número e Tipo de documento</i>	<i>Data</i>	<i>Questão</i>
Plano Nacional de Saúde	2004-2007	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Pacto pela vida	2006	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	2006	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)	2008	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Política Nacional da Atenção Básica	2006	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Política Nacional de Humanização	2003	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Relatório da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde	2003/2007	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Relatório da VI Conferência Estadual de Saúde - BAHIA	2003	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Relatório da VII Conferência Estadual de Saúde - BAHIA	2007	O que esse documento propõe ou como se refere em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental	2001	O que esse documento propõe em relação à atenção em álcool e outras drogas?
Relatório da II Conferência Estadual de Saúde Mental – Bahia	2001	O que esse documento propõe em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
Relatório de Gestão 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção	2003-2006	O que esse documento realizou em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas?
A Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas	2004	Quais as diretrizes e ações propostas na atenção a usuários de álcool e outras drogas?

		Qual o modelo de atenção proposto?
PORTARIA GM/ MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários álcool/ outras drogas	2004	O que propõe este Programa?
Portaria nº 1.059 de 04/07/2005 – Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos nos CAPS	2005	Qual o incentivo financeiro proposto pela portaria?
Portaria GM nº 336 de 19/02/2002 – criou a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial – álcool/ drogas (CAPS ad)	2002	O que propõe esta Portaria?
Portaria SAS nº 189 de 20/03/2002 – incluiu na tabela dos serviços do SIA/ SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad	2002	O que propõe esta Portaria?
Portaria GM nº 816 de 30/04/2003 – instituiu, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas	2003	O que propõe esta Portaria?
Portaria GM nº 817 de 30/04/2002 – incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas	2002	O que propõe esta Portaria?
Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002 – definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS ad	2002	O que propõe esta Portaria?
Portaria nº 384 de 05/07/2005 – autoriza os CAPS I a atenderem álcool e outras drogas.	2005	O que propõe esta Portaria?
Portaria nº 1612 de 09/09/2005 – Credenciamento de leitos p/ tratamento de usuários de álcool e outras drogas	2005	O que propõe esta Portaria?
Legislação em Saúde Mental	1990-2004	Quais as legislações referentes à atenção a usuários de álcool e outras drogas?

ANEXOS

ANEXO A – Organograma SESAB:



Fonte: Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

ANEXO B

PROBLEMAS	PROPOSTAS
<p>1. Elevada proporção de acidentes de trânsito associados ao uso de álcool</p>	<p>Articular com o DETRAN/ BA, no sentido da construção conjunta de ações que envolvam a capacitação de pessoal, a fiscalização, dentre outros;</p> <p>Promover ações de sensibilização junto aos profissionais de bares para a prevenção do consumo abusivo de álcool entre frequentadores condutores de veículos, destes estabelecimentos na cidade de Salvador;</p> <p>Capacitar professores dos cursos de formação de condutores e para curso de renovação da carteira de habilitação, através de capacitação teórica e prática, para atuarem como agentes multiplicadores de informações relacionadas à prevenção do uso/ abuso de Substâncias Psicoativas (SPA's);</p> <p>Realizar ações educativas em postos de gasolina que reduzam os riscos e danos relacionados ao consumo/ abuso de álcool e a condução de veículos;</p>
<p>2. Inadequação da veiculação de informações sobre SPA's pela mídia</p>	<p>Articulação dos principais recursos de comunicação existentes no município de Salvador, visando à divulgação/ problematização de informações sobre o tema de álcool e outras drogas, assim como ferramentas de Promoção da Saúde e incentivo à participação popular.</p>
<p>3. Falta de informação sistematizada sobre as problemáticas que envolvem o consumo de álcool e outras drogas</p>	<p>Incentivo a pesquisas sobre as questões relacionadas à problemática do uso e abuso de SPA's no estado da Bahia;</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente o Observatório Baiano sobre Sustâncias Psicoativas (OBSERVA/ SPA's) – CETAD/ UFBA/ SESAB/ SENAD</p>
<p>4. Elevado nível de consumo de SPA's entre estudantes</p>	<p>Articulação com as secretarias de educação Estadual e Municipais para a construção de propostas de promoção da saúde e prevenção do consumo de SPA's.</p>
<p>5. Altas prevalências do consumo de SPA's entre meninos e meninas de rua</p>	<p>Criar dispositivos de atenção (intersetorial) a meninos e meninas de rua nos seus locais de permanência;</p> <p>Fortalecer e apoiar o trabalho da equipe do EspaSSos de Rua/ CAPS ad/ SESAB e o Consultório de Rua - CETAD/ UFBA/ SESAB;</p> <p>Implantação do Complexo de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes.</p>
<p>6. Despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões que envolvem o uso e abuso de SPA's</p>	<p>Garantir, através da articulação com a Diretoria de Atenção Básica, a atenção a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica (AB), através da inclusão desta temática nas linhas de cuidado da AB e cursos introdutórios (Cursos de Acolhimento) a novas equipes do PACS e PSF planejados para o ano de 2009;</p> <p>Realizar encontros de álcool e outras drogas por Macrorregião, no sentido de articular a rede, construir uma linha de cuidado em álcool e outras drogas e capacitar os profissionais de saúde para o trabalho com usuários de Substâncias Psicoativas (SPA's);</p>
<p>7. Aumento do consumo de SPA's no período das festas populares</p>	<p>Contribuir para a redução do uso indevido de SPA e da contaminação pelo HIV/ AIDS e outras DST, através do desenvolvimento de ações educativas e preventivas no período de festas populares e nos ensaios dos blocos carnavalescos na cidade do Salvador</p>

	Desenvolver ações de redução de danos e prevenção às DST's/ AIDS e ao uso e abuso de drogas nos eventos mais importantes e datas comemorativas dos municípios onde tenham CAPS ad implantados
8. Limites das respostas assistenciais oferecidas na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas	<p>Formalização da política estadual para atenção integral ao uso de risco e dependência de álcool e outras drogas;</p> <p>Construir, por Macrorregião, uma proposta de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, considerando a hierarquização e descentralização da rede;</p> <p>Fomentar a construção de CAPS do tipo III por Macrorregião, incluindo leitos para desintoxicação a usuários de álcool e outras drogas;</p> <p>Garantir a criação de leitos para alcoolistas nos hospitais gerais, conforme a Portaria MS/ GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, iniciando na rede própria e sensibilizando hospitais municipais e conveniados à rede SUS;</p> <p>Discutir, por Macrorregião, propostas de atenção a usuários de álcool e outras drogas nos CAPS de tipo I, conforme Portaria MS/ SAS nº 384, de 05 de julho de 2005;</p> <p>Definição de metas da SESAB e de municípios estratégicos para implantação dos CAPS ad e negociação com gestores municipais para a sua implantação, junto à pactuação na Comissão Intergestorial Bipartite (CIB) de forma a tornar prioritário a implantação destes serviços.</p>
9. Inadequação da aplicação da lei 11.343 ⁷⁰	<p>Fomentar o desenvolvimento de pesquisas para conhecer de que forma a Lei 11.343 vem sendo aplicada por algumas das instituições que compõem o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), acompanhando sua implantação, principalmente no que tange aos seus aspectos procedimentais no tratamento dispensado às pessoas flagradas em situação de consumo de drogas, crime previsto no art. 28.</p> <p>A partir dos resultados da pesquisa, elaborar propostas que possam subsidiar intervenções que favoreçam a aplicação adequada da lei.</p>
10. Desconhecimento das “Comunidades Terapêuticas” existentes no Estado e da assistência prestada pelas mesmas	<p>Buscar amparo legal para produção de regulação estadual para o funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado da Bahia que recebam recursos públicos;</p> <p>Articular os CAPS ad e as comunidades terapêuticas no sentido de que estes possam acompanhar, orientar e também denunciar as referidas instituições, de acordo com a atenção prestada ao usuário.</p>

