



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Simone Maria de Almeida Barbosa

O processo de formulação da política de saúde mental:

a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004.

Aracaju - Sergipe

2012

SIMONE MARIA DE ALMEIDA BARBOSA

O processo de formulação da política de saúde mental:

a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes Teixeira

ARACAJU - SERGIPE

2012

Ficha Catalográfica
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B238p Barbosa, Simone Maria de Almeida.

O processo de formulação da política de saúde mental: a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004 / Simone Maria de Almeida Barbosa. Salvador: S.M.A.Barbosa, 2012.

125f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira.

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

1. Política de Saúde. 2. Formulação de Políticas. 3. Ciclo de Políticas. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDU 614.2

SIMONE MARIA DE ALMEIDA BARBOSA

O processo de formulação da política de saúde mental:

a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004.

Data de defesa: 02 de março de 2012

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes Teixeira – ISC/UFBA

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Prof.^a Dr.^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho – IHAC/UFBA

Aracaju - Sergipe

2012

Aos meus pais, minha gratidão, amor e orgulho
incomensuráveis.

A Rodrigo, amado, amante, companheiro e fonte de força
de todas as horas.

A minhas irmãs e meu pequeno gatinho, é possível! Amo
vocês.

A Silvinha e Fabiana amigas-irmãs amadas, que todo
mundo deveria ter em suas vidas.

*“A grande borboleta
Leve numa asa a lua
E o sol na outra
E entre as duas a seta
A grande borboleta
Seja completa-
Mente solta”*

Caetano Veloso (A Grande Borboleta)

AGRADECIMENTOS

Desde os tempos de faculdade, sonhei em seguir a vida acadêmica. Por um tempo, acreditei que esse seria meu único caminho. Mas logo a trajetória mudou seu curso: saúde mental se afirmava e continuaria a ser meu movimento, o que me traria sentido e prazer para viver, agora como psicóloga de um CAPS III. Uma das experiências mais fantásticas e desbravadoras de terrenos nunca imaginados aconteceu ali, no CAPS “sem nome”, no CAPS “Adauto”... não! no CAPS que logo veio a conquistar seu nome de “Liberdade”.

Sim, minha vida mudou radicalmente. Tantos sujeitos que compartilhei meu corpo, meu sentimento, meu saber, minha técnica... Não arrisco trazer nomes para agradecer, apenas pelo receio de deixar muitos de fora. Mas todos eles cabem aqui: usuários, colegas de trabalho, todos!

Muitos anos depois retomo a vida acadêmica. Porém, mais uma vez ela se revelou distinta. Não poderia ser um Mestrado convencional, acadêmico. O que pulsa em mim é a militância pela saúde mental, o fazer a saúde mental todos os dias com minhas próprias mãos. O meu alimento continua sendo, 8 anos depois de graduada, olhar nos olhos das pessoas que cuido (e que sou cuidada), lutar para que a política pública se efetive, emprestando o próprio corpo, sentimento, noites de insônia, indignação e alegria, muita alegria por cada conquista.

Por isso o mestrado teria mesmo que ser Profissional vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e, no meu caso, à própria saúde mental que nunca me deixou e que nunca me permiti deixar. Não foi fácil... conciliar trabalho e estudo concomitantemente por 1 ano e 8 meses foi tarefa árdua. Duras noites, madrugadas e finais de semana que são compensadas pelo alimento de sempre: o brilho no olho, o carinho, o afeto que oferto e que recebo sempre, especialmente dos usuários.

Então, apesar de um pouco redundante, gostaria de reforçar que nessa história nada teria sido possível sem a presença de muitos... Obrigada, obrigada, muito obrigada!...

A Deus, por sempre mostrar que ainda existem terras novas a serem desbravadas. E nos mostrar a luz e a força que precisamos para seguir.

A minha família, meus pais, esposo, irmãs, sobrinho, sogros... Tudo fica mais fácil com vocês. Continuem sendo luzes, paciência e força no meu caminhar... Muito obrigada e desculpem-me pelas horas mais difíceis, seja pela minha dureza, impaciência ou ausência.

Aos usuários de saúde mental, com quem tive a felicidade de encontrar muito cedo na minha vida. Vocês me permitiram chegar juntinho, aprender, sentir um monte de coisas que faz de mim outra pessoa. Especialmente aos moradores e trabalhadores das Residências Terapêuticas, por nos surpreenderem a cada dia, por mostrarem que ainda há muito por lutar e conquistar. Mas que, sobretudo, muito já conseguimos provar: o amor vence tudo!

Aos colegas de trabalho da SMS Aracaju, especialmente o Coletivo Gestor da Rede de Atenção Psicossocial, que compartilha a força para transformar e efetivar a Política Municipal de Saúde Mental, em tempos cada vez mais difíceis. Exemplos de força, militância, desejos e de que muito ainda temos a aprender. A Silvinha um agradecimento especial: aprendemos a fazer Política de Saúde Mental com muita paixão e é com ela que seguiremos, por mais momentos difíceis que apareçam (e como aparecem!). Muito bom saber que estamos no caminho e que tenho você comigo, muito mais do que uma colega de trabalho.

A Carmen, para além de fantástica orientadora, por me permitir ser uma “Andorinhazinha”. Obrigada pelo seu carinho, suas palavras duras, pela convivência e acolhida de todas as formas. Adorei que os nossos caminhos tenham se cruzado e por ainda ter muito a aprender com você... Será sempre meu exemplo de fazer e viver Saúde Coletiva.

Aos colegas e professores da turma do ISC/UFBA MP Aracaju, pelo tempo que passamos juntos, descobrindo-nos através dos debates, risos, choros e discussões quentes. Fica o desejo e o compromisso de continuarmos nos encontrando e fazendo um SUS mais forte em Aracaju, com todo o carinho que construímos e compartilhamos nesse período.

Por fim, a tantos outros, que mesmo sem nomear, mantém igual valor... São muitos que compõem esse percurso todos os dias. Há, sem dúvida, um tanto de todos em mim e nesse trabalho e assim continuará sendo, enquanto Deus permitir... Obrigada, muito obrigada!...

Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e volta contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O “direito” à vida, ao corpo, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito”, acima de todas as opressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo que se pode ser, esse “direito” tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional de soberania.

Michel Foucault (2001b, p. 136)

RESUMO

O reconhecimento da importância da saúde mental tem subsidiado a mobilização social em torno da formulação de políticas e programas específicos nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. O objetivo desse estudo é analisar o processo de formulação da política de saúde mental no município de Aracaju, no período de 2001 a 2004, com base no referencial teórico do Ciclo de Políticas de John Kingdon, utilizando revisão documental e análise de entrevistas realizadas com informantes-chaves. Os resultados incluem a caracterização do contexto político-institucional da saúde e da saúde mental no município, o processo de formulação da política municipal de saúde mental, incluindo a identificação dos Atores, os problemas identificados e as propostas formuladas, a política efetivamente adotada, as facilidades e dificuldades do processo e algumas atividades que aconteciam em paralelo ao processo de formulação. Concluiu-se que esse processo de formulação só se tornou possível pela confluência de um conjunto de elementos favoráveis configurados no contexto político nacional, no âmbito do SUS, e, principalmente, pela mudança no cenário político municipal ocorrido com as eleições de 2000, que implicaram na indicação de um prefeito e um secretário de saúde sensível ao tema da saúde coletiva e da saúde mental propriamente dita que abriram espaço para abertura da agenda.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Política de Saúde; Formulação de Políticas; Ciclo de Políticas.

ABSTRACT

Recognition of the importance of mental health has supported social mobilization around the formulation of policies and programs at the three levels of management of the Unified Health. The aim of this study is to analyze the process of formulating mental health policy in the municipality of Aracaju, in the period 2001 to 2004, based on theoretical Cycle Policy John Kingdon, using document review and analysis of interviews with key informants. The results include the characterization of the political-institutional health and mental health in the municipality, the process of policy formulation municipal mental health, including the identification of actors, problems identified and the proposals, the policy actually adopted, the facilities and difficulties of the process and some activities taking place in parallel to the formulation process. It was concluded that this formulation process was only made possible by the confluence of a set of favorable elements configured in the national political context, within the SUS, and mainly by the change in political scenario occurred with the municipal elections of 2000, which involved the appointment of a mayor and secretary of health sensitive issue of public health and mental health itself have made room for the opening of the agenda.

Key-words: Mental Health, Health Policy, Policy Formulation, Cycle Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS E FIGURAS)

QUADROS

Quadro 1 - Principais fatores que impactam na <i>Agenda Setting</i> nos fluxos de Problema, Alternativas e Política	28
Quadro 2 - Influência dos Atores em cada Fluxo	31
Quadro 3 – Projeto de Saúde Mental (2001) - principais objetivos e metas	55
Quadro 4 – Princípios e diretrizes para a saúde mental no “Projeto Saúde Todo Dia”	72
Quadro 5 – Política de SM adotada pela SMS Aracaju a partir de 2001	76

FIGURAS

Figura 1 - Modelo Teórico para análise do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju/SE	35
Figura 2 - Esquema teórico para orientar ações políticas para a conformação do modelo tecnoassistencial do SUS Aracaju	46
Figura 3 – Linha do Tempo do processo de formulação da PSM de Aracaju	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
AD – Álcool e outras Drogas
AFADM – Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais
AM – Apoio Matricial
AMAS – Associação de Amigos do Autista de Sergipe
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASP – Associação Sergipana de Psiquiatria
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
CEMCA – Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente
CIRAS – Centro de Integração Raio de Sol
CLS – Conselho Local de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
COVISA – Coordenação da Vigilância Sanitária
CRM – Conselho Regional de Medicina
EP – Educação Permanente
ESF – Equipes de Saúde da Família
HP – Hospital Psiquiátrico
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IFDM - Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NUCAAR – Núcleo de Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação
OG – Organização Governamental
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental

PES – Planejamento Estratégico-Situacional
PMA – Prefeitura Municipal de Aracaju
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMSM - Política Municipal de Saúde Mental
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PSDB – Partido Social Democrático Brasileiro
PSF - Programa de Saúde da Família
PSM – Política de Saúde Mental
PSTD – Projeto Saúde Todo Dia
PT – Partido dos Trabalhadores
RH – Recursos Humanos
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RT - Residência Terapêutica
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMASC – Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SEP – Serviço de Emergência Psiquiátrica
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SISNEP – Sistema Nacional de Ética e Pesquisa
SM – Saúde Mental
SMS – Secretária Municipal de Saúde
SOMESE – Sociedade Médica de Sergipe
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. QUADRO TEÓRICO	24
2.1 Termos, Definições e Conceitos para o estudo das Políticas de Saúde	24
2.1.1 O referencial do Ciclo das Políticas	25
2.2 Modelo teórico para análise da formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju – SE, 2001-2004.	32
3. METODOLOGIA	36
3.1 Desenho do estudo	36
3.2 Procedimentos e Técnicas de produção de dados	37
3.2.1 Análise Documental	37
3.2.2 Entrevistas	38
3.3 Plano de Análise	39
3.4 Aspectos Éticos	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1. Contexto político e institucional em Aracaju	42
4.1.1 Breve caracterização do município de Aracaju	42
4.1.2 Contexto político municipal em 2000	43
4.1.3 Contexto político-institucional (SMS) em 2000	44
4.2. Contexto institucional na área de saúde mental em 2000	48
4.3. A formulação da política municipal de saúde mental (PMSM)	51
4.3.1 Os Atores que se envolveram no processo	56
4.3.2 Os problemas identificados e as propostas formuladas	68
4.3.3 Políticas de saúde mental efetivamente adotadas na SMS Aracaju	75
4.3.4. Facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de formulação da política municipal de saúde mental (e implementação)	78
4.3.5 Atividades realizadas durante o processo de formulação	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	
A) Relação de documentos consultados	
B) Relação de informantes-chaves entrevistados	

C) Roteiros das entrevistas	
C.1 – Atores Governamentais	
C.2 – Atores Não-Governamentais	
D) Termo de Consentimento Livre Esclarecido	
E) Matriz para Análise de Dados	
E.1 – Contexto	
E.2 – Processo (formulação/implantação)	
F) Propostas de Saúde Mental aprovadas na VII Conferência Municipal de Saúde de Aracaju	

APRESENTAÇÃO

(...) que a partir da inserção no campo da Saúde Mental encontraram palavras para nomear a inquietação, a revolta, transformando em texto o que até então era angústia, encontrando um caminho por onde aperfeiçoar o pensamento e a ação, juntando medicina e política, conhecimento de si e conhecimento do mundo

Carmen Teixeira, em “Andorinhas” (2011, p. 20)

A presente pesquisa tem o propósito de analisar como se desenvolveu o processo de formulação da política municipal de saúde mental no período de 2001 a 2004. Desse modo, procura descrever o contexto político-institucional em que ocorreu o processo de formulação da política de saúde mental em Aracaju, identificando os atores envolvidos e caracterização de sua participação no processo, assim como descrevendo os problemas e as propostas apresentadas pelos diversos atores, analisando o grau de incorporação à política de saúde mental em Aracaju. Além disso, analisa as dificuldades enfrentadas no processo de formulação da política de SM em Aracaju nesse período.

Neste sentido, para sistematizar as informações apresentadas, esta pesquisa encontra-se dividida em capítulos, quais sejam:

Introduzimos o texto trazendo as questões concernentes à saúde mental, sua perspectiva histórica mundial enquanto se tratava o tema como loucura, a relação de estigma que foi estabelecida por séculos, até chegar à situação no Brasil, enfatizando o início dos movimentos sociais que se organizaram para questionar tal situação e as primeiras mudanças, tanto na lógica do entendimento como do atendimento. Discutimos ainda questões concernentes às políticas públicas de saúde mental, situando a mudança do modelo assistencial e trazendo a realidade local, de Sergipe e Aracaju.

No segundo capítulo, apresentamos termos, definições e conceitos das Políticas de Saúde, destacando o referencial do Ciclo das Políticas, de John Kingdon, que é o modelo teórico norteador do presente estudo. Assim, aprofundamos o estudo sobre *Fluxos de Problemas, Alternativas e Política*, bem como a discussão sobre *Atores*, seja os *Governamentais* como os *Não Governamentais*; por fim, apresentamos a questão da *Janela de Oportunidade* como um dos conceitos que compõe o conjunto do processo para formulação da *Agenda Política (agenda setting)*.

No terceiro capítulo abordamos a metodologia utilizada, apontando o desenho do estudo, os procedimentos e técnicas de produção de dados, os aspectos éticos da pesquisa e, o plano de análise.

No quarto capítulo apresentamos os Resultados e Discussões, que foram subdivididos em três tópicos, a saber: 1) Contexto político-institucional da saúde mental na cidade de Aracaju (inclui um breve caracterização do município, do contexto político municipal e político-institucional em 2000); 2) Contexto político institucional na área da saúde mental em 2000; e, por fim, o “coração” do estudo, 3) A formulação da política municipal de saúde mental (apresentando e discutindo os Atores, os problemas identificados e as propostas formuladas, as políticas de saúde mental efetivamente adotadas, facilidades e dificuldades no processo, e resultados – atividades realizadas em paralelo ao processo de formulação).

Por fim, trazemos as considerações finais, onde pudemos refletir sobre o trabalho realizado, apontando as potencialidades e os limites desta pesquisa, como contribuição para a transformação da atenção a saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

A loucura tem sido problematizada, representada, interpretada, tratada e vivida ao longo da história. Esta nem sempre foi compreendida como doença mental e conseqüentemente como objeto de domínio médico. De acordo com Foucault (2004), o conceito de loucura não existiu desde sempre, começou a se estruturar a partir do momento em que se criou a distância entre razão e não razão. A modernidade, compreendida no final do século XVIII e início do século XIX, é marcada pela criação da primeira instituição exclusiva para loucos. Neste sentido, a ação da Psiquiatria era moral e social, voltada para a normatização do louco, que era concebido como capaz de se recuperar numa instituição isolada da sociedade, iniciando o processo da medicalização¹. Assim, a cura do doente mental ocorreria a partir de uma liberdade vigiada e no isolamento, sendo fundamental para o surgimento da Psiquiatria. O tratamento do doente mental ao longo dos tempos foi então sinal de exclusão, reclusão e posteriormente de asilamento.

As críticas ao modelo manicomial se concretizam na produção de diversos movimentos em vários países da Europa e nos EUA, principalmente a partir dos anos 60 do século passado. No Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica (RPB) ocorreu tardiamente, a partir da década de 70, decorrente da mobilização dos trabalhadores da área e motivado por uma série de denúncias e críticas da prática de segregação e exclusão social pelo manicômio², marcada pela violência, mercantilização da loucura e hegemonia de uma rede privada de assistência. (ARRUDA, 2011; FOUCAULT, 1994, 2001a).

O Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) encontrou respaldo em documentos que se constituíram em referências políticas, dentre eles a Declaração de Caracas³, os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e particularmente os relatórios

¹ O modo de olhar a loucura através deste prisma é corroborado por Goffman (2001, p. 11), que discutiu acerca de “*espaços potencialmente desencadeadores de processos de mortificação e degradação da singularidade e identidade dos sujeitos, sustentado pela disciplina e seu adestramento*”. Esse autor define esses espaços como “*instituição total*” sendo este “*local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (...) a exemplo: as prisões, os manicômios e os conventos*”.

² Para o MTSM a expressão manicômio equivale a hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica, asilo, hospício. No entanto, a utilização deste termo em lugar de hospital psiquiátrico, tem sido utilizada de forma mais específica desde 1987, como estratégia do MTSM no sentido de reforçar o caráter asilar, segregante, violento e médico jurídico de todas as instituições desta ordem (AMARANTE, 1996).

³ Esta Declaração condena a exclusividade dada, até então, aos hospitais psiquiátricos como única forma de assistência as pessoas portadoras de algum transtorno mental (OMS, 1990).

das Conferências Nacionais de Mental, cujas propostas corroboraram certos eventos que se constituíram como marcos⁴ que fortaleceram a trajetória do “movimento antimanicomial” e contribuíram para o desencadeamento da RPB no âmbito institucional.

Segundo Lobosque (2003), o MTSM tinha por princípios e diretrizes básicas promover divulgações mais intensas do tema entre as organizações da sociedade civil, pressionar pela criação de serviços substitutivos ao manicômio, pela aprovação de legislação específica no âmbito municipal e estadual, acumulando forças para viabilizar a aprovação da Lei Paulo Delgado, que somente foi promulgada 12 anos depois de sua primeira proposição, assim mesmo com modificações no texto original, sendo oficializada como Lei Federal 10.216, em 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2004b)⁵.

O sucesso dos processos de Reforma Psiquiátrica⁶ e da clínica antimanicomial passa, então, a não depender de vontades restritas, locais ou de certo grupo de pessoas. É garantida pelas condições históricas concretas mais amplas, possibilitando a conquista de direitos sociais e da cidadania para todos os explorados e oprimidos da sociedade, nos quais os usuários de saúde mental estão inseridos, como reitera Silva (2003, p. 09):

Trata-se de uma outra invenção: a da cidadania. Define-se, agora, para os chamados loucos, uma nova identidade: a de usuários de um serviço, e não mais habitantes de uma pátria restrita. Ao seu lado, profissionais, familiares, instituições de classe, movimentos sindicais, de direitos humanos e outros constroem, em diferentes pontos do País, experiências ricas e inusitadas de ruptura com o totalitarismo da instituição psiquiátrica. O direito inalienável à liberdade é o que funda tais experiências. (...) **O**

⁴ A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo e do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, além de leis e portarias (TENÓRIO, 2002).

⁵ O projeto de lei n.º 3.657/89, que ficou nacionalmente reconhecido como “Projeto Paulo Delgado”, previa a extinção radical dos hospitais psiquiátricos foi derrotado em Nov/1995 no Senado Federal e substituído por uma proposta do Senador Lucídio Portella, que resultou na Lei 10.216/01, que não dispõe de extinção dos hospitais psiquiátricos como regra geral. Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental, pautada nos princípios dessa Lei, propõe o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos substituindo-os por outras formas de tratamento e a garantia dos direitos humanos as pessoas em sofrimento mental. Neste contexto, pensar em um modelo de atenção em saúde coletiva que não exclua as pessoas com sofrimento mental de seu convívio social e que conduza à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária torna-se um importante desafio. (ARRUDA, 2011)

⁶ Importante ressaltar que a RPB pretende mais do que abolir os hospitais psiquiátricos, extinguir métodos e instrumentos de tratamento aí utilizados (reclusão, repressão, violência, lobotomias, camisas-de-força, eletrochoques etc.). Incorporará a diretriz de que “a instituição a ser negada, desmontada e desconstruída não se resumia ao hospital psiquiátrico. O processo envolvia repensar, transformar o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e as relações de poder que se articulam no manicômio e lhe dão sustentação” (BASAGLIA, 1985).

Movimento de Luta Antimanicomial introduz uma novidade: institui a política como campo possível de ser habitado por loucos, em justa parceria com não loucos. [grifo nosso]

A Lei 10.216/01 representa a validação dos movimentos de luta por novos modos de entender e atender o louco e a loucura na sociedade. Trata-se de um instrumento de luta em defesa daqueles que devem ser seus principais beneficiários, assim como um instrumento de concretização da própria Constituição Federal de 1988 (PINHEIRO, 2010). É dessa necessária articulação da luta antimanicomial com a política que é possível criticar e rever conceitos, propor soluções novas, reinventar a clínica e a própria política, para fazer caber a loucura no espaço social. Conforme reforça Pinheiro abaixo (2010, p. 13, grifo do autor) é tempo de legitimidade, da concretização de direitos, da ponderação, da razoabilidade, da proporcionalidade, da realização plena dos direitos das pessoas loucas.

Não basta mais a denúncia pura e simples das dificuldades e violências sofridas pelos pacientes psiquiátricos. Não se pode mais esperar passivamente pelos governos, pois é tempo de esclarecimento para uma nova luta, a **luta pela saúde constitucional**, que não prescinde de uma boa atividade política, não só perante a sociedade e aos poderes legislativo e executivo, mas que não se fará sem luta no poder judiciário, peleja pelo poder judiciário, para que este segmento do Estado possa conhecer também essas novas possibilidades em saúde mental que a Constituição da República faz questão de expressar desde o já longínquo ano de 1988.

Pois então, é ainda Pinheiro (2010) que nos destaca que o Art. 3.º da Lei Federal 10.216/01⁷ referenda que as políticas de saúde mental devem ser implantadas nas diversas instâncias de governo. No entanto, sabe-se que na prática os processos históricos, sociais, culturais e políticos não se modificam apenas com promulgação de leis. O desafio posto para a RPB é garantir espaço na agenda política dos municípios e estados, além do próprio Governo Federal, para se efetivar os princípios e diretrizes nela apontados a partir da priorização e assim formulação de políticas públicas em saúde mental.

Os dados do Ministério da Saúde revelam que de fato transformações ocorreram (BRASIL, 2011). A proposta de substituir os serviços asilares por outros de base comunitária, ocorreu, sobretudo com a criação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial

⁷ Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

(CAPS) e Residências Terapêuticas (RT's), regidas, inclusive, por legislação própria, respectivamente as Portaria GM 336/2002 e Portaria GM 106/2000 (BRASIL, 2004).

Além destes serviços, a referida Lei propõe a organização de redes de atenção à saúde mental, indicando a necessidade de implantação de outros serviços, como hospitais dia, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental, bem como articulação desses serviços com o sistema de saúde como um todo, de modo a garantir a constituição de linha de cuidado à saúde mental que contemple a atenção primária, secundária e terciária. Segundo Melman (2001, p. 90), esses serviços devem se caracterizar *“pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas a manter a pessoa na comunidade”*.

Nessa perspectiva, passou a ocorrer a implantação dessas redes em todo o país, com a ampliação de serviços CAPS e RT's e concomitante diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos. Os números são expressivos, conforme explicita a área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde: em 2002 havia 424 CAPS e 585 RT's, enquanto em julho de 2011 tínhamos 1650 CAPS e 596 módulos de SRT's em funcionamento. Por outro lado, em 2002, o país tinha 51.393 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS, ao passo em que julho de 2011, havia 32.681 leitos ativos (BRASIL, 2011).

Conforme referenda Pitta (2011), o contexto atual da política de saúde mental, sobretudo numa avaliação nacional, aponta para o desenvolvimento e sustentabilidade da política pública no tocante à mudança do modelo assistencial, seguindo os pressupostos indicados pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse estudo, a autora traz reflexão acerca do período de 10 anos pós promulgação da Lei Paulo Delgado, vejamos:

Nessa última década muitas de suas bandeiras de luta se tornaram realidade no país. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial "De volta pra casa", expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. Paralelamente se solidifica um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país. (PITTA, 2011, p. 4580)

Apesar dos grandes avanços alcançados, desafios e impasses se apresentam no cenário da RPB, a exemplo da diversidade de tempos e modos de implantar redes substitutivas de serviços de saúde mental nos estados e municípios para a efetivação do cuidado no território onde vivem os usuários, insuficiência dos serviços implantados para dar conta da complexidade da problemática da saúde mental, além da permanência de um imaginário social fundamentado pelo preconceito em relação à loucura.

No que se refere especificamente às dificuldades enfrentadas para a implantação da política de SM, Arruda (2011) destaca os seguintes pontos: aumento considerável da demanda em saúde mental (com ênfase para usuários de álcool e outras drogas e atenção para crianças e adolescentes); diminuição insuficiente dos gastos com internação psiquiátrica; políticas intersetoriais frágeis; fragmentação da rede de cuidado em saúde; atenção à pessoa em crise precária; poucos leitos disponíveis para atendimento em emergências e hospitais gerais; escassos programas e equipamentos de suporte sociais (estratégias intersetoriais); fragilidades no que se refere à abrangência, acessibilidade, qualificação do cuidado e da formação profissional; tendência dos usuários à cronificação, pois estes continuam sendo atendidos exclusivamente por serviços de saúde mental quando deveriam ser gradativamente objeto de cuidado na Rede Básica.

Em Aracaju, as transformações na assistência em psiquiatria acontecerem mais propriamente a partir do ano de 2002, quando, no contexto da habilitação da Secretaria Municipal de Saúde à gestão plena do sistema de saúde local, desencadeou-se a implantação de serviços substitutivos na área de saúde mental, concomitantemente à reorganização do modelo de atenção à saúde em geral, com ênfase na regionalização dos serviços. Desse modo, enquanto em 2001 tínhamos um CAPS e nenhuma RT, em 2004 tinha-se cinco CAPS em funcionamento e, atualmente, tem-se seis CAPS e quatro módulos de RT's em funcionamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, 2010).

Diante dessas informações, aprofundou-se um levantamento bibliográfico e detectou-se haver uma lacuna de conhecimentos científicos produzidos a respeito do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju. Até o momento essa história consta apenas nos registros documentais da própria SMS, nas memórias e/ou registros pessoais de sujeitos que participaram e/ou viveram pessoalmente esse processo, existindo algumas

referências em trabalhos/estudos não publicados, tais como monografias de cursos de especialização, e dissertações cuja divulgação encontra-se restrita ao espaço acadêmico.

Desta forma, consideramos importante desenvolver um estudo que descrevesse e analisasse o processo de formulação da política de saúde mental em Aracaju, propondo-nos questionar:

- Como foi formulada essa Política no contexto de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira?
- Em que momento e em que condições a Saúde Mental foi incluída na agenda política da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju?
- Que atores participaram do processo de formulação dessa política?

As questões levantadas materializaram-se no objetivo geral deste trabalho qual seja analisar o processo de formulação da política municipal de saúde mental no período de 2001 a 2004, com ênfase na:

- a) Descrição do contexto político-institucional em que ocorreu o processo de formulação da política de saúde mental em Aracaju;
- b) Identificação dos atores envolvidos e caracterização de sua participação no processo de formulação da Política de SM;
- c) Descrição dos problemas e das propostas apresentadas pelos diversos atores, analisando o grau de incorporação à política de saúde mental em Aracaju;
- d) Análise das dificuldades enfrentadas no processo de formulação da política de SM em Aracaju no período de 2001 a 2004.

2. QUADRO TEÓRICO

A construção do referencial teórico desse estudo parte de uma revisão preliminar dos termos, definições e conceitos mais utilizados no estudo das políticas de saúde no campo da Saúde Coletiva. Em seguida, detalha o referencial do Ciclo das Políticas, ponto de partida para a elaboração do modelo teórico ao estudo do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju.

2.1. TERMOS, DEFINIÇÕES E CONCEITOS PARA O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O estudo das políticas de saúde vem ocorrendo desde os primórdios do processo de constituição do campo da Saúde Coletiva, tendo conquistado destaque nas últimas décadas, observando-se certa diversificação de objetos e de abordagens teórico-metodológicas, o que aponta a necessidade de uma revisão que subsidie a construção do referencial teórico da presente investigação.

Segundo Paim e Teixeira (2006, p. 74), entende-se por **políticas 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 de seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Para estes autores o estudo desta temática envolve questões relativas ao processo político (*Politics*) que ocorre no âmbito das relações Estado-sociedade, assim como remete à análise das normas, diretrizes, planos e programas em saúde (*Policy*) que materializam as decisões adotadas sobre o que fazer diante dos problemas de saúde traduzindo-se em propostas e prioridades para a ação pública.

Souza (2007, p. 69) resume a definição de **política pública** como o “*campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)*”. E continua, acrescentando informações acerca da formulação de políticas públicas, a saber: “*constitui-se no estágio em que governos*

democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real". Nesse campo específico desenvolveu-se modelos explicativos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos. Os principais foram: "Tipo da Política Pública", "Incrementalismo", "*Garbage Can*", "Ciclo da Política", "Coalizão de Defesa", "Arenas Sociais" e "Equilíbrio Interrompido" (SOUZA, 2006).

Para o presente estudo, revisamos o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), desenvolvido por John Kingdon, utilizado por vários autores (PINTO, 2004; CAPELLA, 2004; PERDICARIS, 2009, entre outros) para compor referenciais que tentam descrever e explicar os diversos aspectos que compõem o chamado "**Ciclo da Política**".

2.1.1. O REFERENCIAL DO CICLO DAS POLÍTICAS

John Kingdon parte da questão central "Como chega a hora de uma idéia?" para explicar o processo de formulação de políticas (KINGDON, 1995). Nessa direção, outras questões se seguem, tais como: Como um determinado assunto vira um problema a ponto de captar a atenção da sociedade, da mídia e dos governantes? Porque em um dado momento os problemas passam ser endereçados, priorizados e então se formula e implementa um política?

Essas premissas são norteadoras do modelo teórico denominado "Ciclo de Políticas", que utilizaremos para referendar o presente estudo. A pergunta que Kingdon nos faz diz respeito a uma parte de um quebra-cabeça maior, uma vez que sabemos mais sobre como as questões são encaminhadas do que como elas vieram a se tornar itens do governo; isto quer dizer, como conquistam espaço na agenda política e se transformam em política pública.

De maneira simplificada e didática, conforme explica Kingdon (1995, p. 221), podemos considerar que a formulação de políticas públicas é um conjunto de processos, explicada pelas etapas: "1) *O estabelecimento de uma agenda;* 2) *A especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas;* 3) *Uma escolha final entre estas alternativas específicas, por meio de votação no Legislativo ou decisão presidencial/governamental;* 4) *A implementação desta decisão.*". Ressalte-se que as etapas apontadas não são estanques; apresentam-se como fluxos, movimentos, ou seja, a depender do processo algumas delas podem acontecer simultaneamente.

Para Kingdon (*apud* PINTO, 2008), a estrutura decisória de uma agenda combina uma conjunção de fluxos distintos e independentes (*streams*), sendo eles, problemas (*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*). Os autores citados argumentam que é necessário haver essa conjunção para que determinado assunto deixe ser apenas pauta na “agenda governamental” para que seja colocado em pauta na “agenda decisional”. Segundo Capella (2007) e Pinto (2008), neste tipo de organização usualmente prevalecem as soluções em busca de problemas, como se as alternativas estivessem agrupadas em uma “lata de lixo” (*garbage can model*)⁸.

A definição de Kingdon para agenda pode ser resumida como o conjunto dos assuntos centrais que tomam a atenção do governo. O autor argumenta que as mudanças na agenda são dadas principalmente por variações na corrente de política, como mudanças administrativas, pressão por grupos de interesse ou alterações no “clima-nacional” (*national mood*)⁹. Kingdon provê um modelo de forças “identificáveis” que orientam o processo de formação da agenda e enfatiza o papel das idéias no processo de formulação das políticas. Ele enxerga uma complexidade de fatores e atores como responsáveis pela entrada de um determinado assunto na agenda. O ponto central a ser entendido não diz respeito apenas ao “**como**” surgem as idéias, mas também “**o que**” faz com que estas sejam consideradas viáveis.

- **Os Fluxos de Problemas, Alternativas e Política**

As três dinâmicas – problemas, alternativas e política – possuem fluxos próprios. O reconhecimento de um problema pode se dar a partir de uma crise, de indicadores (onde o conhecimento de um dado chama a atenção dos atores) ou pelo *feedback* das ações governamentais (a exemplo do monitoramento de gastos, cumprimento de metas, ou não etc.). Resume Capella (2007, p. 91): “A *definição do problema é fundamental. A forma como um problema é definido, articulado, concentrando a atenção dos formuladores de política, pode determinar o sucesso de uma questão no processo altamente competitivo de agenda setting*”.

⁸ Os formuladores do Modelo *Garbage Can* classificam os governos como “anarquias organizadas”, pois por serem evidentes as mesmas características de participação fluida, preferências incertas e tecnologia obscura. Deste modo, as soluções apresentadas dependem das disponíveis no momento e não em uma análise aprofundada do problema. Para Kingdon, uma mudança significativa na agenda política também possui fluxos distintos, que seguem de forma autônoma e são combinados em momentos críticos.

⁹ Segundo Capella (2007), entende-se por “clima nacional” um dos elementos propiciadores para que um dado assunto entre na agenda governamental; ou seja, uma conjuntura política favorável, uma situação onde as pessoas, por um determinado período de tempo, compartilham das mesmas questões.

A formulação de soluções (*policy alternatives*) é feita pela comunidade técnico-científica e não está necessariamente alinhada a algum problema específico – muitas vezes, são soluções em busca de problemas. O processo político é que determina se um problema entra ou não na agenda. Segundo Kingdon (*apud* CAPELLA, 2007, p. 91), “*as pessoas não necessariamente resolvem problemas. (...) Em vez disso, elas geralmente criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar suas soluções*”. Já no fluxo político, conclui-se que independente do reconhecimento de um problema ou das alternativas disponíveis, há uma dinâmica e regras próprias, em que as “*coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política*” (*idem*).

Por outro lado, a conjuntura favorável pode se dar tanto pela ascensão de novos atores políticos, como na mudança de governo, na força de atores sociais, agências administrativas, o próprio processo eleitoral, entre outros fatores, que se organizam e mobilizam para levar suas demandas ao governo, ou ainda mudanças no “clima nacional”, onde a sociedade compartilha as mesmas preocupações. Essa movimentação tanto pode favorecer uma mudança na agenda política como restringi-la, reverter o processo. Enfim, a agenda é formada nos ciclos de problemas e política; já as alternativas são construídas no ciclo de formulação de soluções.

A entrada de um assunto na agenda e as mudanças nas políticas públicas é explicada pelas circunstâncias que possibilitam a convergência dos fluxos: um problema é reconhecido, a solução está disponível e o clima político está favorável. A convergência das três dinâmicas (problemas, políticas públicas e a política) se caracteriza em uma “janela de oportunidade” (*policy window*), o que quer dizer que a probabilidade de um tema entrar para a agenda decisória aumenta. No entanto, a convergência dos três fluxos só é possível pela atuação dos “empreendedores da política” (*policy entrepreneurs*), que são especialistas no assunto e hábeis negociadores, com boa capacidade política, e que atuam unindo soluções a problemas e problemas e soluções ao processo político. O empreendedor é aquele que está disposto a investir recursos para inserir suas propostas na agenda decisória de governo. O Quadro 1, na seqüência, resume este conjunto de fatores apresentados e serão melhor explicados adiante.

Quadro 1. Principais fatores que impactam na *Agenda Setting* nos fluxos de Problema, Alternativas e Política.

Problema	Alternativas	Política
-Divulgação de indicadores; -Ocorrência de eventos críticos; -Avaliação das ações governamentais; - Papel do valor dos atores.	-Discussões nas comunidades de interesse; -Processo de difusão das idéias; -Atuação dos “ <i>advocates</i> ” de Idéias.	-Mudanças no Clima Nacional; -Atuação de Grupos de Interesse Organizados; -Mudanças na Administração

Fonte: Perdicaris (2009)

a) Definição e Reconhecimento do Problema

Kingdon (*apud* PERDICARIS, 2009) argumenta que, como as questões que afetam a vida das pessoas são inúmeras, os indivíduos tendem a ignorar alguns assuntos e ressaltar outros. Segundo o autor, a forma pela qual os problemas são definidos é que afeta os resultados de uma agenda política.

Nessa perspectiva, Pinto (2004) destaca que os assuntos podem se tornar problemas, capturando a atenção daqueles que participam dos processos decisórios, por meio de três forças: indicadores; eventos, crises e símbolos; e avaliação das ações governamentais. Alterações em indicadores, tais como mortes em estradas, mortalidade infantil, taxas de imunização, orçamento público, entre outros podem despertar a atenção por uma variação súbita ou por sua magnitude, ou mesmo pela manutenção do status após a implementação de ações para mitigá-lo.

Enfim, o processo de definição de um problema – fixar a atenção em um assunto e não em outro – se constitui em uma importante fase da agenda governamental e não ocorre por acaso. Muitos recursos são despendidos para que condições virem problemas, tanto de ativistas quanto de empreendedores de políticas, que acabam por colocar seus valores e ideologias na definição do mesmo. Inserir o assunto em pauta se constitui, portanto, em uma conquista política de grande porte.

b) Construção de Alternativas e Soluções

No processo de seleção, muitas possibilidades são aventadas, muitas alternativas construídas, algumas seguem adiante, outras se fundem ou são abandonadas. Kingdon

compara esse momento de criação e surgimento de idéias com o processo de seleção natural de Darwin. Pinto (2008, p. 33) traduz essa idéia:

(...) muitas idéias possíveis ‘flutuam’ ao redor de uma ‘política pública primitiva’. Sendo testadas de várias formas (introdução de projetos de lei, discursos, depoimentos, documentos e trocas de informações), entram em contato umas com as outras, são revisadas e combinadas entre si e voltam a ‘flutuar’. Aqueles que sobrevivem satisfazem a vários critérios, incluindo ‘praticabilidade’ técnica, adaptação a valores dominantes e à opinião pública, viabilidade orçamentária e oposição ou apoio político que possam ter (...).

A especificação de alternativas em geral ocorre nas comunidades de especialistas, com forte influência dos burocratas, acadêmicos e pesquisadores e grupos de interesse. Comunidades mais próximas são capazes de gerar soluções paradigmáticas, onde a maioria dos especialistas irá atuar como defensores da idéia. Os empreendedores de políticas, indivíduos dispostos a investir tempo e recursos na difusão de suas idéias, também demonstram importante presença nesta fase, como “solucionadores” de problemas.

As *policy images* são construídas no processo de difusão das idéias, utilizadas, também para discutir as propostas e também como parte de um processo de convencimento dos atores pertinentes, em diversos fóruns. Nessas ocasiões, os empreendedores tentam persuadir a comunidade de especialistas – que tendem a ser céticos e resistentes a grandes transformações –, assim como para o público geral, para que se acostumem às novas idéias e sejam menos resistentes às mudanças, quando surgir a oportunidade de introduzi-las no processo decisório (PERDICARIS, 2009).

Algumas estratégias são utilizadas para aumentar as chances de se considerar uma alternativa. Em primeiro lugar, as oportunidades são maiores caso a solução seja levada junto ao problema. Da mesma forma, as propostas que apresentarem critérios de viabilidade técnica e geração de valor (entendido como eficiência e equidade) tem maiores chances de sobrevivência na arena decisória. É importante ressaltar que neste fluxo, considerado o processo de seleção natural das alternativas, o papel das idéias na construção da agenda é tão importante quanto as pressões políticas.

c) Dinâmica Política

Conforme Pinto (2008, p. 33), o processo de negociação da política implica a conjuntura na qual as “*propostas foram geradas, debatidas, redesenhadas e aceitas, ou seja, a dinâmica e as regras dos eventos políticos, incluindo desde o debate da questão até as negociações e pressões envolvidas*”. Com isso, alterações na dinâmica política podem ser dadas por mudanças no “clima nacional”, pela emergência de um novo problema ou soluções; na configuração de grupos de interesse, como a entrada de novos atores ou o fortalecimento de determinados grupos; ou, mais importante, em variações significativas na composição do governo ou Legislativo, principalmente por mudanças administrativo-partidárias nas eleições. Este último fator se constitui no mais influente para intensas mudanças na agenda.

Na arena dos grupos políticos organizados (grupos de interesse) é fundamental entender o conflito existente entre os grupos e o processo de construção de consenso. Caso todos os interesses estejam apontados para a mesma direção, as chances do ambiente para mudanças ser favorável aumenta, pois decisões são tomadas mais facilmente quando forças políticas dos grupos de pressão convergem para o mesmo objetivo. Já em caso de dissenso, o custo político de tender para um lado ou outro aumenta, e os decisores procuram manter um balanço entre aqueles contrários e os favoráveis a uma determinada proposta.

- **O Papel dos Atores no Processo de Agenda Setting**

Segundo Capella (2007), a ênfase nos atores do processo é outra característica do modelo desenvolvido por Kingdon. Tais atores são mais ou menos atuantes dependendo do fluxo no qual está se tratando. Kingdon (1995) identifica dois grupos de atores no processo: os “visíveis”, também chamados de “governamentais”, que estão diretamente ligados ao governo, como é o caso, do político eleito e seus indicados, os burocratas e o Legislativo; logo, possuem autoridade formal garantida por estatutos internos e pela constituição. E o segundo grupo, os “invisíveis”, ou “não-governamentais”, formado por aqueles que transitam ao redor do governo, mas que exercem algum tipo de influência na atuação governamental, como os grupos de interesse, os acadêmicos e pesquisadores, os consultores e a mídia.

Kingdon (1995) afirma que nenhum dos grupos é dominante no processo, que cada um tem seu papel no processo de construção da agenda política. Por exemplo, os políticos – seja o

eleito, ou dirigentes em cargos políticos – são centrais para a formação da agenda, mas tem menor controle sobre as alternativas e sobre o processo de implementação. Já os Burocratas, apesar de não definirem a *agenda setting*, possuem impacto fundamental na definição de alternativas e exercem forte influência na etapa de implementação. Da mesma forma, grupos de interesse, acadêmicos, pesquisadores e consultores têm sua maior sua importância na formulação de alternativas, do que necessariamente na construção da agenda. A influência da mídia de massa se constituiu em uma surpresa para Kingdon: são mais responsáveis por reportar eventos importantes do que propriamente influenciar agendas governamentais.

O Quadro 2, na seqüência, sintetiza os níveis de influência desses Atores nos processos de Proposição de Alternativas e na Produção da Agenda *Setting*.

Quadro 2. Influência dos Atores em cada Fluxo.

		Alternativas e Soluções	Agenda Setting	
			Problema	Política
Atores Visíveis	Político Eleito	BAIXO	ALTO	ALTO
	Congresso/ Legislativo	ALTO	ALTO	ALTO
	Burocratas	ALTO	BAIXO	BAIXO
Atores Invisíveis	Grupos de Interesse	ALTO	BAIXO	BAIXO
	Especialistas, Consultores e Pesquisadores	ALTO	BAIXO	BAIXO
	Mídia	BAIXO	BAIXO	BAIXO

Fonte: Perdicaris (2009).

- **As “Janelas de Oportunidade”: a construção da agenda**

Segundo Capella (2007) e Pinto (2008), os empreendedores de políticas são persistentes e procuram pelas janelas de oportunidade para ação, para introduzir sua solução ou para chamar a atenção para um determinado problema. Essas janelas aparecem majoritariamente quando há mudanças nos fluxos de problemas – alguma alteração no *status quo*, que pode ser um acidente ou a divulgação de um indicador negativo – ou no fluxo político, em eventos como as eleições, que propiciam a mudança de atores-chave no processo.

As janelas de oportunidade são formadas em momentos críticos, quando há convergência dos três fluxos explicitados anteriormente – problema, política e solução – e ficam abertas por curtos espaços de tempo. O fator mais óbvio e freqüente para abertura dessas oportunidades para ação diz respeito às mudanças nos atores políticos, que pode surgir

a cada processo eleitoral, mas é certo que depende do interesse dos novos atores para a solução apresentada. Segundo Kingdon, o fluxo de soluções, apesar de não influenciar a agenda governamental, é determinante para se apresentarem alternativas já debatidas na agenda decisional.

O fato de estas janelas abrirem ocasionalmente e por um curto espaço de tempo, “*cria um poderoso imã para problemas e propostas [...] [que] são imediatamente trazidos a tona.*” (Kingdon *apud* Perdicaris, 2009, p. 50). É o momento onde aqueles que esperam que seus problemas sejam endereçados e que suas soluções sejam adotadas se mobilizam, causando um excesso de problemas e propostas. Neste momento, a disponibilidade de recursos faz diferença, já que aqueles que estão dispostos a investir recursos suficientes podem ser capazes de introduzir suas questões.

2.2. MODELO TEÓRICO PARA ANÁLISE DA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM ARACAJU – SE

O registro da contribuição dos diversos autores incluídos na revisão bibliográfica, especialmente do Ciclo da Política, foi o ponto de partida para a sistematização do modelo teórico para a análise do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju, objeto da presente investigação. Baseamo-nos fundamentalmente no modelo teórico proposto por Kingdon, adaptado por Teixeira (2010), tratando de especificar a que se refere cada uma dessas categorias de análise tomando como objeto a Política municipal de Saúde Mental. (Figura 1).

O foco inicial do estudo é a caracterização do **Contexto político e institucional**, tratando de distinguir a correlação de forças políticas que conformam o cenário no qual se dá visibilidade à problemática da saúde mental no âmbito municipal. Desse modo, buscamos identificar as características da instituição gestora da política de Saúde no município, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde, sem perder de vista a dinâmica das relações estabelecidas entre a SMS e sua contraparte ao nível nacional e estadual, ou seja, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde. Nessa perspectiva, tratamos de investigar os aspectos históricos, técnicos e políticos relacionados ao tema no período estudado, mapeando períodos de crise, expressos nos indicadores relativos à problemática da saúde mental na população do município ou por registros dos movimentos sociais e das ações governamentais nesta área.

Posto isso, tratamos de destacar os **Atores envolvidos neste processo**, a fim de delinear o papel desempenhado por cada um na determinação da *agenda setting*; e no processo de **Formulação** da PSM propriamente dito, incluindo aspectos referentes aos Problemas, às Alternativas e à Política de Saúde Mental efetivamente formulada. No que diz respeito aos **Atores** envolvidos no processo de formulação da política, buscamos identificar Atores Governamentais (ou “visíveis”) e Não Governamentais (“invisíveis”), em função do lugar que ocupam na relação Estado-sociedade, levando em conta sua inserção (ou não) nas instituições estatais ao nível municipal nas quais se desenvolveu o processo de formulação da Política de Saúde Mental local.

Em outras palavras, procuramos identificar quem participou do processo e, além disso, tratamos de verificar a posição de cada ator envolvido, ou seja, o apoio, incentivo ou recusa e impedimento com relação à formulação e implementação da política conduzida pela SMS. Cabe ressaltar que investigamos mais detidamente os atores diretamente ligados ao governo (como é o caso do político eleito e seus indicados) bem como os que compõem os grupos de interesse, acadêmicos e pesquisadores, consultores contratados, bem como a posição da mídia. Buscamos, inclusive, analisar o grau de influência dos atores em cada fluxo do processo de formulação da política destacando a presença da comunidade técnico-científica no processo, sugerindo e/ou experimentando alternativas ao enfrentamento da problemática de saúde mental.

Assim, assumimos que os Atores envolvidos em um processo de formulação de políticas se enfrentam com **Problemas** e elaboram **Alternativas** de solução, que podem ser identificados, descritos e analisados ao longo do processo de negociação e formulação propriamente dita de planos, programas e projetos de ação. A ênfase foi dada à identificação dos problemas de SM da população de Aracaju, entendidos em uma dupla dimensão, de um lado o conjunto dos problemas identificados no perfil clínico-epidemiológico da população e, de outro, os problemas decorrentes da insuficiência, inadequação ou má qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços dessa área.

Com relação às Alternativas propostas pelos múltiplos Atores para a diversidade de enfrentamentos destes problemas, por sua vez, tratamos de distinguir as propostas relativas ao lidar com os determinantes dos problemas de SM e/ou as propostas relativas ao enfrentamento

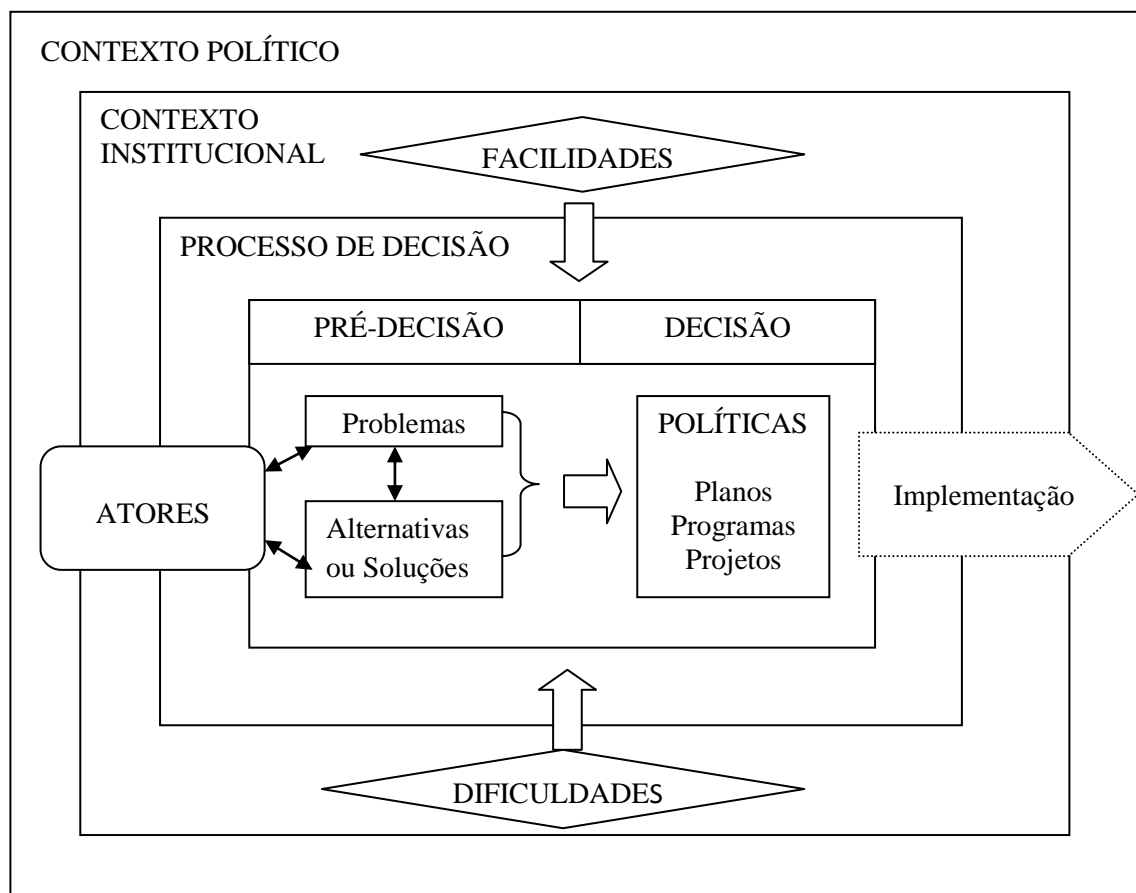
dos agravos e danos à SM no âmbito dos serviços implantados.