⁷⁰ BRASIL. Lei no. 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. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

ANEXO C

PROBLEMA	Limites à atenção integral relativas ao uso de risco e dependência de álcool e outras drogas
PROPOSTA	AÇÃO
Levantamento dos recursos assistenciais e comunitários atuantes junto à clientela de usuários graves de álcool e outras drogas no Estado da Bahia.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Revisão e atualização dos recursos (b) Disponibilizar a relação dos recursos comunitários através de meio eletrônico da SESAB e do OBSERVA
Definição de metas da SESAB de municípios estratégicos para implantação dos CAPS ad e negociação com gestores municipais para a sua implantação.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Implantar um CAPS ad III em Salvador (b) Implantar CAPS ad nas macrorregiões Leste (Salvador), Nordeste (Alagoinhas) e Oeste (Barreiras) (c) Reunir com os gestores municipais dos municípios estratégicos para negociar a implantação do CAPS ad (d) Disponibilizar assessoria técnica aos municípios para a implantação dos serviços
Garantir a criação de leitos para alcoolistas nos hospitais gerais, conforme a Portaria MS/ GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, iniciando na rede própria e sensibilizando hospitais municipais e conveniados da rede SUS.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Identificar municípios/ hospitais onde já existam leitos em funcionamento (b) Realizar visita aos municípios/ hospitais para conhecer a forma de funcionamento dos leitos (c) Verificar os mecanismos para a implantação dos leitos (d) Identificar hospitais em condições para a implantação dos leitos (e) Realizar reunião com Direção dos hospitais para iniciar o processo de implantação (f) Prestar assessoria aos municípios/ hospitais para a implantação dos leitos
Produção de regulação estadual para o funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado da Bahia.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Identificar as comunidades terapêuticas conveniadas com o estado (b) Discutir com a SETRAS o processo de credenciamento das comunidades terapêuticas para firmar convênio (c) Discutir com a ANVISA os parâmetros de credenciamento das comunidades terapêuticas (d) Buscar meios legais para viabilizar a construção da regulação estadual (SESAB) para o funcionamento das Comunidades (e) Fazer levantamento das Comunidades Terapêuticas existentes no estado (f) Realizar visitas às comunidades terapêuticas conveniadas com a SETRAS ou com os órgãos estaduais (g) Realizar reunião com coordenadores de comunidades terapêuticas do estado

	<p>(h) Constituir grupo de trabalho para a elaboração do documento de regulação</p> <p>(i) Encaminhamento do documento para aprovação da DGC/ SAIS/ Secretário - SESAB</p> <p>(j) Encaminhamento para aprovação na CIB</p>
<p>Pactuação na CIB de forma a tornar prioritário a implantação dos CAPS ad e a possibilidade de formação de consórcios.</p>	<p>(a) Elaborar documento justificando a relevância da formação de consórcios para CAPS ad, como estratégia de ampliação da rede de atenção em álcool e outras drogas</p> <p>(b) Verificar junto ao Ministério da Saúde a possibilidade de formação de consórcio para a implantação de CAPS ad</p> <p>(c) Identificar possíveis regiões e municípios estratégicos para a formação de consórcio</p> <p>(d) Realizar reuniões para a pactuação entre os municípios interessados no consórcio</p> <p>(e) Realizar reuniões com representantes da CIB para pactuar a priorização na aprovação desses consórcios</p> <p>(f) Fornecer assessoria técnica aos municípios envolvidos no processo de formação do consórcio</p>
<p>Problematizar a demanda por leitos de desintoxicação, ampliando a rede social para oferecimento de continência social nos casos mais graves através da estimulação da criação de espaços de hospitalidade.</p>	<p>(a) Garantir a implantação de CAPS ad III em Salvador</p> <p>(b) Criação de espaços de discussão com a rede de saúde e social para discutir possibilidades para garantir esses espaços de hospitalidade</p>