Com relação ao **Processo** de formulação da política propriamente dito, procuramos distinguir o momento da “**pré-decisão**”, relativo ao debate acerca da política municipal de saúde mental, do momento da “**decisão**”, no qual se configurou a formalização da política em planos e programas governamentais.

Conforme o referencial adotado, a passagem de um momento a outro, marca a abertura de uma “**janela de oportunidade**”, quando os elementos favoráveis à incorporação deste problema na Agenda Política se acumulam e produzem a tomada de decisão. Nesse sentido, na análise do **processo** de formulação da PMSM de Aracaju tentamos identificar momentos em que a SM aparece como prioridade na agenda governamental e se constitui como política pública municipal, detalhando as atividades realizadas, os resultados alcançados e as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do processo.

Posto isso, retomamos a análise do **Contexto**, buscando destacar, as **Facilidades** e **Dificuldades** identificadas pelos diversos Atores para o desenvolvimento do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju, em cada uma de suas fases ou momentos, na pré-decisão e na decisão propriamente dita.

Figura 1 – Modelo Teórico para análise do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju/SE.



Fonte: Adaptado de Teixeira (2010)

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho de Estudo

A estratégia metodológica utilizada foi o **estudo de caso** (Gil, 2002) modalidade recomendada por delinear de modo adequado a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos. Tratou-se, portanto, de um estudo de caso único, do tipo exploratório, com o intuito de viabilizar a caracterização do objeto de estudo qual seja, o processo de formulação da PSM em Aracaju no período de 2001 a 2004.

A escolha do período levou em conta aspectos de diversas ordens, ora pela conjuntura local como pela nacional. Entre eles, destaca-se: o fato de que em 2000 foi implantado o primeiro CAPS no município de Aracaju, em 2001 foi promulgada a Lei Federal Paulo Delgado¹⁰ e em 2002 a Portaria Ministerial que define e regulamenta os CAPS e seus tipos. Nesse mesmo ano, Aracaju foi habilitada à gestão plena do sistema de saúde¹¹. Além disso, nas eleições de 2000, o Partido dos Trabalhadores (PT) ocupou pela primeira vez a Prefeitura Municipal e o secretário de saúde Rogério Carvalho permaneceu nesse cargo de 2001 a início de 2006, sendo nesse período que foi desencadeado um processo de mudança na organização da rede de assistência em saúde mental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, 2002). Esse dado é enfatizado em Relatório de Gestão da SMS Aracaju, “*o ano de 2002 foi um divisor de águas da assistência à saúde mental no município de Aracaju*” (*idem*).

A escolha pelo município de Aracaju ocorreu ainda em função da implicação direta da pesquisadora com esse território. A mesma desenvolveu diversos estudos na área¹², é trabalhadora concursada do SUS Aracaju, atuou em um CAPS III como psicóloga e compõe o coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial da SMS Aracaju desde final de 2006 até a presente data.

¹⁰ Então Deputado Federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Trata-se da então Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2004).

¹¹ Segundo a Norma Operacional Básica 001/96, posteriormente reformulada com a NOAS, há uma redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS através de conceder a plena responsabilidade ao poder público municipal pelas ações de saúde. (NOB-SUS 96, 1997).

¹² Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e de Especialização, disponível em Barbosa (2003; 2006).

Além disso, destaque-se ainda que a cidade é atualmente referência nacional pela sua cobertura assistencial da rede substitutiva em saúde mental, inclusive em diversidade de oferta nos diversos níveis de atenção (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, 2010).

3.2. Procedimentos e Técnicas de Produção de dados

Para conseguir atingir os objetivos previstos no estudo, obtendo informações abrangentes sobre seu objeto, foram utilizadas como fontes de evidências, técnicas como a análise documental e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves.

3.2.1. Análise Documental

A análise documental levou em conta a delimitação temporal do estudo (2001-2004), tendo sido analisados documentos municipais específicos que tratam da problemática de saúde mental, dentre os quais: o Plano Municipal de Saúde; Relatórios anuais da Gestão da SMS Aracaju, referentes ao período do estudo; Projeto Saúde Todo Dia; Proposta de Implantação do Modelo de Assistência à Saúde Mental na cidade de Aracaju/SE; Planejamento de Gestão em Saúde Mental (2003); Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde. (ANEXO A). Consta no anexo ainda a relação de código estabelecido para cada documento analisado (Doc1, Doc2, Doc3, e assim por diante).

O exame dos documentos selecionados e disponíveis permitiu a busca de evidências que pudessem retratar as características do contexto, dos atores envolvidos e do processo de formulação propriamente dito da política de saúde mental na cidade de Aracaju, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente os documentos foram lidos, sendo selecionados os que pudessem contribuir com o objeto da pesquisa. Nesse sentido, houve destaque para os documentos de cunho local, que foram separados conforme natureza do texto em dois grupos: normativos e técnicos; e novamente analisados de modo a extrair elementos para compor o desenho do processo da formulação da Política Municipal de Saúde Mental.

3.2.2. Entrevistas

Para caracterizar e analisar o processo de formulação da política municipal de saúde mental em Aracaju foram realizadas paralelamente à revisão documental, 07 (sete) entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves compreendidos entre “atores visíveis” e “invisíveis” dessa trajetória: coordenadora municipal de saúde mental da época, usuário do SUS Aracaju e de serviço de saúde mental, profissional de saúde que trabalhava no Programa de Saúde da Família à referida época, profissional de saúde que atuava na assistência em um CAPS conveniado com uma Organização Não Governamental (ONG) à época, representante de instituição acadêmica. Tal relação encontra-se detalhada no ANEXO B. Cabe ressaltar que haveria mais um entrevistado, o secretário de saúde da época, mas não foi possível por incompatibilidade de agendas e dezenas de desmarcações/remarcações por parte de sua assessoria, sem êxito, até a última semana da escrita dessa Dissertação.

Após identificação preliminar dos informantes-chaves (arrolando-se preliminarmente uma amostra que se compusesse de atores governamentais e atores não-governamentais¹³) seguiu-se a busca de contatos com essas pessoas a fim de entrevistá-las no período apurado para a realização da pesquisa. Considerando que a autora da pesquisa tem a implicação com o campo do estudo, procurou-se uma aproximação com os informantes-chaves diretamente a fim de agendar os encontros, seja por contato telefônico pessoal ou por relação institucional (assessoria técnica, secretário etc.). A proposta era abranger um número significativo de informantes-chaves devido à pequena quantidade de informação sobre o tema. Nesse sentido, tivemos uma condição avaliada como exitosa (apesar de sentir a falta dos registros da fala direta do secretário de saúde) sem perder de vista que a preocupação não recaía sobre a representatividade numérica dos informantes, mas, o resgate de um processo que contou com a memória dos participantes e de sua atuação de lugar estratégico à época do recorte do estudo (2001-2004).

Para a realização das entrevistas foram elaborados dois roteiros com perguntas orientadoras, sendo um deles para os Atores Governamentais e o outro para os Atores Não-

¹³ Justificamos que houve dificuldade de identificação e possibilidades de encontro com maior número de informantes-chaves que fossem Atores Não-Governamentais, que pudessem contribuir para a etapa de coleta de dados, na realização de entrevistas. Para minimizar essa problemática da amostra, buscamos variar entre os subtipos de Atores Governamentais (dirigentes, área técnica, profissionais de saúde de outras áreas). Assim, acreditamos que a composição da amostra se faz válida por garantir representatividade de olhares e épocas.

Governamentais (respectivamente, ANEXO C.1 e C.2) que se referiam aos dados de identificação de cada sujeito, destacando sua formação profissional, cargo ou função que ocupou no período e que ocupa atualmente, bem como questões referentes ao processo de formulação da PMSM, enfatizando os atores e os processos envolvidos. Nesse sentido, questionava-se sua participação no processo além de investigar a percepção acerca da participação dos outros atores, inclusive solicitando-se que indicasse os principais participantes desse percurso histórico. Por fim, perguntava-se sobre o processo, os fatos, marcos, fatores facilitadores e dificultadores para a formulação da referida Política. No caso do roteiro para os Atores Governamentais, enfatizaram-se detalhes sobre o desenvolvimento do processo no âmbito institucional, ou seja, o “clima” existente, as propostas formuladas, condições para aprovação ou não, as atividades realizadas, resultados alcançados, etc..

No momento da entrevista foi entregue antecipadamente aos informantes-chaves, um resumo do projeto para que os mesmos tomassem conhecimento da proposta do estudo. As entrevistas foram realizadas pela própria autora e gravadas, em gravador digital, com o consentimento livre esclarecido dos entrevistados (ANEXO D), e transcritas, para posterior análise. O tempo médio de gravação de cada entrevista foi de quarenta minutos. Durante as entrevistas, o roteiro utilizado serviu como ponto de partida para o desencadeamento de uma entrevista semi-estruturada com cada informante, após explicação do tema, objetivos da pesquisa e a garantia da confidencialidade das informações prestadas.

3.3. Plano de Análise

A categoria analítica central foi o processo de formulação da política municipal de saúde mental de Aracaju, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS); As categorias analíticas definidas para a análise desse processo, conforme o modelo teórico apresentado anteriormente foram as seguintes:

- Contexto Político-Institucional: a) características do contexto político municipal; b) características do contexto político-institucional (SMS); c) relações entre o contexto municipal e o contexto político em saúde no âmbito estadual e nacional.
- Atores: a) características dos atores governamentais e não governamentais; b) o Papel de cada Ator no processo; c) relações entre Atores.

- Processo de formulação propriamente dito: a) problemas identificados pelos atores envolvidos; b) propostas formuladas pelos atores para o enfrentamento dos problemas; c) políticas efetivamente adotadas; d) facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de formulação.

A técnica de análise escolhida para trabalhar os dados obtidos no estudo foi à análise temática, que, segundo Bardin (2002), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Inicialmente foi realizada uma pré-análise, mediante uma exaustiva leitura das entrevistas realizadas, com o objetivo de tomar contato com o conteúdo, tendo em vista o objeto e objetivos do estudo. Além disso, foi estabelecido um sistema de códigos para cada entrevistado (E1, E2, E3, e assim por diante – encontram-se disponibilizadas no Anexo B – Relação dos Informantes-Chaves). Em seguida, foi feita uma exploração do material que, por sua vez, consistiu na operação de codificação cujo objetivo foi alcançar o núcleo da compreensão do texto. Foi realizado, então, o recorte dos textos em unidades de registro, com a opção pela utilização de temas eixo, em redor dos quais o discurso se organizou. Posteriormente, foi efetuada a classificação e a agregação dos dados, com a seleção de categorias que orientaram as especificidades dos temas. Para tanto, utilizou-se uma matriz de análise dos dados (ANEXO E) e, por fim, foi realizada a interpretação dos resultados obtidos.

A partir das entrevistas foi feito ainda o mapeamento e caracterização dos atores sociais envolvidos com o processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju, buscando identificar o papel que cada um assumiu no processo e como pôde influenciar na determinação da agenda governamental, que resultaria nas propostas e construção de ações e/ou serviços de saúde mental para o município. A fim de sistematizar as informações fornecidas pelos entrevistados e complementar a caracterização do *Contexto*, como também identificar o *Processo* de formulação da referida política pela Secretaria Municipal de Aracaju, no período de 2001-2004, foi utilizada a matriz específica referida anteriormente apresentada, respectivamente nos Anexos E1 e E2.

3.4. Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução no 196/9617. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética sob número de protocolo 0041.0.069.000-11. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foi explicitado o objetivo principal da pesquisa, do conteúdo de suas questões e a finalidade do estudo a ser desenvolvido. Ao aceitarem fazer parte da pesquisa, foi garantido alguns dos seus direitos: confidencialidade das informações e sigilo nominal.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) elucidou o conteúdo da pesquisa e seus benefícios, possibilitando a participação de forma voluntária e garantindo a proteção contra riscos, danos e desconfortos. Este formulário foi aplicado a todos os entrevistados. Além disso, para cada entrevistado foi entregue um resumo do Projeto para apreciação e ciência acerca das questões específicas do estudo. A pesquisa foi submetida e aprovada, sem restrições, pelo Comitê de Ética Institucional do Instituto de Saúde Coletiva, seguindo os trâmites burocráticos indicados através da inscrição do Projeto ao SISNEP (Sistema Nacional de Ética e Pesquisa).

Em se tratando de um Mestrado Profissional, com convênio firmado entre o ISC/UFBA e a SMS Aracaju, reforçou-se ainda o compromisso de apresentar a pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, bem como a quaisquer dos participantes envolvidos nas entrevistas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo tem por finalidade apresentar e analisar os resultados provenientes do processo de coleta dos dados nos documentos selecionados e nas entrevistas realizadas com os informantes-chaves, organizados segundo as categorias de análise construídas a partir do modelo teórico adotado. Inicialmente, portanto, trata-se de caracterizar o contexto político institucional, em seguida os atores e, finalmente e com mais ênfase, o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental de Aracaju no período estudado, incluindo-se com a sistematização das facilidades e dificuldades enfrentadas neste processo, segundo a percepção dos entrevistados.

4.1. CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL EM ARACAJU

O contexto político-institucional no qual foi desenvolvida a política municipal de saúde mental insere-se no cenário mais amplo em que se encontrava o município de Aracaju no período de 2001–2004. Desse modo, é importante apresentar inicialmente algumas informações sobre a cidade, em seguida caracterizamos o contexto político no período de 2000, para em seguida caracterizar o contexto político-institucional da Secretaria Municipal de Saúde nessa época.

4.1.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU

O município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, localiza-se no litoral, sendo cortada pelos rios Sergipe e Poxim. De acordo com o IBGE (2011), a cidade ocupa uma área de 181,8 Km², contigua a outros municípios que constituem a chamada Grande Aracaju: Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros e São Cristóvão. A cidade conta atualmente com uma população de mais de 570.000 habitantes, sendo que, em 1960 possuía pouco mais de 100 mil habitantes e, em 2000, período em que situamos nosso estudo, 461.534 habitantes.

Perfil sócio-econômico

Aracaju é considerada a capital com menor desigualdade social do Nordeste Brasileiro (IBGE, 2011). De acordo com informações disponíveis no livro “Saúde Todo Dia”

(SANTOS, 2006), a economia da cidade de Aracaju está concentrada na área de serviços, com poucas indústrias. A Petrobrás tem participação bastante considerável na economia local, uma vez que no estado de Sergipe, suas operações estão sediadas e coordenadas a partir de Aracaju.

Educação, Emprego e Renda

De acordo com o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), Aracaju aparece como a 4ª capital do país melhor colocada no quesito Emprego e Renda. Nessa categoria, a capital sergipana obteve o índice de 0,8957, em uma escala que varia de 0 a 1, e se manteve acima da média nacional (0,7286) e à frente de grandes capitais brasileiras, como Rio de Janeiro (0,8805), São Paulo (0,8799) e Porto Alegre (0,8028). Aracaju figura ainda na 17ª posição, no quadro geral dos mais de cinco mil municípios brasileiros com os melhores índices de emprego e renda. (JORNAL DA CIDADE, 2011).

No item educação, o comparativo entre os períodos mostra um crescimento de 15,5%. Em 2000, o índice da capital era de 0,5823. Atualmente é de 0,6726. No quesito Emprego e Renda, entre os anos de 2000 e 2009, Aracaju alcançou um percentual de crescimento da oferta de empregos de 50%, correspondendo à 6ª capital do país com a maior evolução na categoria durante esse intervalo de tempo.

4.1.2 CONTEXTO POLÍTICO MUNICIPAL EM 2000

O contexto político municipal se caracterizava por eleições ocorridas em 2000, que consolidaram mudanças radicais na gestão da Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA), assumida, pela primeira vez, por um político vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT). Alguns documentos e entrevistas, realizadas apontam, inclusive, o compromisso assumido pelo governo, especificamente o prefeito eleito, em efetivar uma rede assistencial diferenciada na área de Saúde Mental:

Governo democrático em Aracaju afirmado nas eleições de 2000 significou uma política de saúde coerente com uma sociedade mais solidária, equitativa e incluyente, com exercício do controle social. Influência das leituras e movimento da reforma antimanicomial e da Reforma Sanitária, entre outros. (Doc6)

Déda [eleito prefeito da PMA em 2000] participou de perto das questões da SM. Antes de conquistar a PMA ele como político, petista, acompanhava com a gente as vistorias nos hospitais. Ele viveu com a gente, pensou e construiu junto, muito junto. E ele dizia sempre: ‘no dia que eu for prefeito e governador a gente vai fazer os serviços alternativos, viu? Naquela época não era nem serviço substitutivo. Quando ele chegou na PMA a população estava muito aberta à mudança do governo, que foi muito desejado. Então facilitou qualquer processo (E2)

Destacou-se, portanto, o fato de o referido ator estar implicado com o movimento da Reforma Sanitária e da Saúde Mental desde a formulação do seu Plano de Governo, mas também desde antes, quando ainda ocupava outros cargos públicos. Outros entrevistados complementam essa informação de que um momento eleitoral foi potencialmente um marco para abertura de Janelas de Oportunidades com relação à Política de Saúde Mental:

(...) o próprio prefeito Marcelo Déda bancou aquela Conferência [de Saúde], foi na abertura, citou SM em seu discurso e retomou discurso de campanha, que falava textualmente ‘quando eu chegar na Prefeitura pode contar que aqui vai ter rede de SM’. Eu pensava, ‘isso é parte da campanha...’. Então ele incluiu SM desde a elaboração do Plano de Governo para as eleições que ocorreram em 2000, porque alguém provocou e ele afirmou ‘pode contar que se eu for prefeito, nessa cidade vai ter uma rede de SM’. Ele prometeu e cumpriu. (E3)

Esse fato é coerente com a compreensão proposta por Kingdon com relação aos fatores que contribuem para a incorporação de um determinado tema na agenda, como se depreende da afirmação: “*O reconhecimento de problemas é um passo crítico para o estabelecimento das agendas. (...). O reconhecimento e a definição dos problemas afetam significativamente os resultados*” (KINGDON, 1995, p. 228). Diante do exposto, pode-se apreender pela fala dos entrevistados que se iniciou o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental, apontado pelo contexto político favorável que permitiu incluir o campo da saúde mental como prioridade na agenda governamental.

4.1.3. CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL (SMS) EM 2000

Refletindo sobre o processo histórico do contexto político-institucional da SMS Aracaju, Santos (2006) revela que o grupo que comandou a SMS Aracaju na segunda metade da década de 1990 dialogava com a visão de saúde pública do modelo técnico-assistencial

“Cidade Saudável”¹⁴. Seriam pessoas que vinham de experiências liberal-privatistas e foram buscar no Modelo Cidade Saudável a reflexão que promoveu o esboço da política de saúde presente no município até o final de 2000.

O autor reforça que não havia experimentação nem vivência dos atores na construção do Sistema Único de Saúde; que a visão hegemônica dos políticos vinha do senso comum e que a saúde era utilizada como moeda de troca de favores, conforme observamos: *“É uma deformação da utilização da saúde, não como uma área de política pública para garantir o direito do cidadão, mas como uma área que produz algum tipo de serviço; que produz algum benefício para quem usa individualmente, e a troca disso é o que interessa”* (SANTOS, 2006, p. 54).

Com as mudanças na gestão da PMA, transformações radicais também aconteceram na Secretaria Municipal de Saúde (SANTOS, 2006). O Secretário indicado para assumir essa pasta, Rogério Carvalho Santos, de formação médica, sergipano, esteve afastado por anos da cidade, investindo em formação, que incluiu mestrado e doutorado na Universidade Estadual de Campinas, no Programa de Pós-Graduação liderado, na época, por Gastão Wagner de Souza Campos e Emerson Merhy.

Tinha-se, com isso, um gestor com um perfil de militância política em Saúde Coletiva, que adotou explicitamente os princípios e diretrizes do SUS, tratando de operacionalizá-los segundo concepções e estratégias selecionadas dentre as que estão sendo debatidas no contexto nacional. A adoção do princípio da Universalidade do acesso a serviços de saúde, desse modo, contemplou a proposta de implantação do Acolhimento¹⁵ nas unidades de saúde, assim como a adoção do princípio da Equidade contemplou a incorporação da estratificação de riscos e regulação de casos¹⁶. A busca de Integralidade da atenção, por sua vez,

¹⁴ O “modelo” conhecido como Cidade Saudável fundamenta-se nas propostas do movimento internacional em torno da Promoção da Saúde, que vem influenciando a formulação de políticas e adoção de estratégias de ação intersetorial voltadas à intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, especialmente o meio ambiente e os “estilos de vida”. (TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

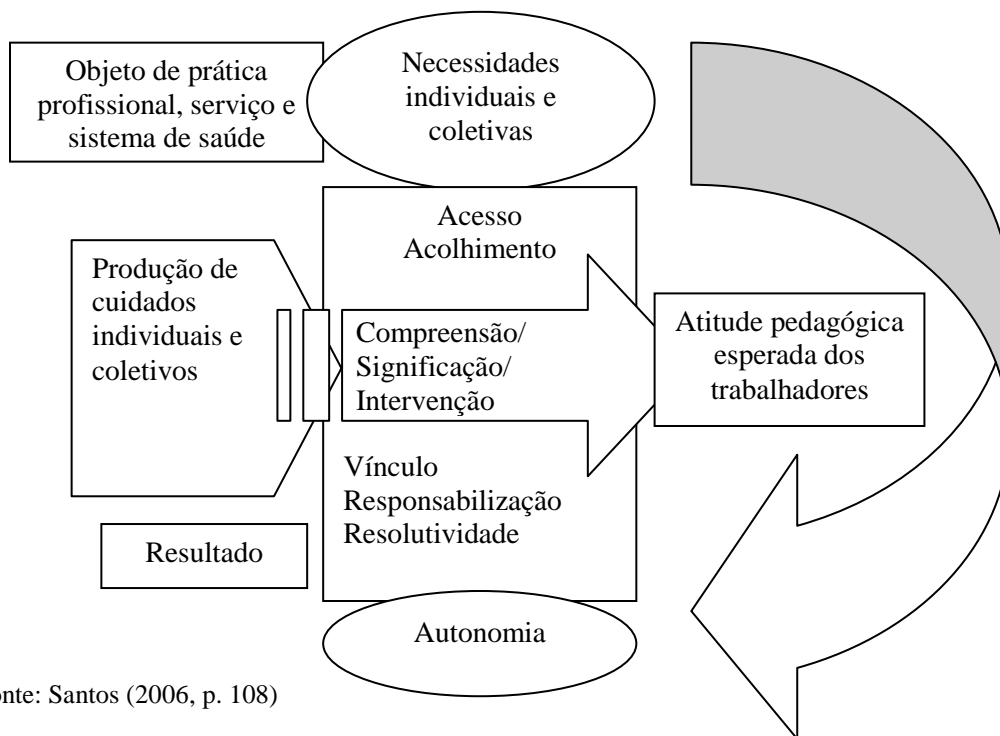
¹⁵ A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b), define “Acolhimento” como **postura e prática** nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde. Aposta na capacidade de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.

¹⁶ “Estratificação de Risco e regulação de casos”, segundo a PNH (BRASIL, 2010b), pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

contemplou a incorporação da proposta de organização de redes de serviços e definição de linhas de cuidado.

Estas concepções e estratégias foram sistematizadas em um Projeto de Saúde para o município, que ficou conhecido como “Projeto Saúde Todo Dia” (PSTD), posteriormente publicado¹⁷. A partir daí, textos publicados pela SMS e pelo próprio Secretário apresentaram as premissas básicas para a mudança na organização e gestão do sistema e dos serviços de saúde, propondo-se a “conformação de um modelo tecnoassistencial” capaz de dar conta do atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos (Santos, 2006), a exemplo da Figura 02 abaixo.

Figura 02 – Esquema teórico para orientar ações políticas para a conformação do modelo tecnoassistencial do SUS Aracaju.



Fonte: Santos (2006, p. 108)

Logo no início da gestão, em 2001, foi realizado um diagnóstico da capacidade instalada na rede básica e das condições de infra-estrutura existente. O resultado desse estudo anunciou que “a insuficiência de oferta do município como um todo era de aproximadamente 50%” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, s/d, p. 6). Além disso, se constatava “as precárias condições de redes de atenção até então existentes; cultura da esfera estadual na prestação de serviços, com quase metade dos serviços no território da

¹⁷ SANTOS, Rogério Carvalho. *Saúde Todo Dia – uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

capital; pequena oferta de leitos públicos; mau dimensionamento da oferta de média e alta complexidade; e precariedade de ferramentas e mecanismos de regulação” (idem, s/d, p. 08).

Nesse contexto, desencadeou-se o pleito para habilitar o município em gestão plena do sistema de saúde, feito denominado de “ousadia” nos documentos da SMS, apesar dos dirigentes deixarem claro que àquela época esse pleito tinha consonância com a diretriz constitucional de descentralização da gestão do SUS, operacionalizada através das Normas editadas pelo Ministério da Saúde.

Os documentos elaborados nesse momento enfatizam a “*Aposta na Gestão Colegiada (CMS, CLS e Colegiado de Gestão), Controle Social, Fundo Mun. Saúde (...)*.” (Doc2) e chamam a atenção de que o desafio que estava posto para a SMS Aracaju era implementar e efetivar o “Projeto Saúde Todo Dia”, utilizando os equipamentos assistenciais de modo que funcionassem em rede¹⁸. Considerava-se, portanto, necessário:

Articular e integrar os serviços em **rede** (...). Desencadear processo de reestruturação organizacional da SMS = foco central: humanização do atendimento (acolhimento nas UBS, a fim de produzir resolutividade – evitar filas, diminuir demanda para urg/emerg. (...). (Doc2)

Nessa perspectiva, a cidade foi dividida em 08 (oito) Regiões de Saúde (RS)¹⁹, seguindo o princípio da territorialização, de modo a garantir cobertura assistencial a toda população, inclusive atendendo pessoas advindas de municípios e/ou estados circunvizinhos. Os serviços de saúde foram organizados em Redes Assistenciais sendo criadas as seguintes Redes: Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e a **Rede de Atenção Psicossocial**. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, s/d).

¹⁸ Segundo a PNH, uma rede é entendida como uma trama. Neste caso, redes assistenciais e seus respectivos equipamentos de saúde que devem manter-se interligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes. (BRASIL, 2010a)

¹⁹ As regiões de saúde demonstram características diferentes no que tange à população; densidade demográfica; concentração de equipamentos e estabelecimentos do setor de produção de serviços da área da saúde; condições de infra- estrutura, que vão desde a área física da sede da RS, passando pela composição tecnológica da própria Região.

4.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL EM 2000

Os documentos analisados e as entrevistas realizadas apontam que o estado de Sergipe apresenta um histórico com diversas lacunas de gestão e de oferta de serviços na área de Saúde mental até o ano 2000. De fato, registra-se que o estado contava com 04 (quatro) hospitais psiquiátricos até os anos 90, sendo que 03 deles se situavam na capital, e o outro na Grande Aracaju²⁰.

As transformações no campo da saúde mental começaram a acontecer com o fechamento dos dois hospitais psiquiátricos públicos. O primeiro deles, conhecido como Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, foi fechado em 1997, enquanto que o Centro Psiquiátrico “Dr. Garcia Moreno” foi sendo fechado paulatinamente, com redução gradativa de leitos e transformado em hospital-moradia *a posteriori*; somente em 2006 foi totalmente fechado.

A primeira problemática instalada foi no tocante ao fechamento do primeiro Hospital Psiquiátrico (HP), o Aduino Botelho, uma vez que implicava a responsabilidade sanitária, já que o município não se organizou para oferecer outros serviços à população. Essa atitude do poder público foi considerada, em alguns momentos, uma “Reforma Psiquiátrica às avessas” e, como sinalizam alguns entrevistados, isso parece ter sido conduzido por atravessamentos de natureza político-partidária, dentro da “lógica da troca de favores”, uma vez que esse fechamento beneficiaria os donos das clínicas psiquiátricas privadas, conforme sinalizado por Santos (2006).

Outra particularidade ocorreu em relação ao fechamento do Hospital Aduino Botelho: apesar de o HP ter sido fechado em 1997, permaneceu em funcionamento e no mesmo espaço físico, o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP). Ou seja, as medidas eram tomadas, mas o que fica exposto pelas pesquisas documental e pelas entrevistas é que houve pouco compromisso com o movimento de luta antimanicomial, com os princípios da Reforma Psiquiátrica e, por outro lado, mantinha o favorecimento aos interesses privados,

²⁰ São eles: 1) o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, público, aberto na década de 1950; 2) o Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno, público, situado na Grande Aracaju, inaugurado em 1979; 3) a Casa de Repouso São Marcello, privado, em funcionamento desde 1979; e 4) Casa de Saúde Santa Maria, privada, em funcionamento desde 1962.

especificamente aos donos das clínicas psiquiátricas privadas. Tal situação fica evidenciada no trecho de entrevista abaixo:

O modo como o movimento entrou aqui foi meio desastroso, porque se aproveitou de um momento político, de certo apoio do governo que bancou fechar o Adatao Botelho, mas que por outro lado avalia-se que esse movimento de fechar parece ter favorecido um certo grupo, então favoreceu o crescimento das clínicas psiquiátricas privadas. Então ao invés de rever e questionar a estrutura do próprio Adatao, houve uma postura radical de fechamento. O movimento tinha um interesse, que era de fechamento, mas o governo tinha um outro interesse com o fechamento; e nessa história casava a questão do fechamento mas não atendia às necessidades do próprio movimento, porque favorecia o crescimento das clínicas [privadas] e o pedido dos donos das clínicas. (E4)

A assistência à saúde mental no município de Aracaju, portanto, apresentou durante décadas a predominância do modelo hospitalar, sendo que até o ano 2000 a oferta do SUS Aracaju em saúde mental era de tratamento exclusivo em regime fechado, asilar. Além disso, nos documentos há elementos que apontam para outra problemática, qual seja, a oferta predominante de serviços era restrita às clínicas privadas: “398 leitos, sendo que 100% contratado” (Doc1), que perfazia a maioria da oferta de leitos psiquiátricos no SUS.

Desse modo, o poder público fez a escolha de manter ativos os dois HPs privados, com praticamente 100% dos seus leitos conveniados ao SUS Aracaju, e fechar os serviços públicos. Importante ressaltar que a ocupação desses leitos se dá para pessoas com necessidades de saúde que moram em Aracaju, mas sobretudo de todos os municípios do estado de Sergipe e de outros estados vizinhos, como Bahia e Alagoas, uma vez que todos os serviços dessa natureza se localizam na capital (ARRUDA, 2002).

Assim, a situação da assistência em saúde mental em 2001 era bastante precária, evidenciando-se a lacuna existente em termos de políticas públicas em saúde mental por décadas. Trechos de falas de entrevistados confirmam:

(...) Porque se você pensar bem, a SM ficou 15 anos à deriva, não se colocou nenhuma energia e nada de bom nem de proposta. (E5)

(...) antes de 2000, 2001, Aracaju não tinha nada. Nada. Tinham 2 psiquiatras na cidade, mas um deles não trabalhava com psiquiatria e o outro fazia atividades de perícia médica. Fora isso, só as clínicas mesmo. (E1)

Mantemos o posicionamento referindo-nos às dificuldades no processo de formulação da política porque o fato é que os dois hospitais psiquiátricos públicos existentes foram fechados e, por outro lado, mantidos os dois privados. Tais decisões, contraditoriamente, não pareciam estar correlacionadas ao movimento nacional de luta antimanicomial, aspecto tratado e corroborado nas entrevistas desse estudo. Esse percurso histórico local muito mais se identifica com um período em que os donos de hospitais privados se beneficiavam com a chamada “indústria da loucura”; isto quer dizer, a assistência à doença mental era considerada como um bom negócio, com muito lucro e pouco custo. (AMARANTE, 1995).

Do material explorado, o ensaio pontual de preocupações com a saúde mental enquanto política pública antes de 2001 foi de uma Secretária de Saúde em específico, no ano 2000. Parecia, entretanto, haver pequena interlocução com o que estava acontecendo em outros âmbitos do SUS.

Ela ainda não entendia nem sabia de nada de saúde mental... mas com as questões do Ministério ela começou a cogitar a possibilidade de montar um CAPS, na verdade a gente nem sabia se era CAPS, mas a gente já pensava que tinha que ser um serviço ‘porta aberta’. Então a gente se organizou e montou projeto para concorrer no ReforSUS, era um estímulo do governo. (E5)

Importante lembrar que, nesse período a presidência da República foi exercida por Fernando Henrique Cardoso, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), de 1995 a 2003, ou seja, por dois mandatos consecutivos. O Ministro da Saúde que mais acompanhou essa trajetória foi José Serra, também do mesmo partido político, que assumiu outras frentes como prioridades no projeto de saúde e não incluía necessariamente a saúde mental.

Da mesma forma, em Aracaju, de 1996 a 2000, a Prefeitura esteve sob comando de José Augusto Gama, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e no final de seu mandato, segundo dados obtidos nas entrevistas (por dificuldade de encontrar documentos e material publicado a respeito), assumiu uma Secretária de Saúde chamada Rosa Sampaio. Apesar de ser um governo que não priorizava a saúde mental na agenda política, percebeu-se, conforme relatos de muitos dos entrevistados, que esta Secretária simpatizou com a saúde mental e se incomodou com o modelo hospitalar de assistência, apesar de não haver feito investimentos que resultasse na formulação de uma política na área ou mesmo ter realizado uma aproximação com o movimento social e a política pública vigente no país.

Em 2000, impulsionado por um pequeno grupo de pessoas interessadas, também militantes do movimento da luta antimanicomial, uma Organização Não-Governamental (ONG) implantou o primeiro CAPS no município, chamado então de CAPS Arthur Bispo do Rosário. As entrevistas revelam que se tratava de uma experimentação, uma aposta em um modo de fazer diferenciado, já que esse grupo era também composto por trabalhadores (ou ex-trabalhadores) de HPs, que não contavam ainda com o apoio do poder público.

Montamos o CAPS Arthur Bispo sem nunca ter conhecido um serviço parecido. A gente não sabia se um CAPS era bom, se funcionava, nem se estava errado ou certo. A idéia era experimentar o que nem a gente conhecia. Queríamos provar que era possível, pras pessoas, pro governo, pra todos. (E1)

Observa-se que a própria caracterização e natureza desse primeiro CAPS é diferenciada, inicialmente sem apresentar interligação com o que se suporia ser um serviço especializado em saúde mental. O trecho da fala a seguir evidencia essa afirmativa:

Tiveram muitas questões marcantes também nessa questão do Arthur Bispo porque o modo como ele foi constituído e por ser só um, ser um CAPS que era único de referência para a cidade inteira, então ele foi cenário de muitas experimentações. Tinha pacientes de DST, homossexuais etc. (E7)

Pelo exposto até então, essa experiência de Reforma Psiquiátrica em Sergipe e em Aracaju, não parece ter se articulado com a política de saúde mental que ocorria em diversos municípios do país e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, que até então não tinham se conformado como política pública no cenário nacional.

4.3. A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL (PMSM)

Buscando articular o conjunto dos processos que envolvem tempos e movimentos do nosso objeto de estudo, com vistas à análise e compreensão abrangente de sua complexidade, foi construída uma “linha do tempo” da saúde mental em Aracaju (FIGURA 3). Trata-se de um diagrama que busca sintetizar os processos e produtos desenvolvidos ao longo do período de formulação da PMSM, assinalando aspectos antecedentes e outros que seguiram o tempo histórico, com ênfase no período de 2001 a 2004.

Figura 3 – Linha do tempo do processo de formulação da PSM de Aracaju.

<i>Pré-decisão</i>		2001	2002	2003	2004	<i>Depois</i>
Movimentos de grupos da Luta Antimanicomial	2000 – Eleições PMA	Novo Governo Municipal Diagnóstico de Transição de Gestão na SMS				
		Plano Municipal de Saúde Projeto Saúde Todo Dia Lei Federal GM 10.216	Proposta de implantação do modelo de assistência à SM Portarias do MS (CAPS) Implantação de CAPS: 1) II David Capistrano Filho 2) III Liberdade 3) AD Primavera Apoio Matricial com as UBS Assistência em SM na ATB	Portarias do MS Redução de leitos SUS nos HP privados Implantação de mais 03 Ref. SM	VII Conferência Municipal de Saúde Implantação do CAPS i Vida Eleição de delegados usuários de SM para o CMS Realização de Concurso Público na SMS Emergência Psiquiátrica no Hosp São José (Urg CI e Mental)	2010 – I Conferência Municipal de Saúde Mental 2006 – Implantação de 04 módulos de RT 2008 – Implantação do CAPS III Jael Patrício de Lima
1997 - Fechamento do HP Adauto Botelho 2006 – Fechamento do HP Dr Garcia Moreno	2000 – Implantação CAPS I Arthur Bispo do Rosário	Colegiado Gestor da SMS Colegiado Gestor da SM				
	Antes de 2000 – assistência em SM: HP's e ambulatório p/ todo o Estado	Relatório de Gestão	Relatório de Gestão Contratação Consultoria Externa p/ SM Assistência Farmacêutica	Relatório de Gestão	Relatório de Gestão Investimento em EP para os profissionais de saúde	

Em 2001, ao ser realizado o diagnóstico da situação do sistema e dos serviços de saúde do município pela nova gestão da SMS, constatou-se, mais uma vez e concretamente, que a assistência em saúde mental não acompanhava o que estava sendo proposto pelo movimento de luta antimanicomial e que neste mesmo ano seria afirmada pelo Governo Federal com a publicação da Lei 10.216/01, logo legitimada como política pública (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, s/d).

Frente ao diagnóstico tinha-se por um lado a população que apresentava sofrimento mental em Aracaju, sem as condições de atendimento em saúde mental pela ausência de oferta de serviços; por outro lado, apontava-se a necessidade de mudança do cenário vigente (SANTOS 2006). Assim, pode-se afirmar, que a Saúde Mental em Aracaju ganha destaque a

partir de 2001, quando o município vivencia uma mudança na correlação de forças políticas e passa a efetivar a inclusão da saúde mental na agenda política da saúde.

Como já vimos na descrição do contexto da SMS Aracaju, com um novo Projeto de Saúde para a cidade, conforma-se um modelo tecnoassistencial pautado em Redes Assistenciais. Uma dessas mudanças, portanto, acontece na própria conformação da saúde mental como uma das Redes Assistenciais a compor o SUS Aracaju. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, 2001).

A Rede de Atenção Psicossocial uma vez constituída teria por diretrizes uma política de saúde mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e no Movimento de Luta Antimanicomial. Apontou-se como uma rede substitutiva a ser composta por serviços de saúde mental, sejam próprios ou de outras Redes Assistenciais do SUS Aracaju, entre eles CAPS, serviço de emergência psiquiátrica, leitos em hospital geral (HG), ambulatórios de saúde mental e assistência pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), com suporte de Apoio Matricial (AM). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU, 2001).

Os objetivos e princípios a que a Rede se propôs foram o de incluir e reinserir socialmente as pessoas com transtornos mentais, o cuidar em liberdade e a busca de autonomia no lidar com a própria vida. Além disso, comprometia-se a reduzir gradativamente as internações psiquiátricas nos moldes tradicionais (Doc2, Doc3). Tais diretrizes são consonantes com os princípios apontados pela Lei Federal 10.216/01, que por sua vez se baseiam nos apontamentos indicados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em meio à organização dos processos internos da SMS, nos primeiros anos da nova gestão institucional aguardava-se o resultado do pleito acerca da habilitação do município à gestão plena do sistema de saúde. Eis que esse foi assinalado como outro marco importante para o desencadeamento do processo de formulação da PMSM. Diversos documentos analisados e vários entrevistados mencionam essa conquista como favorável às ações que estavam por vir, a exemplo:

Em 2001, dentre os serviços que o município assumiu o comando único na Gestão Plena do Sistema de Saúde, estavam todos os equipamentos de saúde mental disponíveis; entre eles as clínicas conveniadas com os respectivos leitos de internação, uma emergência psiquiátrica e um Centro de Atenção

Psicossocial tipo I gerenciado por uma ONG. A partir de então Aracaju passa a ter a responsabilidade de construir uma Rede de Atenção Psicossocial nos moldes da RPB (Doc6) (E3, E5, E6, Doc2, Doc3).

Assim, em 2001, com o governo municipal e a SMS sob novo comando, e estes chegando com envolvimento e implicação com a Saúde Coletiva e com a Saúde Mental, as transformações começaram logo a acontecer. Alguns entrevistados apontam:

A força maior mesmo veio com Rogério, que vinha de Campinas, com muita vontade, veio fortemente imbuído dos conceitos, das condutas, da Reforma, da Saúde Mental... e ele ainda tinha muitas pessoas ligadas a ele, sabiam da questão do hospital e dos CAPS. (E5)

Rogério começou a implantar CAPS logo que assumiu a SMS Aracaju. Fez do Adauto Botelho um CAPS III e mais outros e outros... essa fase foi muito boa, maravilhosa... chegava um grupo novo, o próprio gestor que sabia e queria um novo modelo de atenção em saúde mental. (...) Rogério chegou em Aracaju já com a mente aberta, com a mentalidade da RPB. Aí quando o gestor, o Secretário, tem sua visão, aí quem estava morrendo de sede encontrou um balde cheio de água (...). Então foi mesmo uma bandeira colocada em prática (E1, E2, E7)

Além disso, reitera-se nas entrevistas acerca da participação do gestor da SMS no processo cotidiano de formulação da política, na produção dos projetos que indicavam a priorização de serviços CAPS III, de funcionamento 24h, o que demonstra alinhamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica e cumprimento com as diretrizes da política de desinstitucionalização; mas também, a esse período, com a força política no nível federal, a então formalizada Política Nacional de Saúde Mental.

(...) o Secretário falava, conversava muito com a gente, e depois da Lei [10.216], ele chegava pra gente e dizia, ate porque a prioridade dele pela experiência em SP, o que ele queria mesmo é nossos CAPS todos 24h, CAPS i, CAPS AD, tudo. E ele que conviveu com isso, chegou de SP, esteve com David Capistrano, Florianita, todo mundo. (...) E o Secretário sempre esteve muito próximo na formulação. Ele fazia questão de formular com a gente a Política de SM. Ele tinha trezentas idéias, e ele ouvia nossas idéias. Ele foi o grande incentivador. Ele sempre desafiou a equipe a transpor os limites. Era importante demais, porque ele queria todos os CAPS III logo de cara. (E6)

A formalização das propostas elaboradas gerou o Projeto de Saúde Mental desenhado para a Rede de Saúde de Aracaju em 2001 (Doc1), que explicita os principais objetivos e metas. Estes estão resumidamente descritos abaixo (Quadro 3):

Quadro 3 – Projeto de Saúde Mental (2001) - principais objetivos e metas

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Redefinição do modelo de atenção na área de SM com implantação de sistema de referência e contra-referência; 2. Promover treinamentos dos profissionais de PACS e PSF em SM; 3. Desenvolvimento de ações pedagógicas de informação e esclarecimento para a sociedade em geral sobre SM; 4. Criação de CAPS nos Distritos Sanitários (05); 5. Criação de rede de serviços em SM (Hospital Dia, Emergência Psiquiátrica, Leitos em HG, Núcleos de Oficinas Terapêuticas, Lar Abrigado e Pensão protegida); 6. Realizar parceria com empresas nas unidades porta-aberta de Aracaju, com criação de brinquedotecas e/ou parques infantis na cidade 7. Substituição do manicômio por outros equipamentos assistenciais; 8. Projeto Criança Feliz - Atenção à criança e adolescente em situação de risco. Ação intersetorial (escolas, ONGs, ação social). 9. Criação de centros de recuperação dos drogadictos em parcerias com ONGs |
|--|

A proposta de implantação do modelo de assistência à saúde mental na cidade de Aracaju/SE, pelo exposto nos documentos analisados, produzida nos anos seguintes (Doc7), atualiza e complementa as diretrizes do Projeto de Saúde Mental desenhado em 2001 (apresentado no Quadro 3). No entanto, de modo geral, as propostas dos dois documentos mencionados são semelhantes, mas também se complementam.

Cabe assinalar que ao mesmo tempo em que se avançava com a formulação das propostas, foi se dando a implantação dos serviços substitutivos, em especial os CAPS, conformando-se rapidamente a rede de saúde mental. Vejamos trechos de fala de entrevistado e documento que vincula a mudança da gestão da SMS Aracaju ao processo de formulação da PMSM:

(...) Aí quando regulamentou, e com a mudança de gestão em Aracaju mudou tudo. Pronto, começou toda a política de saúde mental. E assim, em 5 anos mudou tudo. Porque quem não tinha nada, com 4 anos, 5 anos passou a ter tudo. Tinha CAPS I, que era de antes, e veio CAPS III, CAPS AD, Residência Terapêutica, aí pronto...começou a ter uma rede de SM. (E1)

Sob a influência do modelo assistencial Saúde Todo Dia foi criada a Rede de Atenção Psicossocial com o objetivo de atender toda a demanda de forma geo-referenciada. Foram implantados 01 CAPS tipo II [CAPS David Capistrano Filho] e um CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). A emergência psiquiátrica foi transformada em CAPS tipo III, 24 horas e encontra-se em intenso processo de reestruturação. Compõe ainda a rede, sob sistema de cogestão, o CAPS I (Arthur Bispo do Rosário). (Doc6)

A intensidade e a rapidez em que o processo ocorreu evidenciam a confluência das correntes da política apontadas no referencial teórico. O contexto político era favorável, a área

técnica da saúde mental estava com as propostas a postos e o gestor da SMS disposto a assumir e tocar adiante o projeto. Abria-se, assim, a Janela de Oportunidade para a formulação e implementação da Política de Saúde Mental em Aracaju, processo que ocorreu quase que simultaneamente, durante o período que estamos estudando. Enfatiza o trecho de E5, corroborada por E6 e E7:

Já tinha o CAPS Arthur, uma ONG, em 2000. Mas com Rogério foi assim: tudo em 2002, em setembro o [CAPS] David, aí quando foi em dezembro deu uma doideira ‘vamos implantar o CAPS AD’, e implantamos. Aí quando chegou em novembro de 2002 veio outra: se a gente não tomasse a porta de entrada pra internação do SEP a gente não ia conseguir conter e fazer o projeto de CAPS ter um bom resultado, já que era do Estado mas municipalizado com a gestão plena. Aí fizemos o CAPS 24h dentro do Adauto. era como se fosse um trem, um bonde q tava passando. **Era o bonde da saúde, e se a gente não pegasse carona nele a gente perdia a oportunidade. Era o momento em que tinha muita mudança na saúde como um todo. A gente aproveitou o momento. Então a gente tinha que pegar um vagão desse trem, e rápido, ligeiro!** [grifo nosso]

4.3.1. OS ATORES QUE SE ENVOLVERAM NO PROCESSO

Considerando, como vimos até então, que o processo de formulação da política de saúde mental em Aracaju é perpassado pela sua história anterior e pelo período do presente estudo, apresentaremos o papel dos Atores envolvidos nessa trajetória e seus entrecruzamentos, uma vez que eles atravessam percursos da história, desde antes, meados da década de 80, passando pelo período do recorte desse estudo, até os dias atuais.

O processo histórico ocorrido na saúde mental em Aracaju, semelhante à maioria das experiências do Brasil, iniciou-se dentro dos hospitais psiquiátricos, com o movimento de inquietação dos próprios trabalhadores (ARRUDA, 2002). No entanto, a partir das entrevistas realizadas, percebemos que alguns deles se autodenominaram de “militantes pré-históricos”, uma vez que atuavam na saúde mental desde meados da década de 1980 (e a maioria deles atua no SUS e na RPB até hoje) quando ainda não se conhecia muito sobre Reforma Psiquiátrica muito menos sobre o que seriam serviços substitutivos. “(...) *o movimento antimanicomial em SE se resumia a 2 ou 3 pessoas, isso por mais de 10 anos. Trabalharam no Garcia [Moreno] e tentaram fazer mudanças(...)*” (E1).

A questão posta pelos entrevistados, diante da conjuntura da época, seria transformar o próprio hospital, produzir mudanças cotidianas, modificar o que estava cristalizado a partir de questionamentos, propostas, pequenas atitudes... Referiam que trabalharam produzindo transformações nos espaços micros, mas com perspectiva para fora, aguardando o momento de oportunidades diferenciadas surgirem. E, como supunham, espaços de muita disputa e enfrentamentos, uma vez que a grande maioria dos trabalhadores era contrário a mudanças.

(...) quando a gente começou a falar de RPB aqui a gente ainda tava falando de desinstitucionalizar o Garcia Moreno, que era um hospital de longa permanência, que tinha lá as pessoas confinadas, vivendo no modelo asilar mesmo... não tinham muitos recurso ali. (E7)

Eu já entrei no Garcia Moreno com uma proposta nova. Eu já vim de movimento, de PT, movimento estudantil, comissão de saúde do PT... e no Garcia Moreno chegava junto comigo mais um psicólogo e uma terapeuta ocupacional. A gente queria mexer, mudar aquilo ali, fazer um hospital humanizado, dar uma outra forma de cuidar. A gente começou a fazer; era um trabalho miudinho, mas era lindo de ver e viver: oficinas, ensinar as pessoas a comer, a se cuidar, não chamar os usuários pelo número, comprar armários individuais etc. A gente revolucionou, porque naquela época ninguém acreditava nem queria. Fazíamos contra todo mundo mesmo assim. Era briga, briga, briga. A gente brigava uns 6 meses para conseguir uma coisinha, que às vezes só durava 2 dias. Mas deu certo. (E2)

Outro Ator na história mencionado diz respeito à gestão da SMS Aracaju imediatamente anterior a 2001. Alguns entrevistados referem que a então Secretária de Saúde indicava para um movimento de construção de uma política de saúde mental, reunindo profissionais da área de psiquiatria e solicitando propostas diferenciadas de tratamento psiquiátrico. Conste-se que praticamente todos os entrevistados mencionaram esse Ator e suas ações em suas falas, entre as quais:

(...) nos organizamos em grupo, apenas de psiquiatras, até porque quase não havia outros profissionais na saúde. Tínhamos o pedido e o apoio da Secretária, que não sabia o que podia acontecer, mas já se incomodava com a realidade dos hospitais. Queria que a gente pensasse outras formas de cuidar. (E1)

A Secretária foi fundamental, mesmo sem saber de muita coisa, apostava na gente, tinha o grupo dos psiquiatras que queriam pensar, fazíamos reuniões regularmente (...) foi ainda com ela que enviamos ao Ministério da Saúde o projeto para implantar o 1º CAPS municipal, com recurso do ReforSUS. Mas só se efetivou depois, na outra gestão. (E4)

Tal grupo pode ser considerado Ator favorável à saúde mental, o de psiquiatras que, nesse mesmo período, reunia-se e pensava propostas para a saúde mental em Aracaju, ainda

que não se vislumbrasse espaço efetivo para a formulação de uma política propriamente dita, segundo trechos de entrevistas. Um dos destaques desse grupo foi que, pelo fato de ser composto basicamente por psiquiatras, teve uma força importante na história da saúde mental. Mais do que isso, sabe-se que, sendo médicos que encabeçavam esse movimento, a força política era maior do que a de outros profissionais de saúde.

Juntou um grupo retado, e tinha essa coisa da força médica mesmo... talvez naquele momento porque a gente tinha um movimento contra-hegemônico aqui, a gente precisa entender que às vezes era necessário sim o médico para poder dialogar e produzir os enfrentamentos, com maior legitimidade para aquele grupo contrário. Então para sustentar, garantir a sustentabilidade de algumas coisas a gente precisa mesmo fazer algumas apostas, para que pudesse dialogar com os próprios médicos tradicionais, com as instituições, enfim... Com o grupo gestor da SMS mais variado depois, só melhorou, era de pessoas comprometidas, que tinham militância e meio que foi esse grupo que foi conduzindo, formulou a política de SM do município, a estruturação da Política. (E7)

Por outro lado, os próprios entrevistados referem que um dos principais Atores a produzir resistência ao movimento de mudanças na área de saúde mental foi a categoria de profissionais da psiquiatria, inclusive boicotando ações pontuais que já se iniciavam. Ou seja, fora do “grupo organizado de psiquiatras” havia dezenas de outros médicos e profissionais de saúde contrários a qualquer possibilidade de mudança, produzindo movimentos e reforçando a lógica hegemônica manicomial.

No entanto, a questão colocada, à época, parecia-nos pertinente se analisada sob a ótica da história, revelada pela revisão de literatura acerca do tema: por um lado a suposta ameaça de que nos serviços que compusessem uma PSM baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica não caberia o profissional psiquiatra e por outro a falta de conhecimento técnico e de experiências que revelassem que seria possível cuidar de um modo diferente do que o Hospital Psiquiátrico oferecia.

A resistência foi muito grande. Os colegas não acreditavam que seria possível, que poderia dar certo. Houve muita briga interna, entre os colegas da mesma categoria profissional. Até hoje vivemos isso... Ainda têm muitos que se recusam a trabalhar em CAPS ou mesmo encaminhar de um hospital para ser cuidado em nossos serviços substitutivos. Mais do que isso, muito ainda falam mal, dizem para os pacientes e familiares que CAPS não resolve, que não é pra ir. (E1)

Para além dos HPs em Aracaju, os entrevistados referiram haver profissionais médicos que atuaram em outras formas de assistência em saúde mental que estavam sendo ofertadas, organizadas, inclusive, pelo pequeno grupo que também representava o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), a exemplo do atendimento em psiquiatria em Unidades de Saúde. Além disso, havia solicitação por parte das ESF's de suporte para atender casos de saúde mental. Não encontramos nos registros documentais maiores informações que confirmassem a oficialidade, como desde quando foi disponibilizada essa oferta, como se constituiu e que formas de apoio os profissionais tinham para desenvolver suas atividades. Fato é que médicos e psicólogos compuseram um grupo que foi denominado de "Psiquiatria Itinerante", responsável por desenvolver essas ações. Um dos entrevistados descreve:

Tinha um pedido da equipe do Programa de Saúde da Família para uma psiquiatra que fizesse um trabalho nas UBS aqui em Aracaju. Então naquela época eu fiz capacitação para TODOS os profissionais do SF sobre a questão da SM, sobre as crises, surtos, etc. E comecei também a atender casos de SM nas UBS, porque não havia naquela época nenhum ambulatório, nenhum serviço de SM que não fossem os hospitais. Já se fazia apoio matricial sem usar o nome... Sim, era mesmo. Era psiquiatria itinerante, a gente discutia os casos, geralmente os mais complicados. A gente já fazia uma coisa regionalizada. (E5)

Um dos elementos que chama atenção nesse processo é a pouca, praticamente inexistente, participação dos usuários, familiares e sociedade, evidenciando a atuação enfática dos atores governamentais em detrimento dos não-governamentais. Apesar disso, há referências de que os atores governamentais buscavam fomentar a mobilização social, como fica claro nos trechos de algumas falas:

O movimento não tinha usuários desde o começo. Tinham trabalhadores, mas muito poucos. Com os usuários e familiares, a questão é que não tinha condições. Pela condição que eles tinham não havia condições (E2)

(...) a própria sociedade não participava muito. Às vezes apareciam alguns estudantes. Mas o movimento era muito fraco. Não participavam, a grande maioria era contra o trabalho de desospitalização. E faziam muito boicote com a gente. Mas também, eram sujeito alienados; a gente não pode culpar quem não estudou, quem não conhecia, e não tinha capacitação, formação, essas coisas. (E1)

O movimento de luta antimanicomial tinha sumido, aliás, até hoje não sei onde ele está, ele desapareceu. (...) Então a gente até recebia apoio da sociedade, mas a impressão é que era porque achavam bonitinho, as pessoas nem conheciam do que a gente estava falando ainda. Em 2004 teve a propaganda na TV, que dizia que era com amor que tratava, então todo mundo gostou, e essa coisa pegou. (E6)

Como fica evidenciado nas falas acima, os próprios entrevistados consideram a falta de acesso a informações, como obstáculo à possibilidade de se pensar outras formas de cuidado à saúde mental, uma vez que a cultura asilar era hegemônica. Mas, por outro lado, a divulgação e publicização do tema produziram mudanças, ainda que pequenas.

Eu aprendi a fazer movimento social com a SM. Eu não sabia nem o que era política de SM. Eu achava que cuidar da saúde era eu tomar meus remédios, ir para o psiquiatra, fazer o tratamento direitinho, fazer terapia e pronto! E salve-se quem puder... (E3)

Essa participação social foi avaliada por entrevistados na perspectiva da construção da militância, já que se constatou que não havia movimento de luta antimanicomial expressivo no município. Essa produção de militância passou por um processo coletivo de construção, fomento, compartilhamento de informação e empoderamento. Tratava-se de pensar e operar a saúde mental na perspectiva de uma clínica diferenciada, que incluía questões relacionadas à ética, à política e à instituição em si.

Os familiares, por exemplo, no Arthur a gente mobilizava muito... fazia grupo, discutia a política, trazendo para a roda a questão do protagonismo, da necessidade de questionar as coisas, e acontecia...Era uma discussão ético-clínico-político. Então eles faziam esse movimento... começamos com reunião no CAPS e depois ampliou-se, aconteciam na comunidade, formulada como Assembléia, e mais pessoas iam chegando, o grupo se ampliando... (...) então foram se constituindo, ganhando corpo e dando corpo ao movimento. Sem o familiar não dá pra fazer, sem o usuário falar e reconhecer o que ele quer, deseja, planeja. Essa é a discussão da clínica que responsabiliza, da responsabilização dos sujeitos. Essa clínica inclui a produção, o fomento à militância, ao protagonismo do sujeito nos processos políticos. (E7)

Desse modo, percebe-se que a participação dos diversos sujeitos, sobretudo os chamados Atores Não Governamentais, esteve mais ligada a um tempo histórico posterior, depois da implantação do primeiro CAPS; em outras palavras, o movimento social e a produção de protagonismos parece ter ocorrido a partir da mobilização de trabalhadores, possivelmente os referidos “militantes pré-históricos”, já que alguns deles trabalharam no CAPS Arthur Bispo do Rosário, desde quando foi implantado, em 2000.

Na mesma direção, entrevistados referem quanto à participação de outros trabalhadores no processo, essa relação parece ter seguido a mesma lógica: a partir da

formulação da PMSM, e com a implantação dos serviços é que parece ter se iniciado a busca e identificação das pessoas, assim a discussão da desinstitucionalização em saúde mental e o próprio aperfeiçoamento da política de saúde mental, que já estaria praticamente desenhada.

Depois que os CAPS foram implantados, aí sim a gente tinha os trabalhadores e a gente começou a fazer junto, mas foi depois da formulação; mas com os trabalhadores a gente começou a fazer tudo junto; fazíamos oficina para discutir e construir o Apoio Matricial; definindo fluxos, quem fazia o quê; oficina pra entender como é que era a Política. Tudo era combinado com os trabalhadores. Aí também depois veio a participação dos usuários, com esse trabalho de formiguinha... (E6)

Além disso, outro destaque foi atribuído a Universidade, explicitando-se que esta instituição reivindicava e fazia certos enfrentamentos mas não apresentava propostas, sobretudo a Faculdade de Medicina e o Departamento de Psiquiatria. *“Agora o único movimento que eu sentia que questionava, mas também nunca reivindicou nada era a psiquiatria da Universidade”* (E6).

Os relatos são de que a relação com as Universidades e/ou outras instituições de formação locais eram incipientes. Questionava-se a necessidade de aproximação com as instituições acadêmicas a fim de compor um movimento social, assim como para propor e implantar uma reformulação curricular; entretanto, não aparece nos registros da pesquisa nada que tivesse sido efetivamente realizado entre a SMS Aracaju e as instituições de ensino. Mais do que isso, a comunidade científica não parece ter participado do processo de formulação da PMSM, não sendo mencionada nas entrevistas nem registrada como participante nos documentos consultados.

Apesar disso, é curioso confrontar outro dado: existia desde antes o período de 2001 uma Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais (AFADM) ativa e em funcionamento. A questão é que ela nasceu e permaneceu vinculada a um dos hospitais privados do município²¹. À época do processo de formulação da política de saúde mental, como relata um dos entrevistados, eles não se movimentaram, nem a favor nem contra a política oficial, que estava sendo formulada.

²¹ O referido hospital, vinculado à AFADM, é a Casa de Repouso São Marcello, hospital psiquiátrico privado, tem aproximadamente 95% dos seus leitos financiados pelo SUS, e mantém esse modo até os dias atuais.

A AFADM nem fazia movimento: não propunha nada mas também não era uma queimação. Tinha gente da AFADM que trabalhava no CAPS... Eu acho que como a AFADM é ligada à São Marcelo e até então não tinha nenhuma ameaça à existência e funcionamento da Clínica, eles não se incomodaram nem incomodaram a gente. Na minha avaliação, houve um recrudescimento da AFADM. (E6)

O movimento social e a participação efetiva de Atores Não Governamentais em Aracaju, segundo as entrevistas, começam a ocorrer quando a PSM se inicia, seja pelo exercício do Controle Social via Conselho Municipal de Saúde²², seja pelos próprios usuários e familiares que começaram a ser cuidados no CAPS, especialmente os do CAPS Arthur Bispo do Rosário, uma vez que ele foi implantado em 2000, como ficou destacado por entrevistados.

A gente foi construindo a militância em SM com os familiares e usuários no Arthur. A discussão no cotidiano do CAPS sobre direitos, sobre os serviços, sobre a responsabilidade, cidadania, autonomia... Isso precisou ser aquecido, e a gente ia agregando e multiplicando. A gente experimentou isso. (E7)

E era um momento que o Conselho era ouvido! O Conselho era realmente uma instância de controle social, e não como é hoje (...). Era aquele momento de abarcar a luta, construção de serviços, você dialogar... quando eu vi um usuário reclamar porque queria fechar o banheiro no CAPS, ter direito a usar a chave e assim ter direito a sua privacidade, porque banheiro tem privada e o nome já diz... poxa!... senti que tava mudando, e mudando para valer. Os discursos de “ah! Mas se ele trancar e tiver uma crise lá dentro?!”. E daí que estamos num serviço de saúde, que isso pode acontecer em casa, a diferença é no serviço de saúde vai poder tratar e em casa não. E nesse momento eu disse: “poxa, agora as coisas estão mudando. Agora a gente tá participando, pode ter voz, usar essa voz. (...) A gente falava, a gente questionava, a gente brigava, a gente elogiava quem tinha que elogiar, criticava quem tinha que criticar, fazia articulação, construía... já pensou o que é um usuário de SM entrar lá e ir mostrar aliança com movimento social de luta como o dos trabalhadores sem terra e com o gestor? (E3)

Segundo relatos dos entrevistados, o movimento social que praticamente não existiu na história da saúde mental de Aracaju parece ter sumido ainda mais no período que o este gestor assumiu a SMS. Um dos entrevistados arriscou hipotetizar: *“acredito que quem estava ocupando espaços de militância foram assumir cargos de gestão, foram militar desse outro*

²² Não foram encontrados registros em documentos do CMS sobre esse período de formulação da PMSM; fomos informados que houve problemas de perdas dos documentos do período. Do mesmo modo, tivemos dificuldade em identificar atores dessa arena para compor os informantes-chaves de nossa pesquisa de campo, certos da importância dessa instituição nesse estudo, dado o papel do controle social no SUS.

lugar. A própria área técnica estava cheia de militantes quando Rogério assumiu a SMS” (E4).

A discussão trazida nesse trecho remete a um debate atual que especialistas da área têm levantado: Estaria assim o movimento da Reforma Psiquiátrica sendo “*fagocitado*” pela força democratizante de gestões de Municípios, Estados e União, na medida em que alguns de seus mais expressivos militantes assumiram funções públicas relevantes no interior do aparelho de Estado? Ao incorporar as clássicas bandeiras do movimento da luta antimanicomial, como o fechamento dos manicômios e o aumento da acessibilidade ao cuidado mental comunitário, os governos democráticos a teriam esvaziado dos seus lemas mais mobilizadores? (PITTA, 2011; BEZERRA JÚNIOR, 2011; LOBOSQUE, 2011).

Entre os sujeitos que participaram do processo como Atores cabe registrar também os representantes do Ministério Público (MP), de acordo com o discurso dos entrevistados. A participação ativa, em especial de uma promotora de justiça, que a princípio parece ter coincidido com as necessidades pessoais da promotora, colaborou para a mudança de perspectiva do modelo assistencial em saúde mental. A promotora foi convidada a conhecer um novo modo de cuidar de seu parente e, então, reconhecendo o êxito, tornou-se grande parceira no sentido de fomentar e tensionar para que uma PMSM de formulação e implementasse. E1 e E5 relatam essa experiência positiva, que aproximou e subsidiou discussões com a própria Secretaria de Estado da Saúde (SES) e abriria caminhos à SMS Aracaju à época a fim de que se pensassem e produzisse uma assistência em saúde mental de forma aberta e inserida na comunidade.

Tinha uma promotora que era muito próxima nossa, eu como diretora do Adauto [Botelho], ela sempre ia lá... sempre levava para a gente internar, então a gente pediu ‘acredite na gente, vamos tentar desse outro modo’, e ela dizia ‘mas como? eu até já deixei tudo certo com a dona da clínica...e como não vai internar?’. E gente dizia ‘você confia? Deixa a gente experimentar? Confie na gente’... e ela deixou e deu muito certo, depois que ela melhorou ficava indo só de dia. Ela se tornou uma das promotoras mais parceiras que a gente teve, e até hoje agradece a mudança de conduta dela. Ela viu que era possível desse modo, e viu que era melhor, que a prima dela tinha mais autonomia, na liberdade, que podia se expressar. (E5)

Outro aspecto que nos questionamos enquanto pesquisadora foi acerca da relação entre os Atores Governamentais do município e os Atores Governamentais que atuavam na área de saúde mental ao nível estadual e nacional. Alguns trechos de falas de entrevistados revelam

inclusive que, pela necessidade política, algumas ações foram propostas, mas de fato não foram efetivadas.

A gente organizava seminário, o gestor estadual e municipal até apoiavam, mas era uma coisa de mentirinha. Às vezes o poder público apóia de mentirinha, ne? Até porque tinha a PNSM e então tinha que dizer que tava fazendo alguma coisa. (E1)

É fato que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) ganha força política com a promulgação da Lei Federal Paulo Delgado (Lei 10.216/01). No entanto, o Ministério da Saúde (MS) já dispunha de área técnica nesse campo e a saúde mental e de ações pautadas nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, inclusive com experimentações da Política de Desinstitucionalização em alguns municípios, sobretudo no Sudeste do país. (AMARANTE, 1995).

Seguindo na apresentação e análise do processo de formulação da PMSM em si e da relação dos Atores mais efetivamente, trazemos outros elementos que chamaram especial atenção nos relatos das entrevistas. Um primeiro aspecto a destacar diz respeito à anulação de sujeitos coletivos, a exemplo dos atores que compuseram o grupo denominado de “militantes pré-históricos” na formulação da política. O trecho da fala abaixo demonstra como essa situação foi encarada com frustração pelos próprios entrevistados:

(...) eu acho assim, antes mesmo, no Movimento da Luta, eu participei muito. Sou filiada ao PT então aguardava muito esse momento de chegada à PMA, por exemplo. Mas não foi assim... as propostas que a gente tinha, que a gente construiu, que eram essas, de uma rede de SM foram base de campanha eleitoral em 2000... mas o movimento foi deixado de lado, a gente não foi citado nem convidado, e entraram outras pessoas que nem fizeram parte dessa história anterior (E2)

A partir do discurso dos entrevistados, os “militantes pré-históricos” trabalharam na construção de propostas, na produção de alternativas de cunho técnico para a saúde mental, mas ainda assim foram desconsiderados do processo de formulação e implementação da política no período da gestão da SMS em 2001 a 2004.

Na mesma perspectiva, e também relatado pelos mesmos, outros atores estavam atuando àquela época: o CAPS Arthur Bispo. O serviço estava em funcionamento desde 2000 e dispunha de experiências para compartilhar também no campo da formulação da PMSM; no

entanto, até como serviço que fizesse parte da composição da Rede de Atenção Psicossocial havia questão, como se pode confirmar:

Do lugar que eu tava, que era no Arthur, a gente não sabia muito o que estava acontecendo. A gente ficava meio à parte, era uma ONG, conveniada com o estado... então a gente não sabia onde que ia chegar, a organização. (...) E aí eu lembro que nós do Arthur, apesar de estar em Aracaju, ficava só observando esse movimento. A gente era um grupo potente, mas à época não era um grupo incluído. Então a gente ficava aguardando, ansiosos. A gente começou a ser inserido nos processos de formação, quando eles estavam qualificando as equipes para fazer parte dos primeiros CAPS... foi aí que o Arthur Bispo começou a entrar e tentar fazer parte da rede. Com a gestão plena o Arthur passa a compor a Rede de SM de Aracaju. (E7)

Mas ao que se evidenciou nos dados coletados foi que os Atores Governamentais tiveram enfática proeminência no processo de formulação da PMSM. Entre eles, cabe destacar a área técnica da saúde mental, uma vez composta sob forma de “Colegiado Gestor de Saúde Mental”, atuou como sujeito coletivo na proposição de alternativas e soluções para os problemas de saúde mental identificados pelo então gestor da SMS Aracaju.

Mas a política sempre era com reunião semanalmente com o Colegiado... A gente tinha o Colegiado, que era fundamental. E mais o Secretário que foi fantástico, que participava pessoalmente de vários espaços, de nossas reuniões, das discussões e das decisões. A gente ficava até tarde discutindo. (...) Mas a formulação mesmo da PSM foi do Colegiado, a gente tava junto o tempo inteiro. E o Secretário também. (E6)

Há ênfases reiteradas sobre esse modo de fazer gestão nos discursos dos entrevistados, apontando como um marco da gestão da SMS no período de 2001 a 2004. As falas dos entrevistados corroboram a importância da forma Colegiada de Gestão e apostam na sustentabilidade da própria PMSM se for mantido esse modo de se fazer política de saúde, sobretudo se esse grupo contar com o apoio do gestor da SMS. Evidencia-se:

Acredito ser um marco da nossa Política: a existência de um coletivo gestor da SM, sempre. Nossa manutenção como Colegiado Gestor na SM foi fundamental. O colegiado discutia exaustivamente as propostas da Política. Com esse poder e autonomia, o Secretário referendava o nosso trabalho, e fazia as coisas acontecerem. Eu acho que isso é uma coisa que precisa manter sempre, que se a gente perder isso a gente perde poder, perde a capacidade de ter e manter a força. (E5, E7)

Mais uma vez nos deparamos com a orientação teórica referida por Kingdon (1995), quando aponta que o conjunto de “burocratas”, estes que aqui correspondem ao que compõem

a área técnica da saúde mental da SMS Aracaju, representam os Atores que buscam alternativas e/ou soluções para os problemas, a fim de que os governantes possam tomar suas decisões a partir dessas proposições.

Desse modo, o nosso estudo corrobora mais uma vez com a literatura, conforme anunciado no Quadro 2 (p. 33). No processo de desenvolvimento da PMSM de Aracaju, a área técnica trabalhava a todo vapor na proposição de soluções para os problemas e não perdeu tempo nem hesitou em apostar; enquanto isso, o Secretário atuava no processo de tomada de decisão, quer seja, na formulação de uma Política de Saúde Mental que ocorreu também de modo veloz, com rápida implantação de CAPS, o que tornou Aracaju em destaque até hoje, a exemplo de sua capacidade instalada de serviços e pela variedade deles, com ênfase para a implantação de CAPS III, segundo a fala dos próprios entrevistados. Reforça E5:

Porque do governo parecia mesmo esse exército que eu falei, uma tropa de elite, uma força de ‘vamos! Vamos!’. A gente tinha que pegar o bonde, e a gente pegou. Você vê que a se gente ficasse molinho ali, não tivesse propostas, ou estivesse mantido no modelo tradicional... pensamentos ‘será? Talvez... é, não sei, pode não dar certo...’, isso não passava na nossa cabeça. Medo não tinha. (E5)

Arelado ao Colegiado Gestor de Saúde Mental nesse período, houve a contratação de uma equipe de Supervisão/Consultoria (os que se incluem no grupo chamado de “especialistas” por Kingdon) para dar suporte às reflexões, produção e efetivação dos planos e projetos da saúde mental, a fim de concretizar o processo de formulação da Política. Essa equipe contratada era composta por gestoras da área técnica de saúde mental de Campinas/SP, que vinham a Aracaju pelo menos uma vez por mês e reuniam-se inicialmente com esse Colegiado.

Aí em 2002 a gente também teve uma Consultoria, contratamos de Campinas. Vinham todas as gestoras, todas elas vieram em 2002. Então a gente elaborou a Política de Aracaju junto com elas. Então a gente pensava: ‘a gente só acredita em CAPS III, não é isso? Reabilitação e desinstitucionalização possível é só com CAPS III, porque se não a gente teria que mandar pro manicômio, não é isso?’ (...) A Consultoria que vinha mensalmente, elas ate chamavam a gente de ‘Metamorfose Ambulante’, tamanha a intensidade e velocidade de nossas ações em SM. (E6)

Assim, com os dados apresentados, percebemos que a Consultoria participou do processo de formulação, trazendo suas experiências de gestão, a referência ao CAPS III como dispositivo com maior capacidade resolutiva de cuidar em saúde mental, uma vez que com ele se poderia dispensar o hospital psiquiátrico. Mas também esse grupo, em um segundo momento, passou a investir na etapa da implementação dos serviços, com processos de educação permanente para os trabalhadores, como foi citado pelos entrevistados.

Reforçando a importância do papel central do Ator Governamental no processo, a totalidade dos entrevistados destaca a priorização e a participação em si da SMS Aracaju e do próprio Secretário na abertura da agenda política para a saúde mental. As entrevistas afirmam que, aliado à figura do Secretário, a área técnica da SM (composta sob o modo Colegiado) manteve vigor, força e agilidade para aproveitar as oportunidades que se abriam e/ou que buscavam espaço para abrir.

Contribuiu foi principalmente a vontade política. Vontade política do poder municipal em fazer executar a política. (...) O momento que o poder público tem a vontade de fazer e aqueles que estavam do lado de fora, militantes, criticavam o modelo que era imposto até então estão lá dentro dessa instituição de repente. De modo que juntou quem estava fora com quem estava dentro, e aí ficou mágico. (E3)

(...) priorização dessa área na gestão pra estruturação de uma política. Isso era inegável, foi priorizado, então foi o momento que as coisas começaram a acontecer. Foi facilitador o fato de o grupo que conduzia essa política ser um grupo engajado, estou falando do grupo técnico, querendo fazer, querendo que as coisas acontecessem. (E7)

Esse elemento nos pareceu curioso e merece maior destaque. O ator central que parece ter se constituído no processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental foi o próprio Secretário. Essa conclusão se deu pelo fato de perceber que além de ocupar uma função e cargo estratégicos para realizar e tomar as decisões, chamou-nos atenção que existiu unanimidade entre os entrevistados a referência a esse sujeito mas também a reverência às suas atuações e deliberações nesse campo, nas diversas etapas do processo.

Enfim, muito ocorreu de participação de Atores Governamentais e Não Governamentais na composição do cenário que possibilitaria a formulação da política de saúde mental de Aracaju, mas ficou clara a ênfase dos primeiros. Explicando de outro modo, houve muito atores visíveis e invisíveis nesse percurso. Há, no entanto, que se considerar que

o movimento de cada um, seja sujeito individual ou sujeito coletivo, produziu maior incorporação de suas experiências e propostas à PMSM propriamente dita quando se tratou de Atores Governamentais. Pois foi com essa movimentação que o município conseguiu seguir e ultrapassar as etapas seguintes, que continuaremos a descrever.

4.3.2 OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS E AS PROPOSTAS FORMULADAS

Levando em conta que os atores envolvidos na pesquisa analisaram o processo de formulação da PMSM durante a entrevista, um dos aspectos a levantar foram os problemas que eles identificaram na área de saúde mental e as propostas formuladas nesse período.

Uma das principais questões surgidas remetia novamente ao fato da lacuna histórica de política pública em saúde mental, uma vez que havia uma constatação do grande período em que esse campo da saúde não recebeu nenhuma ou muito pouca atenção do poder público.

A saúde do estado ficou uns 12 ou 15 anos com a mesma pessoa. Essa gestão mantinha o sistema hospitalar, a gente não conseguia compartilhar. Não havia um entendimento de que a nossa proposta pudesse se transformar numa política governamental. (E1)

A questão histórico-política relativa ao fechamento do Hospital Adauto Botelho e da manutenção em funcionamento, e no mesmo espaço físico, do Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) até 2004 é retomada como um problema para o desenvolvimento do processo de formulação da política. Os entendimentos, a partir dos dados de pesquisa documental e de entrevistas, é que o fechamento dos hospitais públicos não correspondia a uma aliança com o movimento de luta antimanicomial local ou mesmo com compromisso por uma saúde mental reformada, apesar disso já estar sinalizado na Política Nacional de Saúde Mental.

Os entrevistados demonstraram discordância pelo fato de o SEP ter se mantido aberto, pois este era um serviço de referência para crises psiquiátricas agudas e funcionava nos moldes manicomiais. Segundo eles, a manutenção do serviço no mesmo espaço físico e com os mesmo profissionais de saúde de outrora de algum modo reforçava essas práticas e o próprio projeto de saúde mental que se tinha à época. Além disso, esse serviço era responsável por regular a porta de entrada dos usuários do SUS para as clínicas psiquiátricas conveniadas,

o que, mais uma vez, reforçava o modelo manicomial, que remetia à internação hospitalar como único recurso de tratamento. O SEP saiu do espaço físico do antigo Aduino Botelho apenas em 2004. (E6)

O que essa discussão reitera é que existia, ainda que pequeno, um grupo que fez militância na área de saúde mental, grupo esse que anunciava e questionava o modelo hegemônico que se perpetuou no estado de Sergipe e em Aracaju por décadas, mas não era ouvido (os referidos “militantes pré-históricos”), conforme está destacado nos discursos de diversos entrevistados.

Os movimentos sociais não estavam constituídos legalmente. Mas havia pessoas, ora em grupos, que contribuíram bastante. Muitas pessoas. Mas elas não necessariamente se encontravam. Queriam a mesma coisa, mas nem sempre discutiam, pensavam e trabalhavam juntas. Acho que por isso que a gente não conseguiu muita coisa. (E3)

Ou seja, uma das hipóteses trazidas por eles mesmos remete ao fato de o movimento não ser constituído oficialmente, mas arriscamos dizer que esse não deveria ser o elemento central para a falta de escuta e de agilidade pelos dirigentes da SMS Aracaju até então. Ao contrário, o que parece ter se evidenciado é que não havia uma conjuntura, geralmente complexa porque requer um conjunto de fatores, favorável para a inserção da saúde mental na agenda política.

Outro aspecto colocado como problema pelos entrevistados no processo remete à dificuldade de composição entre área técnica e trabalhadores dos CAPS no processo de formulação/implantação. Trabalhadores dos novos serviços (recém-implantados) se sentiam alijados do processo (*sic*). Mais do que isso, alegavam que teriam que incorporar tecnologias de outro lugar, sem ser ofertada a condição de uma construção coletiva de implementação da PMSM.

Lembro do pessoal, trabalhadores do [CAPS] David e do Arthur, vindo aqui em casa para conversar, questionando muito, questionavam sobre o Apoio Matricial. Porque o AM, por exemplo, foi uma coisa que foi proposta mas os trabalhadores não tinham conhecimento disso; na formação a gente não trabalhava com esses dispositivos, a gente trabalhava muito com SM e RPB mas a questão do como operar era diferente. E essa coisa de Aracaju pedir ajuda ao pessoal de Campinas, que trouxe essas ferramentas e propostas de trabalho, era entendido pelo pessoal como ‘goela abaixo’, com um clima de ‘porque se existe em Campinas aqui tem que copiar?’. Era o clima de uma

certa rebeldia, de não se aceitar essas coisas, que porque tinha dado certo lá tinha que dar aqui, sem uma construção coletiva, sem produzir sentido junto com os trabalhadores. Elas revoltadas porque agora TINHAM QUE FAZER. E eu tentando mediar, porque para além das resistências, seria o entendimento de que ferramentas de cuidado poderiam ser agregadas... (E4)

Como fica evidente pela fala de entrevistados, a Consultoria do grupo de Campinas recebeu muitas críticas por parte dos trabalhadores; as principais críticas apontam que a SMS de Aracaju estaria fazendo um “cópia e cola” do modelo de assistência em saúde mental de Campinas²³, argumentando que isso conduzia a “um modo de fazer que desconsiderava a potência local de produzir e propor tecnologias, ou mesmo de um fazer junto, compartilhado”. Por outro lado, houve entrevistados que referiram exatamente o contrário, isto é, que a SMS Aracaju priorizava trabalhar e formular a PMSM em conjunto com os trabalhadores, à medida que eles foram compondo a Rede de Saúde Mental.

Propostas formuladas (e implementadas) para o enfrentamento dos problemas

Conforme se prevê no Ciclo das Políticas, espera-se que haja construção de propostas de alternativas e/ou soluções para os problemas, uma vez identificados. Nesse sentido, questionamos os entrevistados e buscamos nos documentos que propostas foram formuladas para enfrentar os problemas da questão da saúde mental em Aracaju.

De antemão, com as entrevistas concluímos que a maioria das propostas vem de atores coletivos, sobretudo os que compuseram a área técnica da saúde mental, outrora denominados de Colegiado Gestor, que são Atores Governamentais. Além destes, o próprio Secretário parece ter formulado propostas, uma vez que documentos analisados vinham com sua assinatura, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, mas como sabemos, trabalha-se diretamente com a área técnica. Com os documentos analisados, podemos ainda ressaltar que a maioria das propostas formuladas se concentrou no período de 2001 a 2004, o que leva em conta o contexto já apresentado, em que a gestão da SMS e da PMA Aracaju esteve mais disponível e disposta a colocar a saúde mental em pauta para formular sua política.

²³ Pejorativamente, corroborando com essa discussão, a própria pesquisadora ouvia trabalhadores que atuavam na época referirem-se a essa Consultoria como “o oráculo Campinas”.

De modo geral, as propostas formuladas para os problemas de saúde mental no município estão direcionadas para a mudança do modelo assistencial. Sendo assim, entre os dados que mais aparecem nas entrevistas quanto a esse quesito está a “*implantação de CAPS, serviço com proposta de cuidar diferente do Hospital Psiquiátrico*” (E1).

Segundo informações dos entrevistados, deve-se levar em consideração para o enfrentamento dos problemas o fato de Aracaju somente ter hospital psiquiátrico como oferta de tratamento até então. E, paralelamente, uma necessidade de garantir serviços diferenciados, com cuidado mais qualificado e integral, para a população que tivesse transtorno mental grave, a fim de evitar as internações psiquiátricas como exclusiva alternativa para essas circunstâncias.

Assim, reforçam que, antes mesmo de 2001, a gestão da SMS Aracaju já refletia sobre esse serviço. Como refere E1 no trecho abaixo, ainda nem se sabia o que era CAPS propriamente; a assertiva era de que se inventasse uma nova forma, fora da clausura, do isolamento e da segregação social e familiar para cuidar em saúde mental.

Com essa história de Aracaju não ter nada de oferta, então a equipe técnica da SMS Aracaju, inclusive a Secretária na época [por volta de 2000], aproveitou um recurso do Ministério da Saúde, o ReforSUS, e inscreveu um projeto de CAPS, e foi o primeiro CAPS municipal, quando a gente nem sabia o que era isso direito... (E1)

Outro dado curioso que apareceu na pesquisa é que mesmo antes de 2001, a área técnica da saúde mental²⁴ sentiu necessidade de uma oferta de serviços diferenciados, com a variedade que pudesse atender as diversas demandas de saúde mental, os diferentes públicos, inclusive levando em conta a complexidade do transtorno mental. Como retrata E5, já se intencionava implantar uma rede de cuidados em saúde mental, como podemos verificar:

Então a gente fez um projeto inicial de implantação da rede de saúde mental de Aracaju; e é engraçado porque a idéia inicial já era essa, de 5 CAPS [como ficou atualmente]. Interessante... uma coisa sensitiva mesmo. Eram 3 de adulto, 1 infantil e 1 AD. Esse projeto foi feito em 2000, ainda com a Secretária anterior. Era incipiente a idéia, mas era o que a gente tinha de no mínimo ter na cidade, ainda mais porque esses dados a gente já tinha por causa do Adauto, que eu tinha sido diretora e trabalhado lá por muitos anos.

²⁴ Apesar de utilizarmos essa nomenclatura, a partir dos dados coletados, conclui-se que nesse período não havia uma área técnica determinada, mas na equipe gestora da SMS tinha uma psiquiatra que respondia pelas questões de saúde mental.

A gente também queria Ambulatórios, porque era preciso de um lugar para atender os casos moderados. Então começamos no Sinhazinha, que fica num lugar bem central e de fácil acesso (E5)

O que parece ter se identificado durante as entrevistas é que esse desenho inicial de uma linha de cuidado, com oferta de serviços de saúde mental de base comunitária começou a ser reproduzido pelo pequeno grupo que estava na SMS antes de 2001. No entanto, com o “Projeto Saúde Todo Dia”, proposto pelo Secretário Rogério Carvalho como a política municipal de saúde a ser executada por essa nova gestão da SMS Aracaju a partir de 2001 conformava esse desenho, toma força e conquista mais elementos, consonantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Esse texto (SANTOS, 2006), e outros documentos que são desdobramentos dele (a exemplo o Doc6), apresentam princípios e diretrizes para a saúde mental, apontando ações a serem realizadas em curto, médio e longo prazo, além de outras que já estariam em funcionamento. Vejamos:

Quadro 4 – Princípios e diretrizes para a saúde mental no “Projeto Saúde Todo Dia”

- Projeto de Apoio Matricial - Cada região de saúde tem um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência e suas equipes ofertam apoio matricial às UBS;
- Referência Ambulatorial – mudança de concepção: não mais de pirâmide assistencial, mas sim de Base Circular integrando e reforçando o apoio matricial oferecido pelos CAPS;
- Rede de CAPS implantada na cidade
- Atribuições da Rede de Atenção Psicossocial - produzir cuidado integral ao usuário de saúde mental. Para tanto:
 - Articular com o CEMCA, enfermaria do HU, Centro de Convivência de Adolescência;
 - Regular o processo de internação psiquiátrica tendo o CAPS III como porta de entrada do sistema;
 - O CAPS 24h é a grande trincheira do modelo contra a estrutura manicomial que ainda persiste no estado de Sergipe;
- Desenho a ser implementado:
 - Fechamento dos leitos de psiquiatria destinados à população de Aracaju;
 - Construção de mais 2 CAPS III a serem localizados na região Norte e outro na região Sul do município, com 8 leitos para acolhimento noturno em cada um;
 - Implantação de 2 CAPS tipo II;
 - Implantação de CAPS AD;
 - Implantação de CAPS infantil;
 - Implantar 8 a 10 Leitos psiquiátricos em Hospital Geral; – Apoio matricial para Rede Básica; - Implantar Centro de Convivência e Museu da Loucura no antigo prédio do SEP. Queda de leitos hospitalares em clínicas psiquiátricas (2002 a 2004), conforme preconizado pelo MS.

Além disso, o PSTD já sinalizava questões de ordem prática a partir dos serviços que estavam em funcionamento no SUS Aracaju, a exemplo: “O CAPS 24h foi implantado nas dependências de um antigo SEP, tem o papel fundamental de controlar a Porta de Entrada da RAPS servindo como termômetro para as ações do Programa de Atenção Psicossocial”. Os

documentos denominam “CAPS 24h” o primeiro CAPS III da cidade, que alguns anos depois conquistou o nome de CAPS III Liberdade.

Ao analisarmos o projeto de saúde mental no PSTD percebe-se bastante robustez, uma vez que intentava alcançar diversos aspectos da assistência, organizando sistema e serviços de saúde mental, incluindo ações de prevenção e promoção. Observa-se também a ênfase no CAPS, que aparece indicado como principal dispositivo para a conformação da política na área, especialmente os CAPS III. Além disso, outros elementos teóricos também compuseram e reforçaram a lógica que se gostaria de imprimir, como Apoio Matricial, mudança da concepção de Ambulatório de SM, regulação e acompanhamento das clínicas psiquiátricas privadas com intento de redução de leitos. Pode-se apreender que, conforme está apresentado, o projeto contempla e está consonante com princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Pelo exposto, percebemos como a saúde mental começa a ganhar corpo na cidade de Aracaju. Ela aparece incluída em diversas áreas da SMS, como na Atenção Básica, na Assistência Farmacêutica, no acompanhamento das internações hospitalares psiquiátricas, além dos investimentos para iniciar a implantação de serviços CAPS, em articulação com o Ministério da Saúde. Os Relatórios de Gestão dos anos seguintes, que também foram analisados, destacam uma seqüência de ações, de modo geral, na mesma perspectiva, formatando uma rede de cuidados em saúde mental complexa, que ofertasse serviços diferenciados para atender as diversas necessidades de saúde mental da população.

Além destas, verificamos que outras propostas foram lançadas como alternativas de enfrentamento dos problemas da atenção à saúde mental em Aracaju. Até então, a ênfase esteve colocada nas propostas governamentais, mais especificamente as organizadas e propostas pela área técnica e/ou pelo próprio Secretário. Porém, outras soluções pontuais surgiram no processo histórico, a exemplo do fomento à participação social, das tentativas de agregar outros atores para participarem no enfrentamento da problemática da saúde mental por meio de divulgação do tema (que outrora também esteve enclausurado, que a sociedade sequer via ou parava para refletir).

Organizamos um vídeo, denominado ‘Em busca do tempo perdido’, denunciando a situação do HP: a gente fez o filme dentro do Garcia Moreno.

E levamos para a I Conferência Nacional de SM, além de passar aquele filme para muitas comunidades aqui em Aracaju. A idéia era mostrar o que acontecia lá dentro, que a gente precisava mudar. E que a gente só ia conseguir agregando mais pessoas. (E2)

Em 2000, 2001 também fizemos Seminário, trazíamos o pessoal de Campinas. Então teve uma mobilização, plantamos sementes para que as pessoas comesçassem a pensar no assunto. Com o lançamento do filme nacional Bicho de 7 Cabeças a gente passou esse filme para convidados no cinema, reunindo muita gente para pensar no assunto (E5)

Acho que Educação tinha um movimento paralelo, da política de inclusão. A universidade também entrou como grande parceira nessa época. (E5)

Eu acho também que apesar do embates intensos à época, a gente fez um movimento de levar isso pra rua. Eu vivenciei sim... a gente começou a ter algumas conversas com entidades, alguns conselhos profissionais, articulações aconteceram e foram mobilizando, dando pano de fundo para a formulação dessa política. (E7)

Assim, como podemos analisar a partir dos trechos acima, iniciativas ainda que tímidas foram sendo desencadeadas com vista à produção de Controle Social para a temática como forma de formular propostas, também chamadas de “alternativas e/ou soluções”, por diversos Atores Não Governamentais. O que fica demonstrado pelas falas dos entrevistados é que havia mobilizações sobre a pauta, identificando a própria ausência de uma política de saúde mental no período anterior a 2001 e uma necessidade premente de formular e implementar respostas nesse sentido.

As propostas relativas às instituições de ensino trataram de tocar na carência de uma formação adequada, o que implicaria uma reformulação curricular urgente; alguns entrevistados afirmaram que nas faculdades “não se estuda nem se pratica o SUS”, sequer a saúde mental, sobretudo quando se trata de conhecer a rede substitutiva e de base comunitária (ênfatisou-se que a maioria das formações acadêmicas ou mesmo técnicas tem o hospital psiquiátrico em detrimento do CAPS como campo de estágio, por exemplo). A formulação de alternativas para tais mudanças curriculares é afirmada com detalhes no trecho abaixo:

Só a reformulação curricular resolve isso. Ou muda a grade curricular dos cursos da área de saúde ou nunca vai mudar isso. Ou se cuida a partir de uma visão contemporânea, que estude o processo de saúde e doença de modo mais psicossocial, vendo o ser humano como um ser humano integral, a partir da perspectiva do humano, do cidadão, da pessoa, que tem uma rede de relacionamentos e que não é apenas um fígado doente, uma hepatite, um fígado inflamado, como no caso do usuário de álcool, que está com cirrose ou com hepatite alcoólica, ou então nunca vai mudar. (E3)

Ao final, como pudemos verificar, as propostas formuladas mais enfatizadas e as adotadas foram as da área técnica da saúde mental e do próprio Secretário, que trataremos com mais detalhes adiante.

4.3.3. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EFETIVAMENTE ADOTADAS NA SMS ARACAJU

Como vimos, a partir de 2001 muitas das propostas dispostas anteriormente, que foram formuladas como enfrentamento para os problemas de saúde mental, começam a se efetivar pela SMS Aracaju. Nesse sentido, levemos em conta que o processo de pré-decisão, decisão e implementação, previstos no modelo teórico para análise do processo da formulação da PMSM em estudo, se dão dinamicamente, no tempo e no espaço.

Assim, um dos aspectos a destacar no caso específico de Aracaju, foi o fato de que a política de saúde mental efetivamente adotada foi além de incorporar o CAPS como única e/ou principal solução para o enfrentamento do problema, incluindo outros elementos relativos à reorganização dos serviços e reorientação das práticas de atenção à saúde mental. Nesse sentido, as principais propostas adotadas pela SMS Aracaju com relação aos problemas identificados nesta área, podem ser visualizados no Quadro 5²⁵.

Como se pode perceber, a problemática identificada abarca diversos aspectos da organização e gestão da rede de serviços na área de Saúde Mental, e as propostas elaboradas e implementadas, a partir do início da gestão de 2001, incluem não só proposições reativas à implantação de serviços que compõem a chamada “rede substitutiva”, senão que se referem a mudanças necessárias no planejamento, programação, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação das ações e serviços, bem como assistência farmacêutica e outros procedimentos de suporte ao cuidado prestado pelos trabalhadores da área.

²⁵ Este quadro resume o conjunto de problemas e propostas extraídos dos principais documentos analisados (Doc2, Doc3, Doc4, Doc5).

Quadro 5 – Política de SM adotada pela SMS Aracaju a partir de 2001

PROBLEMA DO SISTEMA DE SAÚDE	PROPOSIÇÃO POLÍTICA
Inadequada organização das ações e dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de processo de trabalho por ações programáticas, entre elas, a SM (SM comunitária, para manejo de casos de angústia e depressão leve e psiquiatria itinerante para atendimento a casos de psicóticos e neuróticos estabilizados)
Ausência de serviços substitutivos de SM	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 03 Referências de SM (localizadas em UBS, no território) Criação de 05 projetos para implantação de CAPS, estando 01 com área física definida, respeitando a lógica do território.
Desassistência à população com necessidade de cuidados em SM nos diversos níveis de complexidade	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho de Equipes Itinerantes de psiquiatra e psicólogo a fim de ofertar atendimento em SM atuando em diversas UBS. Cobertura a 100% do município dos casos leves e moderados. Suporte às equipes do PSF para atendimento dos casos leves e acompanhamento de todos os casos de SM no território
Acesso à medicação psicotrópica	<ul style="list-style-type: none"> Farmácia para dispensação de medicação, com 42 itens de psicotrópicos.
Gestão da SM	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento dos HP privados (regulação, tempo de permanência e modelo de assistência). Articulação com o MP – pactuar fluxos e relação entre serviços (SMS, ONG, OG) Discussão conceitual: gestão, gerência, sistema de gestão, espaços de gestão, co-gestão, colegiado de gestão. Formulação de modelo de atenção, gerenciamento da implantação, gestão das unidades, intermediação entre Unidades e SMS, apoio administrativo, discussão de projetos de RH, capacitação, intersetorialidade
Insuficiência na formação de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> Investimento em formação em Terapia Comunitária. Investimento em formação em serviço, acerca de suas próprias Unidades Produtivas através de Oficinas.
Funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> Nos CAPS: Reunião técnica, assembléia com usuários, reunião de família, reunião de mini-equipes. Reunião de Colegiado Gestor de SM semanal

Os Relatórios de Gestão da SMS de 2003 e o Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde de Aracaju complementam esses dados e apresentam outras informações mais concretas que representam resposta aos problemas que estavam instalados e demonstram a continuidade do que se vislumbrava no início da gestão em 2001. Aracaju apresenta sua rede própria de serviços de saúde mental, com os seguintes serviços em funcionamento: CAPS David Capistrano, CAPS III 24 horas, Ambulatório Rua Bahia, Centro de Convivência Adolescente, CAPS AD, SEP, CAPS i (em implantação) e UBS. (Doc8, Doc9).

Além disso, complementam esse modelo assistencial a rede conveniada, entre as quais aparecem as ONG e OG, como o Centro de Integração Raio de Sol, CAPS Arthur Bispo, Universidades, Albergue, Enfermarias do HU, Clínicas Psiquiátricas. É possível perceber

então que os registros retratam acerca do modo de fazer gestão em Colegiado Gestor, que incluía a discussão de pensar uma política de saúde mental intra e intersetorial.

Um dos destaques acerca da política de SM adotada efetivamente em Aracaju tomou maior proporção na VII Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 2004, onde, pela primeira vez, apareceu o tema da saúde mental de forma bastante enfática. Várias propostas foram estudadas e deliberadas pelo Controle Social nesse espaço.

Uma dos aspectos que nos chama atenção é que, contraditoriamente, apesar de anteriormente as diretrizes para a assistência em saúde mental contemplarem de forma mais diversificada a oferta de serviços, inclusive sob a lógica do cuidado e da gestão conformada e ordenada a partir da Rede de Atenção Psicossocial, no extrato do Relatório da referida Conferência a SMS apresenta os CAPS e as clínicas psiquiátricas como formas exclusivas de oferta da assistência em saúde mental.

Ao contrário do que a SMS apresentou como Rede de Atenção Psicossocial no referido Relatório, a Conferência deliberou acerca de diversos itens a serem operacionalizados no âmbito da política pública de saúde mental do município. O primeiro deles foi a reafirmação do compromisso com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e o movimento de luta antimanicomial. Assim, além de implantar CAPS, definiu-se pela implantação de Residências Terapêuticas; capacitação em saúde mental para os profissionais do SUS Aracaju; articulação intersetorial para garantir políticas públicas de saúde mental específicas, como a de moradores de rua, infância e adolescência, usuários de AD (MP, albergues, ONG); fomento ao Controle Social, através de criação de Associação de Usuários e Familiares; garantia de atenção à crise de saúde mental fora do ambiente hospitalar, indicando o CAPS III como o local mais adequado; educação permanente a fim de ampliar e qualificar a assistência ofertada nos diversos âmbitos, entre outros (o recorte do documento contendo as Propostas de Saúde Mental Aprovadas constam na íntegra no ANEXO F).

Outra conquista desta Conferência que não podemos deixar de mencionar é quanto à inclusão da saúde mental na Atenção Básica, inserindo produção de protocolos para atuação dos profissionais das ESF com usuários do SUS, seja de saúde mental ou não. Por fim, merece destaque no documento a conquista por espaço legítimo de participação social, ou seja, as duas vagas de delegados usuários de saúde mental para o Conselho Municipal de

Saúde. Essa deliberação possivelmente possibilitou ainda mais mudanças para os rumos da Política Municipal de Saúde Mental daí em diante.

4.3.4. FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS NO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL (E IMPLEMENTAÇÃO)

O processo de formulação da política foi permeado por elementos que facilitaram e outros que dificultaram o andamento das ações como comumente ocorrem nos processos de negociação para a determinação de uma agenda política. Destacaremos alguns destes, utilizando-nos do material coletado, a fim de apreender mais fidedignamente como a situação estava sendo encarada, sobretudo a partir do olhar dos entrevistados.

Entre os aspectos apontados como dificuldades no cenário que poderíamos chamar de externo ao institucional (da SMS Aracaju), um dos que ganhou maior ênfase e unanimidade entre os entrevistados foi a pouca e/ou falta de movimento social ou mesmo participação da população no processo.

(...) a falta de movimento organizado dos usuários e da inclusão da família no processo de cuidado. Mas incluir como? Não havia fomento, informação pra ninguém. Os familiares só sabiam dos hospitais. E os profissionais não trabalhavam as famílias. (E3)

(...) muitas dificuldades... tinha trabalhador que não queria, que não tinha jeito, não gostava; tinha gerente que só queria encaminhar. (E6)

Tinha mesmo uma pouca participação de usuários e familiares, mas é como disse, isso era processo, porque não ia mudar de uma hora pra outra. Tinha uma potência nisso, não podíamos nem podemos anular essa história de vida, do contexto, as pessoas estavam aprisionadas, o modelo asilar introyetado. (E7)

Os fatos demonstram ausência de participação desse movimento, aparecendo mencionados de várias formas: ausência de familiares, dos próprios usuários, dos trabalhadores e da comunidade. No entanto, os próprios entrevistados referem entender por que havia essa dificuldade de participação e alguns invertem o discurso, assinalando que essa dificuldade pode se transformar em um elemento facilitador, uma vez que se abre a possibilidade de discutir, mobilizar e construir um processo participativo com os sujeitos sobre esse tema.

Outro aspecto fundamental a inserir nesse debate, dada sua complexidade, é **cultura asilar hegemônica**, que incide sobre todos os atores que vivenciam a Reforma Psiquiátrica. Um dos entrevistados sugere a necessidade de ponderarmos acerca dessa problemática e propõe, em paralelo, uma forma de lidar com a questão. Primeiro, refletir sobre a especificidade da relação familiar:

Do mesmo jeito com a família, reativa demais se a gente olha rápido, mas é que a realidade mudou e a família dizia ‘sim, mas como é desse jeito? Eu é que sei o trabalho que dá, eu é que sei como é de noite, como é agüentar...’. Então a gente tinha que ver um percurso para a saída... sair do quartinho, sair de casa... chegar nos CAPS e assumir esse protagonismo na sociedade. Então a gente precisa respeitar e fazer uma escuta desses atores, pra tentar fazer junto, ter paciência com o tempo dos diversos atores, incluir essas crenças e saberes que foram construídos e processando essas coisas, porque não era uma única verdade. (E7)

Diante do exposto, ponderamos que seria preciso aprofundar o assunto enquanto ação de política pública. Sabe-se que a relação da família com a loucura foi pautada sob o estigma, produzido historicamente e perpetuado por mais de dois séculos pela psiquiatria tradicional e os atuais serviços substitutivos de saúde mental de algum modo podem continuar alimentando.

Mais uma vez, como foi apontado em algumas entrevistas, a questão da cultura asilar hegemônica ao mesmo tempo que é dificultadora, provoca a necessidade de trazer o tema para o diálogo e, assim, estimula a adoção de uma postura diferenciada, de abertura, acolhida e de negociação com o modelo assistencial proposto e vigente. Vários dos entrevistados consideram que somente assim conseguiremos construir uma nova lógica e entendimento sobre a questão: inventando novas formas de enfrentar a cultura manicomial. Essa reflexão aponta para um caminho que muitos de nós (usuários, trabalhadores, gestores e sociedade em geral) corremos o risco de cair: anular o problema; anular os sujeitos que fazem o que se chama de “contra-movimento”.

Nesse sentido, é preciso refletir sobre o lugar que antes era ocupado pela instituição psiquiátrica tradicional, espaço protegido e reconhecido em sua potência por séculos. Por outro lado, com a Reforma Psiquiátrica brasileira em cena, nossos entrevistados propõem: incluir, encarar o problema de frente, lidar com ele, dialogando, produzindo estudos

diferenciados, convidando outros a experimentarem também e a tentarem essa nova forma de fazer, fazendo científica e tecnicamente, com todos os saberes juntos.

Nessa discussão, Lobosque (2011) acrescenta sobre a necessária existência de um Movimento Social, a fim de que uma política pública se mantenha o mais salutar possível. Refere que esse grupo precisa justamente preservar uma radicalidade, entendida como aquilo que está na raiz, na razão de ser de uma luta; de não poder perder de vista princípios, posições, e até mesmo certas palavras, que sustentam a nossa concepção da loucura como experiência humana e a defesa de outra forma de convívio com ela. Complementa Bezerra Júnior (2011, p. 4598): *“Vidraça e pedra, precisamos dos dois para que o processo da Reforma continue ativo e fértil. Quem está no governo precisa ser acossado pelos movimentos sociais, ou será engolido pelo monstro da máquina política burocratizada.”*.

Ainda no campo externo à SMS de Aracaju, outra questão trazida pelos entrevistados é quanto ao movimento contra-Reforma Psiquiátrica. Apesar da pouca força e de poucos enfrentamentos na formulação da PMSM, ele também existiu em Aracaju. Curiosamente, um dos atores que assumiu esse posicionamento foi mencionando a posição da Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais (AFADM); por outro lado, como já mencionado anteriormente, sabe-se que essa Associação tem ligação direta com um dos HP ainda em funcionamento na cidade.

(...) a AFADM trabalhava contra a Reforma, e ela era favorável a um modelo manicomial, como até hoje. De modo que pipocava todo santo dia denúncia da AFADM, como “Desassistência leva o usuário ao suicídio...”. “Desassistência leva o usuário a ficar trancado...”. Tudo isso na imprensa. E faziam campanha contra o CAPS, ou seja, já se produzia outro sentido: “ele não pode ir para o CAPS porque ele é perigoso”. De novo, o discurso de que no CAPS não se poderia cuidar tão bem como no HP. (E3)

A idéia de que serviços não poderiam ser **substitutivos** ao hospital psiquiátrico era, naquela época, muito comum entre a maioria dos profissionais, sobretudo para os médicos psiquiatras. Como já ressaltamos anteriormente, é preciso ponderar a questão da cultura manicomial hegemônica que perdura há mais de dois séculos, ao passo que vivemos pouco mais de 30 anos de movimento de luta antimanicomial e RPB.

A própria ASP [Associação Sergipana de Psiquiatria] e o Estado questionavam, o que eu ia fazer na SM no município, já que não tinha nada de serviços sem ser o HP. Eu dizia ‘mas tem, eu sei que tem’, podia até não

saber o que era nem como seria, mas sabia que tinha muito trabalho para se fazer em SM. Eu também precisei responder no CRM por questões de não concordar com certas atitudes do HP, do modelo, na internação prolongada, na medicação exagerada. (E5)

A gente tinha muitas críticas da Universidade, da cadeira de psiquiatria, mas elas também não propunham nada. A gente era convidado pra um monte de evento mas era sempre pra tomar porrada, elas não construíam (...) (E6)

Supomos, a partir dos discursos, que uma das principais dificuldades não foi apenas a falta de diálogo e o contra-movimento, mas a falta de proposições para a conformação de um novo modelo. Como se pode considerar até aqui, em Aracaju, assim como em diversos municípios do país, as mudanças na assistência em saúde mental tiveram sua origem em uma necessidade social, não resultando de uma mera discussão ideológica. As pessoas que trabalhavam nas estruturas manicomializadas se deram conta de que aquele espaço não tinha capacidade de cuidar de qualquer pessoa, por isso seria necessário pensar outras formas de fazer. Entretanto, em nosso município, os poucos grupos organizados apenas eram contrários ao movimento de RPB e à proposta de se implantar uma PMSM de base comunitária; por outro lado não havia disputa de propostas, não houve participação de alguns atores já que eles não se dispuseram a refletir sobre essa realidade e à invenção de novas técnicas, práticas e serviços.

Um dos entrevistados apresenta a situação a partir de seu olhar e arrisca arrolar hipóteses sobre essa relação que o movimento da Reforma Psiquiátrica produziu em específico com a categoria médica psiquiátrica, mas que é possível de generalizar para outras profissões bem como para os demais atores da RPB:

Um fato dificultador ter uma cultura hegemônica do movimento asilar, a favor das internações, sem nenhum outro recurso, o modelo institucionalizado, manicomializador. Agora assim, isso é algo que dificulta, mas que é natural num processo como esse, você tinha disputa entre dois modelos. Só existia um, então vem um outro que diz, 'ó, é possível, fazer desse jeito e melhor'. Porque muitos psiquiatras eram contra simplesmente porque aquela era a clínica, era o lócus, aquele era o modo de fazer. Porque eles achavam que a existência deles só era necessária naquele lócus, do asilo, da clínica, entendeu?... e a gente estava falando dessa coisa, de sair disso... então para eles era também 'que jeito é esse então de fazer?... eu não sei fazer desse modo'. E a gente precisava dialogar com isso. A gente precisava responder o que é fato, a gente não consegue fazer RPB sem psiquiatra, do mesmo jeito que com diversos outros atores. (...) (E7)

Na SMS Aracaju, no entanto, para além do médico psiquiatra, uma das dificuldades que foi reiteradamente mencionada diz respeito à inadequação dos perfis e da falta de compromisso dos profissionais de saúde. Há diversos relatos de problemas, seja pela falta de formação acadêmica adequada, da militância em saúde mental, e que essas questões refletem diretamente na prática. Ou seja, implementar mudanças na assistência em saúde mental não prescinde de participação ativa dos diversos atores que estejam e se mantenham atualizados com os princípios da Reforma.

A gente não tem ninguém... ninguém é formado para trabalhar com o contexto, trabalhar com o tripé: família, serviço de saúde – o profissional, e o usuário. A formação é: o profissional trata a doença do paciente. E o paciente na condição de vulnerável, o profissional como o todo poderoso, o paciente fica bom e tchau e benção. (...) quando alguém é formado para trabalhar e ser profissional de saúde, é formado na academia para cuidar do paciente, ou melhor, cuidar do doente, tratar da sua doença. Depois que a doença melhora ou parece curada ele é liberado e tchau e benção. Essa é a dinâmica, uma dinâmica positivista, herdada do conceito higienista do século XIX. A doença tem que ser tratada, curada, isolada para que seja reintegrado à sociedade. Acontece que isso não dá certo! Em campo nenhum da saúde! Isso precisa mudar, e logo! (E3)

Nesse quesito, outro fator agravante foi mudança radical do quadro de trabalhadores que atuavam nos CAPS quando da realização de concurso público em 2004 pela SMS para composição de quadro de Recursos Humanos. Para a Rede de Atenção Psicossocial, tinha-se um dado concreto: aproximadamente 99% dos então trabalhadores eram contratados, via empresas terceirizadas (excetuam-se os poucos casos de profissionais com vínculo da SES que na ocasião da gestão plena do SUS Aracaju, aceitou permanecer em serviço municipal). Com isso, teve-se um grande contingente de pessoas novatas ingressando na Rede, especificamente nos CAPS, que alegava ter pouca apropriação técnica para trabalhar em saúde mental, mas outro grande número que afirmava não desejar atuar nessa área (causando inúmeros pedidos de transferência para trabalhar em outro local, atestados médicos, faltas, absenteísmo junto ao Núcleo de Gestão de Pessoas). (Doc5).

Este item trazido por entrevistados e documentos nos leva a refletir sobre um dos desafios para operar uma política de saúde mental: a formação dos trabalhadores da área. Não basta conhecer saúde mental teoricamente, mas também não pode estar apenas imbuído ideologicamente. Trabalhar nesse campo, seja diretamente na assistência ou na gestão, requer a implicação com o percurso histórico que a loucura tem em seu bojo. Significa que não basta

ser bom técnico, ter condições e capacidade de operar tudo que seu núcleo profissional lhe ensinou na faculdade. É muito mais: o desafio é desdobrar-se para operar uma clínica diferenciada, que envolve e que envolva todos os sujeitos. (BEZERRA JUNIOR, 2011; PITTA, 2011).

Esse aspecto remete a uma questão de ordem externa à SMS mas que aparece interligada, dada sua implicação direta com a questão da formação dos profissionais. Nesta seara encontrou-se outra dificuldade apontada, a da pouco compromisso das instituições acadêmicas com o tema da saúde mental, seja pela inclusão do tema nos currículos de seus cursos de formação mas também pela ausência destas no processo de formulação da PMSM, uma vez que estes são considerados Atores Não Governamentais natos, especialistas, que poderiam colaborar com o processo de formulação da PMSM.

No entanto, as falas de entrevistados apontam uma necessidade posterior, de urgência por reformas curriculares nos diversos cursos que fazem interface direta ou indireta com a saúde, a fim de se consolidar e fortalecer a política, a exemplo:

(...) os estágios de psiquiatria e enfermagem continuam no mesmo modelo: a gente ia pra um hospital, fazia uma festinha e pronto. A gente precisa de profissionais com formação em SM, no modelo de atenção psicossocial, para fortalecer e sustentar a Política. (E1).

Por outro lado, apareceram nos discursos diversos aspectos apontados como facilitadores do processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental. Destaque, mais uma vez, e praticamente unânime, para uma dimensão política, interna à SMS e à Prefeitura de Aracaju, quer seja a vontade do gestor para a abertura da agenda à pauta na época.

(...) priorização dessa área na gestão pra estruturação de uma política. Isso era inegável, foi priorizado, então foi o momento que as coisas começaram a acontecer. Foi facilitador o fato de o grupo que conduzia essa política ser um grupo engajado, to falando do grupo técnico, querendo fazer, querendo que as coisas acontecessem. (E7)

Na mesma perspectiva, aliada à priorização do gestor, comumente veio em paralelo a fala que respalda a participação da área técnica e a ênfase ao seu modo de operar em Colegiado Gestor. Além disso, refere-se com frequência ao fato de que, no início da gestão

municipal de 2001, esse Colegiado não era exclusivo da saúde mental, mas a própria SMS trabalhava em conjunto, sob o formato de um grande Colegiado. Tal conformação teria atribuído à saúde mental importância na agenda política, de modo que a implantação da PMSM foi acompanhada pelos diversos atores que compunham a SMS naquele período.

(...) sabe aquele livro “A Loucura na Sala de Jantar”? eu dizia... ‘gente, a gente saiu do quartinho lá de trás, escondido, pra sala de estar. A gente estava sentado na sala de estar de perna cruzada’. As pessoas queriam nos ouvir, isso era muito importante. É claro que o Secretário estava perto, mas a gente ajudava sempre. (...) Então nesse processo a gente teve muita pujança mesmo, a gente teve a liberdade política pra propor, até porque não tinha nenhum projeto antítese do nosso, era um terreno baldio. Ninguém disputava com a gente. Com as clínicas, nada, exceto nos PNASH, que eram nossas brigas. (E6)

Com o mesmo direcionamento, um elemento apresentado pelos entrevistados como facilitador do processo foi a participação da equipe de Consultoria/Supervisão no percurso. Esta equipe, como mencionado anteriormente, foi composta basicamente por gestores da cidade de Campinas/SP, estabelecia uma relação de diálogo com a equipe de gestão da SM, pensando juntos, utilizando as experiências exitosas acumuladas desse outro município, fomentando a produção dos princípios norteadores e as diretrizes que estariam por ser implantadas. De algum modo, ficou sinalizado nas entrevistas que os debates desencadeados no espaço da Consultoria funcionaram como “pano de fundo” para a formulação da PMSM. Cabe recuperar, inclusive, que a Consultoria foi analisada sob outro viés anteriormente, o que revela possivelmente, diferenças de opinião entre os entrevistados baseadas na posição que cada um ocupou no percurso histórico estudado.

4.3.5 ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROCESSO DE FORMULAÇÃO

As marcas específicas do processo de formulação da política de saúde mental de Aracaju foram atravessadas por momentos de implantação dessa política pública. Assim, fomos descobrindo nos relatos das entrevistas e na análise dos documentos selecionados que a etapa “formulação” esteve, na maioria das vezes, diretamente interligada à etapa “implantação”. Como vimos até aqui, pela pesquisa realizada, o processo ocorrido no município foi muito rápido e de significativa intensidade, focada sobretudo no período do estudo, entre os anos de 2001 e 2004.

Por essa razão, o debate central desse item do capítulo é destinado a trazer elementos que chamamos de atividades em saúde mental realizadas durante o referido período. Pois, ainda que queiramos separar para efeitos didáticos, eles se compuseram no percurso histórico de modo articulado, entrelaçado à etapa da formulação.

O tema visitado pela maioria dos entrevistados quando abertos a falar com maior liberdade sobre a situação da SM no município foi em relação ao espaço que a cidade de Aracaju conquistou em detrimento de outros locais, sendo referida inclusive como “cidade modelo em assistência de saúde mental”.

Aracaju foi a ponta de lança. Não como o inovador, como o primeiro a criar, mas a gente foi a ponta de lança porque como houve a integração entre as políticas públicas nessa época de 2001 a 2004. Os serviços que foram estruturados e a política que foi executada, elaborada e colocada em prática fez o maior sucesso. Aqui não mudou em nada, aqui não inventou a roda, aqui ninguém se dedicou a inventar a roda, mas se dedicou a fazer bem feito. (...) Implantou-se serviços. Organização de cuidado, construção de rede, integração dos usuários e dos atores sociais no processo de controle social institucionalizado. (E3)

(...) fazer tudo muito cedinho... fazer CAPS III em quantidade, CAPS AD, CAPS i, enfim, de estar topando essas experimentações, a gente é muito pioneiro em muita coisa. (E7)

Nessa perspectiva, as falas remetem ao fato de que o município “emprestou” e “empresta” esse modelo de como organizar uma rede substitutiva para outros municípios e estados. Em especial, a resposta de, ainda entre 2001 e 2004, ter se investido tanto na priorização de implantação de CAPS III e garantir oferta para as diversas necessidades de saúde; isto quer dizer, trabalhava-se com a intenção de ser uma Rede de fato substitutiva ao hospital psiquiátrico. O Doc3 resume essa prerrogativa afirmando que “*o ano de 2002 foi um divisor de águas da assistência à saúde mental no município de Aracaju*”.

(...) a gente andou o Brasil. Era Recife e Aracaju que eram novidade e expectativa pela novidade política. E nós começamos a implantar CAPS e CAPS III, isso trouxe a gente logo como referência. A gente ia para os Colegiados Nacionais de Coordenadores de SM, e eu tava sempre presente desde 2003... então a gente sempre colaborava, contribuía, contava nossa experiência. Então as pessoas perguntavam muito. Muita gente queria vir aqui conhecer, o tempo inteiro. Eu também viajei o Brasil inteiro, sempre por convite, para ir falar da nossa experiência de montar a rede. (E6)

A gente implantou e deu um grande salto no quesito trabalhar em rede. Pensar a SM para além da SM. Eu acho que isso foi fantástico. O número de equipamento, a rede instalada é ótimo, ter oferta de diversos serviços em SM. Mas o desafio que a gente se propôs foi fazer rede aquecida. Isso é pensar cuidado integral, essa linha de cuidado do usuário de SM que está para além de uma rede assistencial. Então acredito que dos maiores avanços foi a coisa da SM colaborar, inclusive para a própria SMS, fazendo trabalho em rede, articulando, colocando as pessoas para conversar. (E2)

Conforme enfatizam alguns entrevistados (E2, E6 e E7), reconheceu-se a Rede de Atenção Psicossocial pelo seu modo de fazer, seja em termos da gestão, na organização dos serviços em rede, no modo de operar essa rede, trabalhar coletivamente, colaborando com esse seu modo de fazer para outros espaços, assim puderem vivenciar e “pegar emprestado”, inventarem os seus próprios modos. Nessa direção, merece relevo a ênfase na organização da linha de cuidado em saúde mental, buscando garantir um dos princípios do SUS, qual seja, o do cuidado integral. Um dos exemplos que podemos citar, nessa perspectiva, foi o investimento em organizar o cuidar em rede, articulando os serviços de atenção básica, com os serviços de urgência e emergência, entendendo-se que o usuário é do SUS, e não exclusivamente dos serviços específicos de assistência à saúde mental.

Ainda sob o eixo da gestão, o Relatório de Gestão da SMS de 2004 (Doc5) apresenta uma síntese das ações que ocorreram e dos serviços em funcionamento, apontando inclusive mudanças no modelo assistencial. A cidade foi dividida, assim, em três territórios baseados no número de UBS e no quantitativo da população a ser atendida, sendo que cada território contava com um CAPS atuando como referência em SM. Vejamos outras ações realizadas que constam nesse documento:

- 1) Implantação, ao final de 2001, do atualmente denominado CAPS Liberdade, primeiro com funcionamento 24 horas, montado nas dependências de um antigo SEP;
- 2) A transformação do CAPS II David Capistrano Filho para CAPS III em 2003;
- 3) Implantação de Referências Ambulatoriais em SM;
- 4) Articulação com o SAMU a fim de qualificar a remoção dos casos de saúde mental e construir coletivamente um protocolo com fluxos sobre esse cuidado no momento da crise;
- 5) Em 2004, o SEP se transforma em Urgência Clínica e Mental e passa a funcionar no Hospital São José (conveniado);

- 6) Em 2004, foram incrementados 16 leitos de curta permanência em psiquiatria no Hospital São José;
- 7) Em abril de 2004 houve a implantação do CAPS i Vida (Infância e Adolescência);
- 8) Em 2004 o CAPS Liberdade foi lotado em uma casa;
- 9) Em 2004 foi realizado concurso público para provimento de cargos da SMS Aracaju. Contratou-se 953 profissionais de diversas áreas (de abril a dez de 2004), finalizando diversos convênios com instituições (Cooperativas, SOMESE, ABEN). Aproximadamente 95% das pessoas que trabalhavam nos CAPS não foram aprovadas, sendo imediatamente substituídas quando da ocasião do chamamento público;
- 10) Construção do CAPS III Zona Norte, que finalizaria a conformação de rede CAPS implantada em Aracaju.

Importante ainda recuperar dados que são indicadores de saúde e representam bastante para o desenvolvimento da PMSM. Analisemos alguns dos que retratam a situação dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no período do recorte do estudo.

Em 2003 houve tímida redução dos leitos hospitalares psiquiátricos leitos para 364, sendo todos contratados. Os documentos avaliam que com a implantação do Programa de Saúde Mental no município, verificou-se uma redução significativa nas internações psiquiátricas da população residente em Aracaju. Aliado a este fato com nova classificação do PNASH, estes hospitais na reformulação de suas capacidades instaladas, tem sistematicamente reduzido a oferta de leitos, de modo que a proporção de leitos de internação em hospitais psiquiátricos previa redução de cerca de 40,0% do total (Doc4).

Curiosamente, em 2004 a internação hospitalar em psiquiatria apresentou maior média de permanência de todas as internações do SUS Aracaju (54,83 dias/internação). A supervisão hospitalar era feita pelo NUCAAR e para a discussão sobre redução de leitos psiquiátricos foi organizada uma Comissão de Avaliação para o PNASH com representantes da SM/SMS, COVISA, NUCAAR, SES e MS. A Clínica Santa Maria obteve pontuação abaixo do permitido, o que demandou uma reavaliação, prevista em portaria (Doc5).

Segundo os dados coletados, a Rede de Atenção Psicossocial começou também nesse período a desenvolver ações direcionadas para política públicas específicas, como a da

Infância e Adolescência e a de Álcool e/ou outras Drogas. Quanto à primeira, percebe-se nos documentos que desde o início do período do recorte desse estudo, ganhou destaque, com o entendimento de que a Política não poderia se resumir à oferta de atendimento em CAPS.

A Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente vem sendo discutida de forma intersetorial por todas as Secretarias da PMA. Visando ofertar atendimento em psiquiatria infanto-juvenil, esta especialidade foi incluída no CEMCA. No final de 2003 ficou definida a implantação do CAPS infanto-juvenil para atender a demanda com transtornos mentais severos e persistentes e dependência de drogas, através de parceria com SEMASC e Petrobrás. Discussão junto as ONG's que prestam serviços a crianças e adolescentes com necessidades especiais, a fim de firmarmos convênios e ampliar oferta de assistência (CIRAS, APAE, AMAS). (Doc4)

Segundo registros, a SMS investiu também na interlocução com instituições de ensino nesse percurso. Conforme os Relatórios de Gestão dos anos 2003 e 2004 foram realizadas novas parcerias, convênios e consultoria, como a Universidades Tiradentes e Pio Décimo, junto aos cursos de Psicologia e Assistência Social a fim de receber estagiários de final de curso nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, percebemos ao longo dos dados levantados que não se conseguiu produzir modificações substanciais na formação, como na reforma curricular tão urgente e mencionada em discursos de entrevistados.

Considerando que a quase totalidade dos profissionais que assumiu o concurso público em 2004 adveio do concurso público, e, como já discutido, havia a dificuldade da grande maioria de trabalhar com saúde mental, seja por dificuldade técnica ou pela relação histórica de estigma da loucura e de usuários de AD, o registro dos documentos demonstra que a SMS investiu significativamente em ações de educação permanente (EP) a partir de então. Foram diversas as ofertas, contemplando-se o máximo de profissionais da SMS Aracaju (Doc4, Doc5 e Doc6), a exemplo:

- Grupo teatral contratado pela SMS montou espetáculos com diversos temas.
- “Oficina de saúde mental para construção do sistema de gestão da saúde mental”, com objetivo de definir as Unidades Assistenciais da Rede de Saúde Mental.
- Atividades de educação permanente para trabalhadores da rede básica, sendo 1 Oficina em SM para as equipes do PSF, 1 sobre Programas e Protocolos, que incluiu o tema da SM.
- EP para trabalhadores das diversas redes assistenciais, entre elas a SM.
- “Acolhimento aos novos concursados”.
- EP para organização do sistema de saúde, destinada aos gestores e trabalhadores da Rede de SM.
- Esquete produzida pelo CEPS (Grupo Iacema), denominada “Para onde vai Malu?”

- Participação da equipe de Consultoria de Campinas na oferta de Capacitações das equipes dos CAPS

Conforme apresentado nos Relatórios de Gestão, tratou-se de garantir à população o acesso às medicações psicotrópicas necessárias para o cuidado em saúde mental desde o ano de 2002. Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica da SMS Aracaju incluiu na relação oficial de medicamentos dispensados, itens de psicotrópicos, como antidepressivos, antimaníacos, antiparksonianos, antipsicóticos, hipnóticos e ansiolíticos.

O dispositivo do Apoio Matricial também aparece em diversos documentos bem como em entrevistas com o sentido de ampliação da clínica da saúde mental, na proposta de fortalecer a PMSM, uma vez que efetiva o trabalho na lógica do território e em rede. O Apoio Matricial na Rede de Atenção Psicossocial teve por base a idéia de que o CAPS seria o ordenador de seu território adstrito; isto implicaria dizer que cada CAPS em funcionamento era responsável por uma área na cidade de Aracaju, e todos os estabelecimentos de saúde correspondentes a esse território, especialmente as Unidades Básicas de Saúde, teriam interlocução direta e suporte técnico quanto às questões da saúde mental. Os CAPS, por sua vez, organizar-se-iam na lógica de equipes de referência (ou mini-equipes) a fim de organizar seu processo de trabalho e atender às necessidades sanitárias de um determinado território.

Por esse motivo possivelmente o Doc4 descreve que “*os CAPS passaram a ser o grande formador de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica em Aracaju*”. De acordo com o que se acompanha nesse estudo, supomos que essa afirmativa da SMS se refere ao Apoio Matricial. Ou seja, o CAPS ser referência para as ESF de seu território, bem como outras instituições que estiverem na área; nesse sentido, têm a responsabilidade sanitária de dialogar sobre saúde mental, emprestar e trocar saberes sobre a temática, geralmente partindo de situações cotidianas (a exemplo dos casos de usuários que são atendidos em co-responsabilidade); enfim, ampliar essa clínica de cuidados em saúde mental.

(...) o entendimento era que a gente precisava fazer uma clínica radicalmente diferente. Então vimos que era preciso fazer a voz circular e começar a mobilizar os espaços, de todos os lugares, porque eles não tinham vida, não tinha voz, era silencioso, e era silenciado. Era silencioso porque era silenciado. Era promover, apostar, investir em espaços de vocalização. Então fazer pequenos grupos com usuários... discussões... bater à porta do psiquiatra, que até então apenas questionava ‘quem é você?’... Então no local que parecia que não podia nada, sem vida, sem produção de saúde, a gente teve alguns bons encontros. (...) no município algumas dessas coisas já

estavam dadas, desde o processo de formulação da Política e implantação dos serviços; então, por exemplo, reunião de equipe, tem que ter; assembléia com usuários, tem que ter. Se a gente tava experimentando, aprendendo ainda, tudo bem, mas a gente teria que aprender, com a própria experimentação. E muitas vezes a resposta era com eles mesmo, com os usuários que a gente construía. Então era democratizar as relações de fato, isso tido como princípio. Tinha que apostar nisso. Todas essas coisas foram dando corpo ao movimento do RP. (E7)

Assim, tanto o Apoio Matricial como outros dispositivos da clínica da saúde mental estariam sendo discutidos e (re) posicionados pelas equipes, conjuntamente com a gestão. Esse aspecto, segundo entrevistados, foi um dos que Aracaju teria por que receber destaque em relação a outros municípios: das experimentações diferenciadas e de qualidade em fazer a clínica de SM. Uma clínica comprometida com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, que rompesse com o modo manicomial de fazer.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*As pessoas não estão em silêncio, elas foram silenciadas. (...)
Lutemos então... Antes que a noite se prolongue tanto que o sol decida não nascer.
Carmen Teixeira, em “Andorinhas” (2011, p. 20-21)*

Ao finalizar esse estudo, cabe destacar alguns dos principais resultados alcançados e apontar os desafios que se colocam para a efetiva consolidação da PMSM. A conclusão mais geral é que esse processo só se tornou possível pela confluência de um conjunto de elementos favoráveis configurados no contexto político nacional (homologação da Lei Federal 10.216/01), no âmbito do SUS, no Ministério da Saúde (Portarias, Planos) e, principalmente, pela mudança no cenário político municipal ocorrido com as eleições de 2000, que implicaram na indicação de um prefeito e um secretário de saúde sensível ao tema da saúde coletiva e da saúde mental propriamente dita.

Nesse sentido, a especificidade do Contexto político e institucional no âmbito da SMS Aracaju no período de 2001 a 2004 ganhou destaque com a participação dos Atores Governamentais, sob a liderança do então Secretário de Saúde, cujo perfil (intelectual e político) é marcado pelo compromisso com a Reforma Sanitária e a construção do SUS bem como com a conformação de uma área técnica de saúde mental que se apresentou ativa, disponível e disposta a acompanhar os rumos das Proposições de Soluções para as diversas lacunas históricas na assistência em saúde mental que marcavam o município de Aracaju.

Na cena política configurada nesse momento, a saúde mental foi, portanto, incluída na agenda de prioridades da gestão, fato que possibilitou o desenvolvimento de um processo político-institucional que tomou como eixo a análise crítica do modelo assistencial vigente na área e a elaboração e implementação de propostas de mudança. Estas propostas, por sua vez, tomaram como referência não só os princípios e diretrizes da RPB, em sua vertente "antimanicomial", senão que se articularam dinamicamente com o projeto de mudança do modelo de atenção à saúde no município de Aracaju, como um todo, que adotou como estratégia a organização de Redes de atenção à saúde.

A saúde mental, que até 2001 era marcada pela assistência do modelo hospitalar, pôde reverter radicalmente sua formatação. Desse modo, nessa época, investiu significativamente

na implantação de serviços tipo CAPS, fazendo com que o município tivesse uma cobertura assistencial instalada considerada uma das melhores do país até hoje (Brasil, 2011). Além disso, investiu em outras modalidades assistenciais, o que caracteriza uma Política Pública Intersetorial; isso significa entender que a saúde isoladamente não dá conta de responder a todas as necessidades que lhe demandam. Deste modo, urge produzir articulações com outros serviços de saúde, mas também com outros setores sociais, a exemplo da Assistência Social, Cultura, Trabalho, Educação, entre outros. Fato é que a PMSM em Aracaju nasce com essa premissa, possivelmente pautada no diagnóstico de necessidade de garantir um cuidado integral, e que este só seria possível se os setores se articulassem e trabalhassem juntos.

Nesse contexto, pensando no nível micro, ou seja, nos espaços onde se opera a saúde mental efetivamente, a exemplo dos CAPS e Residências Terapêuticas, temos um dado importante e crucial acerca da questão da dificuldade de formação adequada para os profissionais que atuam na área. Aliás, essa discussão tem tomado rumos importantes em nível nacional, no sentido de levantar preocupações acerca da própria sustentabilidade da Política Nacional, em detrimento de sinais de exaustão da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pitta (2011, p. 4580) questiona: “*Após anos de resistência cívica e vitórias acumuladas estaria a RPB dando sinais de exaustão?*”, ou seja, o que manterá acesa a chama de um movimento exitoso que resiste à força do tempo e do estigma nesses dez anos de lei?

Nosso estudo agrega evidências de que investir na qualificação dos profissionais de saúde mental deve ser, sem dúvida, um dos requisitos básicos para a garantia de uma Política Pública de Saúde Mental. No entanto, não basta formação teórica ou técnica, é preciso ativar a militância, e esta, sem dúvida é tarefa muito mais complexa de se resolver. De qualquer modo, é fato: precisamos de mais Atores participando desse percurso, por isso é necessário renovar os militantes dos Movimentos Sociais que transformaram e conquistaram leis e colocaram serviços para funcionar mas que hoje ocupam espaços de gestão, atuando em um outro lugar.

Ainda na questão dos Atores, é possível pensar que é necessário fomentar o Movimento Social de familiares, usuários, instituições de ensino. Uma política formulada não garante nem sua permanência muito menos sua condição de operar em condições adequadas. Será preciso trabalhar em conjunto, reafirmando os compromissos firmados com a RPB, o MLA e as Conferências de Saúde Mental que continuam solicitando mudanças e melhorias

nos sistemas e serviços. Como assinala Oliveira e Passos (2007, p. 273): “*a luta antimanicomial pede não só um reordenamento político-administrativo dos recursos e programas sociais, mas, principalmente, a presença de atores que se responsabilizem pelas novas tecnologias de cuidado*”. Além disso, é importante salientar a necessidade de sujeitos ocupando os diversos espaços do Controle Social, tendo clareza de seu papel na construção cotidiana e consolidação do SUS e da RPB.

Em Aracaju, avançou-se significativamente no SUS municipal. A PMSM está formulada e implantada. Atualmente são seis CAPS, quatro Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, Leitos de AD em Hospital Geral, seis Referências de Saúde Mental no território, Apoio Matricial nas Unidades de Saúde da Família (em parceria com os CAPS de referência), Projeto de Redução de Danos, SAMU (Serviço Móvel de Urgência), Unidades de Pronto-Atendimento para retaguarda de AD para desintoxicação, redução de leitos nas clínicas psiquiátricas privadas, investimento em educação permanente para os profissionais de saúde (com oferta de Mestrado, cursos de Aperfeiçoamento, capacitações, supervisão clínico-institucional nos CAPS etc).

A responsabilidade da continuidade e consolidação desse processo depende de todos os Atores que compõe o cenário social e político, logo, transcende o campo que se restringe aos gestores, como comumente ouvimos nos corredores e reuniões de equipe dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Desse modo, Ana Pitta (2011) nos interroga à reflexão mais uma vez com questões de ordem prática que podem estar atrapalhando o andamento das PSM, especificamente a situação dos trabalhadores, ao afirmar que no limite, todos, de todas as profissões, querem condições ideais de atendimento aos usuários, e melhores condições de trabalho para si. Por isso, ela mesma faz o convite-convocação à reflexão de nossas práticas cotidianas:

Atualmente, muitos desses profissionais que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e técnica com a ‘boa prática’, para sustentar a interdisciplinaridade por consequência a potência das equipes nos territórios, **parecem desconhecer, ou não se sentem convocados, ao apelo ético-político desses primeiros momentos.** Existe uma paradoxal estratégia defensiva de fuga da responsabilidade na construção de ‘uma clínica em movimento’. (*idem*, p. 4582) [grifo nosso]

Acreditamos que a construção de novas políticas em saúde mental não deve se esgotar na sua formulação, pois a implementação dessas políticas exige lutas que se efetivam pelas ações dos sujeitos que estão aí implicados. Não basta afirmar no texto da portaria a função reguladora e ordenadora dos CAPS na rede de saúde mental. Torna-se necessário que as ações diárias dos profissionais garantam a efetividade dessa política. (OLIVEIRA e PASSOS, 2007, p. 273).

Com esse estudo, pudemos concluir que uma das principais etapas foi vencida: a PSM de Aracaju está pronta. Há vários problemas e dificuldades a serem reparadas. Porém, o seguimento dela é de responsabilidade de todos. Isso significa revê-la, revisita-la, reformulá-la, mas também fazer o mesmo com os saberes e práticas cotidianas dos sujeitos. Trazer a diversidade teórico-clínica e política para o universo do nosso dia a dia, com os nossos pares e com a tarefa de ampliar essa discussão para fora, para a sociedade em geral.

O doente mental, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania (*“eles não estão em silêncio, eles foram silenciados”*, repetindo Carmen Teixeira (2011)), constrói-se em sujeito cidadão. Sendo esta uma questão mais ético-política e cultural do que técnica, o futuro da RPB está na expectativa que os usuários, familiares, trabalhadores - esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia - e gestores encontrem modos mais sensíveis de *“reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas”* (PITTA, 2011).

Fazer efetiva e cotidianamente da RPB uma política pública seria concretizar esses princípios básicos, o da cidadania, da autonomia, dos direitos humanos, do compromisso com a saúde e com a vida dos sujeitos. Há que provocar desejos, endereçar convites, tecer redes e a este fim se destinam os princípios, as ações e os equipamentos que compõem a Reforma Psiquiátrica, que se traduzam em Políticas de Saúde Mental concretas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁶

AMARANTE, P. (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ARRUDA, I. S. A Reforma Psiquiátrica e o Planejamento em Saúde Mental: um estudo na cidade de Salvador – Bahia. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2011.

ARRUDA, M. Assistência Psiquiátrica em Sergipe: da Santa Casa de Misericórdia de São Cristóvão ao Aduito Botelho. Aracaju: no prelo, 2002.

BARBOSA, S. M. A. Do fechamento do Aduito ao nascimento do CAPS: a história da saúde mental em Aracaju. 2006. Monografia de conclusão de curso de pós-graduação *Latu Sensu* (Especialização em Gestão em Saúde da Família). FANESE. 2006.

_____. Família: o manicômio do novo modelo? – o papel da família no processo de desinstitucionalização da doença mental. 2003. Monografia de conclusão de Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe, 2003.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASAGLIA, F. (org.). A Instituição Negada – relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA JUNIOR, B. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>. Acesso em: 20/12/11.

_____. Ministério da Saúde. SAS. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2010a.

_____. Ministério da Saúde. SAS. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento com Classificação de Risco. Brasília: Ministério da Saúde: 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: MS, 2004a.

²⁶ Baseada na NBR 6023 de ago. 2002, da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. *In: Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília: MS, 2004b.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. *In: HOCHMAN, G et al (org.). Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2007.

_____. *O Processo de Agenda-Setting na Reforma da Administração Pública: 1995-2002*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil, 2004.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. *Microfísica do Poder*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001a.

_____. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001b.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/SE2010.pdf. Acesso em 21 de dezembro de 2011.

JORNAL DA CIDADE. Matéria: Aracaju é a 4ª capital em Emprego e Renda. Disponível em: http://www2.jornaldacidade.net/noticias_ver.php?id=17680. Acesso em: 22 de dezembro de 2011.

KINGDON, J. W. *Agenda, Alternatives and Public Policies*. 2º ed. Hallper: Collins College Publishers, 1995.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

_____. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. *In: Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais*. Coleção Ensaio Transversais. São Paulo: Escrituras, 2001. vol. 9.

NOB-SUS 96. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96* - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. *Vivência* (Natal). , v.1, p.259 - 275, 2007.

OMS/ OPAS. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Caracas: OMS/OPAS, 1990.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. *In: Revista Saúde Pública*. 2006; 40 (N Esp): 73-8. 2006.

PERDICARIS, P. R. Gestão para Resultados como Política Pública: Uma análise da Formação da Agenda e Formulação de Alternativas em Municípios Brasileiros, 2009. São Paulo. Dissertação de Mestrado em Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2009.

PINHEIRO, G. H. A. Comentários à Lei da Reforma Psiquiátrica: uma leitura constitucional da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Fortaleza: Ed. Tear da Memória, 2010.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de políticas. *In: Rev.. Pol. Publ. São Luís*. V. 12, n.1, p. 27-36, jan/jun. 2008.

_____. Ascensão e Queda de uma Questão na Agenda Governamental: o caso das Organizações Sociais de Saúde na Bahia. Bahia, 2004. Tese de Doutorado em Administração do Núcleo de Pós Graduação em Administração da UFBA, 2004.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

SANTOS, R. C. Saúde Todo Dia – uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, R. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju de 2010.

_____. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju de 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Ações Programáticas – Apresentação. Aracaju: SMS, s/d.

_____. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju de 2001.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. *In: HOCHMAN, G et al (org.). Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2007.

_____. Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. *In: Sociologias* (8) 16, Jul-Dez, 2006, 20-45, Porto Alegre, 2006.

TEIXEIRA, C. Andorinhas – pequena memória da reforma sanitária brasileira. Salvador: Étera, 2011. 148p.

_____. (org.). Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TEIXEIRA, C. F. e SOLLA, J. (orgs.). Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. EDUFBA: Salvador, 2006.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: histórias e conceitos. Revista História, Ciência, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9(1): 25-29, jan-abr. 2002.

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTOS SELECIONADOS

Codificação	Identificação do Documento/ Título	Autores/ Instituição	Tipo de documento	Conteúdo	Data/ Ano de publicação	Local	Meio de Divulgação
Doc1	Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju 2001-2004	Marcelo Déda /Prefeito e Rogério Carvalho/Secretário de Saúde	Técnico	Documento caracteriza o município (aspectos geográficos, demográficos, ambientais, econômico-sociais) até apresentar análise da situação de saúde. Apresenta metas com objetivos, prioridades de ação e estratégias definidas	2001	Aracaju	Interno
Doc2	Relatório de Gestão da SMS Aracaju	SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta o processo de gestão e atenção da saúde destacando os resultados atingidos, além de registrar relatório orçamentário-financeiro dos recursos destinados à SMS Aracaju.	2001	Aracaju	Interno
Doc3	Relatório de Gestão da SMS Aracaju	SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta o processo de gestão e atenção da saúde destacando os resultados atingidos, além de registrar relatório orçamentário-financeiro dos recursos destinados à SMS Aracaju.	2002	Aracaju	Interno
Doc4	Relatório de Gestão da SMS Aracaju	SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta o processo de gestão e atenção da saúde destacando os resultados atingidos, além de registrar relatório orçamentário-financeiro dos recursos destinados à SMS Aracaju.	2003	Aracaju	Interno
Doc5	Relatório de Gestão da SMS Aracaju	SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta o processo de gestão e atenção da saúde destacando os resultados atingidos, além de registrar relatório orçamentário-financeiro dos recursos destinados à SMS Aracaju.	2004	Aracaju	Interno

Doc6	Projeto Saúde Todo Dia	Secretário da SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta um relato da política de saúde em Aracaju, descrevendo seus principais componentes teóricos e sua tradução na implantação de um modelo tecnoassistencial	2003	Aracaju	Interno
Doc7	Proposta de implantação do modelo de assistência à saúde mental na cidade de Aracaju/SE	Área técnica de saúde mental da SMS Aracaju	Técnico	Documento apresenta justificativa, objetivos, metas, propostas de criação de CAPS, financiamento, plano de ações, indicadores para implantação de modelo de atenção em saúde mental para SMS Aracaju	2002	Aracaju	Interno
Doc8	Planejamento de Gestão em Saúde Mental	Área técnica de saúde mental da SMS Aracaju	Técnico	Documenta apresenta mapeamento da gestão e faz diagnóstico da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), com os CAPS e outros serviços existentes bem como modo de funcionamento. Além disso, define a missão de cada um deles e refere o sistema de gestão	2003	Aracaju	Interno
Doc9	Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde de Aracaju	SMS Aju	Normativo	Documento é resultado de processo efetivo do controle social. Trata-se de um compilado de informações sobre a conformação do SUS Aracaju e sobre as propostas aprovadas pelos delegados sobre a situação de saúde do município para os próximos anos.	2004	Aracaju	Público

Anexo B – Relação de Informantes-Chaves

	Formação profissional	Cargo/Função exercida na SMS (período)	Codificação
1.	Psicóloga Sanitarista	Trabalhou como psicóloga em ambulatório, além do primeiro CAPS de Aracaju; foi coordenadora deste serviço e posteriormente compôs o Coletivo Gestor da SMS Aracaju. Atualmente é gestora da SES na área de Educação Permanente.	E7
2.	Médica Psiquiatra	Foi gestora, diretora do HP Adauto Botelho; compôs o Coletivo Gestor da SM da SMS Aracaju, implantou o CAPS infanto-juvenil em 2002. Atualmente trabalha na assistência.	E5
3.	Médica Psiquiatra	Gestora. Coordenadora municipal de saúde mental de fevereiro de 2001 a dezembro de 2006. De 2007 até a presente data, coordena a área técnica de saúde mental da SES/Sergipe.	E6
4.	Usuário	Usuário do SUS Aracaju. Ex-usuário de CAPS, atualmente em ambulatório, presidente da Associação de Usuários	E3
5.	Assistente Social	Trabalhou no Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno, compondo grupo de militantes em saúde mental na década de 80. Atuou no PSF, foi gestora da Rede de Atenção Psicossocial.	E2
6.	Psicóloga, professora da UFS, consultora da PNH/MS	Prof. ^a Dr. ^a do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, atuando na área de concentração de Psicologia Social, especialmente Saúde Mental. Consultora do Ministério da Saúde da Política Nacional de Humanização (PNH). Participou, em diversos momentos, de processos de avaliação e produção de novos modelos de atenção e gestão para a Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju como consultora.	E4
7.	Médico Psiquiatra	Atua na assistência em psiquiatria em CAPS e Ambulatórios de Aracaju e do estado de Sergipe. Foi presidente da ONG Luz do Sol, que criou o CAPS I Arthur Bispo do Rosário. Trabalhou como gerente de saúde mental na SES/Sergipe	E1

ANEXO C – Roteiros de Entrevistas

Anexo C.1 – Atores Governamentais

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Formação profissional
3. Cargo que ocupa/Função que desempenha atualmente
4. Cargo/Função desempenhada no período 2001-2004
5. O que você pensa sobre o processo de Reforma Psiquiátrica?

PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PSM (Atores e Processos envolvidos)

Atores

1. De que forma você participou da formulação/implantação da Política de Saúde Mental em Aracaju?
2. Quais entidades, pessoas, instituições (“atores sociais”) participaram no processo da formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju?
3. Em sua opinião, qual o papel desempenhado pela sociedade civil nesse processo? E qual o papel do governo municipal?

Processo

1. Em sua opinião, que fatos geraram a necessidade de incluir a Saúde Mental na agenda política de saúde em Aracaju?
2. Que marcos você considera importantes nesse processo de formulação da Política de Saúde Mental?
3. Como foi desenvolvido esse processo de formulação da Política: (*Situação – conjuntura; Elaboração das propostas; Aprovação (impasses? ou não?); Atividades realizadas; Resultados alcançados*)
4. Em sua opinião, que fatores contribuíram ou dificultaram a formulação dessa Política?
5. De que modo a formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju tem contribuído para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira?

Anexo C.2 – Atores não-governamentais

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome
2. Profissão/ocupação
3. Vínculo com o sistema de saúde atualmente
4. Vínculo com o sistema de saúde no período 2011-2004
5. O que você pensa sobre o processo de Reforma Psiquiátrica?

PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PSM (Atores e Processos envolvidos)

Atores

1. Você participou do processo de formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju? Se sim, de que modo?
2. Quais entidades, pessoas, instituições (“atores sociais”) você identifica que participaram no processo da formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju?
3. Em sua opinião, qual o papel desempenhado pela sociedade civil nesse processo? E qual o papel do governo municipal?

Processo

1. Que marcos você considera importantes nesse processo de formulação da Política de Saúde Mental de Aracaju? (*Problemas, necessidades*)
2. Em sua opinião, que fatores contribuíram ou dificultaram a formulação dessa Política?
3. De que modo a formulação da Política de Saúde Mental em Aracaju tem contribuído para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira?

ANEXO D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do projeto: O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: a experiência de Aracaju.

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, com autoria de Simone Maria de Almeida Barbosa, sob a orientação da professora Carmen Fontes Teixeira, tem por objetivo discutir acerca do momento histórico e o processo em que a saúde mental passa a fazer parte da agenda política da Secretaria Municipal de Saúde. A produção de dados desta pesquisa implicará na realização de análise de documentos municipais (documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde) e entrevistas semi-estruturadas com dirigentes e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. Estas entrevistas envolverão perguntas relacionadas ao contexto e ao processo da formulação da política pública correspondente. As informações contidas nas entrevistas serão gravadas após o entrevistador estar ciente deste documento e aceitar colaborar com a pesquisa.

Ressalta-se que as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, estando submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Neste sentido, essas informações serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Como fins acadêmicos, os resultados elaborados serão apresentados também sob a forma de artigos a fim de serem submetidos a periódicos científicos.

Destaca-se que a participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento do estudo. Vale ressaltar que a participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao entrevistado, também não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer momento, o (a) Sr. ou Sra. terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar com a pesquisadora responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelos telefones: (79) 8818-5383 (da pesquisadora principal: Simone Maria de Almeida Barbosa) ou pela coordenadora Carmen Fontes Teixeira - (71) 3283-7409. Além disso, terá garantida a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial.

Tendo recebido todas as informações e esclarecido dos meus direitos apontados anteriormente, declaro estar ciente do exposto e concordo em participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Aracaju, _____, _____, 2011.

Assinatura do informante

Simone Maria de Almeida Barbosa
Pesquisadora responsável

ANEXO E: MATRIZ PARA ANÁLISE DOS DADOS

E1- CONTEXTO

Objetivos do Estudo	Unidade de análise Contexto	EVIDÊNCIAS COLETADAS (INFORMAÇÕES)	Fontes de Verificação (E1, E2, Doc1, Doc2...)
Caracterizar o contexto político institucional e Identificar os atores envolvidos com o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental	a) Contexto político municipal 2001-2004		
	b) Contexto político institucional (SMS)		
	c)Contexto político em Saúde Mental c.1) atores governamentais e não governamentais que atuavam no âmbito da Saúde Mental do município; c.2) relações entre Atores governamentais no âmbito municipal e o contexto político em saúde mental no âmbito estadual e nacional		

E2- PROCESSO (formulação /implantação)

Objetivo	Unidade de análise Processo	EVIDÊNCIAS COLETADAS (INFORMAÇÕES)	Fontes de Verificação (E1, E2, Doc1, Doc2...)
Caracterizar o processo de formulação da Política	a) o Papel de cada Ator no processo;		
	b) Problemas identificados pelos atores envolvidos;		
	c) Propostas formuladas pelos atores para o enfrentamento dos problemas;		
	d) Políticas de saúde mental efetivamente adotadas na SMS-Aracaju;		
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de formulação da política municipal de saúde mental 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados (atividades realizadas durante o processo de formulação/implantação) 		

ANEXO F - Propostas de Saúde Mental aprovadas na VII Conferência Municipal de Saúde de Aracaju

Eleição do Conselho Municipal de Saúde – dois delegados usuários de SM.

Propostas Aprovadas:

4.3.1 - Propostas para Consolidação da Rede de Atenção Básica: Implantar todos os programas e protocolos para situação de risco e/ou vulnerabilidade, entre eles o de SM.

4.3.2 - Propostas para Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial:

Fortalecer o modelo assistencial, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica, e no movimento de luta antimanicomial, que visam a inclusão e reinserção social do portador de transtorno mental, o cuidar em liberdade e a busca de autonomia no lidar com a própria vida;

Implantar plenamente rede substitutiva de serviços de saúde mental com redução gradativa de leitos em clínicas psiquiátricas;

Pleitear frente ao MS o recadastramento do CAPS I em CAPS II;

Implantar mais um CAPS II;

Elaboração de convênios com ONG's que prestam serviços a crianças e adolescentes com necessidades especiais a fim de firmarmos co-gestão para atender a este público somando-se à rede de atenção à criança e ao adolescente;

Consolidar supervisão e monitoramento das ações na área de SM;

Assumir a responsabilidade no acolhimento da crise, desde o resgate e regulação através de protocolo de atendimento de urgência e emergência à SM e implantação de emergência psiquiátrica em hospital geral, desde que haja uma equipe de profissionais com capacitação em SM em tempo integral;

Implantar plenamente o AM (suporte) em SM às ESF's das unidades de saúde. Este apoio será oferecido pela equipe multiprofissional do CAPS que desenvolverá atividades como interconsulta, discussão de casos para composição de projetos terapêuticos, tecnologias para abordagem de grupos;

Fortalecer as referências regionais de psiquiatria e psicologia como suporte ao apoio matricial para abordar casos mais complicados como abuso e violência sexual, drogas, entre outros, tendo na referência a medicação prescrita;

Capacitação de todas as ESF's para a inclusão da saúde mental no seu cotidiano, de forma a utilizar recursos no território como cooperativas e programas sociais que propiciem inclusão do portador de transtorno mental no mercado de trabalho e/ou ressocialização;

Incentivar a criação de associação de usuários e fortalecimento de associações de familiares;

Intensificar nos CAPS os espaços de interlocução com usuários, familiares, trabalhadores e gestores;

Transformar o CAPS Arthur Bispo do Rosário em CAPS II sob a co-gestão do município;

Pleitear junto ao MS a criação de RTs em Aracaju;

Firmar parcerias com instituições para abertura de albergues aos moradores de rua usuários da rede psicossocial;

Solicitar aos órgãos responsáveis o cumprimento da proibição da venda de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos próximos a escolas (trailers) não autorizados para esta finalidade, conforme deliberação do Ministério Público Estadual;

Capacitação em SM de toda rede e prioritariamente as equipes de saúde da família;

Manter as atividades de educação permanente para todos trabalhadores e gestores das redes assistenciais de atenção básica, média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, saúde mental, urgência e emergência e para as áreas meio da SMS.