



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

O PAPEL DOS ESTADOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Aline Gabriela Simon

**Rio de Janeiro
2010**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

O PAPEL DOS ESTADOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Aline Gabriela Simon

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Políticas Públicas e Saúde.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista

**Rio de Janeiro
2010**

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

S594 Simon, Aline Gabriela
O papel dos Estados na política de saúde mental no Brasil. /
Aline Gabriela Simon. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
205 f., tab., graf.

Orientador: Baptista, Tatiana Vargas de Faria
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Federalismo. 2. Saúde Mental. 3. Política de Saúde.
4. Descentralização. 5. Gestor de Saúde. 6. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.20981

O PAPEL DOS ESTADOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Aline Gabriela Simon

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Políticas Públicas e Saúde.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tatiana Wargas de Faria Baptista (orientadora)
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Paula Cerqueira Gomes
(Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ)

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Dias de Lima
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
(Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ)

Prof^ª. Dr^ª. Cristiani Vieira Machado
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Data da aprovação: 17 de maio de 2010.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer principalmente à minha orientadora querida, que, sempre presente, abraçou o meu tema e cuja contribuição foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada Tati!

À Kalu e Maria Paula pelas suas preciosas dicas e sugestões!

Ao Gustavo que nos ajudou muito na parte da informática.

Aos coordenadores de saúde mental dos estados participantes deste estudo, pela valiosa contribuição, atenção, paciência e prontidão na participação da pesquisa.

Aos meus amados pais, que sempre apoiaram as minhas escolhas, e às minhas amadas irmãs, por estarem sempre ao meu lado.

RESUMO

Este estudo analisou o papel dos estados na política de saúde mental no Brasil no período de 1990 a 2009, tendo em vista a existência de dilemas decorrentes da especificidade de nossa estrutura federativa, da estratégia de descentralização da saúde e de indefinições do papel dos estados na área de saúde mental.

Os estados utilizam várias estratégias e instrumentos na condução da política de saúde mental. No planejamento, a elaboração de planos de saúde mental, em sua maioria, articulados ao processo de regionalização da saúde. Na coordenação federativa, construindo seus marcos legais e participando ativamente dos fóruns de deliberação da política. Na coordenação da atenção, promovendo articulações com outras áreas, dentro e fora da secretaria estadual de saúde, visando o desenvolvimento de projetos e ações de saúde mental. No monitoramento, emitindo relatórios técnicos e supervisionando os serviços de saúde mental. Na prestação de serviços, executando serviços de saúde mental e desenvolvendo iniciativas e experiências exitosas na área.

No entanto, percebeu-se que os estados ainda não desenvolvem de forma sistemática as funções que compreendem, sobretudo, o planejamento, a coordenação federativa e de atenção. O financiamento em saúde mental representa um dos grandes desafios.

Ao fim, discutiu-se as potencialidades e desafios dos estados na condução da política de saúde mental. Os achados deste estudo sugerem que a superação dos desafios relacionados à condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios na elaboração de políticas que atendam à especificidade de cada região, macro ou micro-região, e da promoção de um planejamento ascendente e participativo. Também é necessário o desenvolvimento de uma política de investimentos para o setor que possibilite a assunção de um papel mais ativo dos estados no financiamento em saúde mental.

Palavras-chave: Federalismo; Descentralização na saúde; Gestor estadual; Saúde Mental; Política de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study examined the role of states in mental health policy in Brazil in the period 1990-2009, bearing in mind the existence of dilemmas arising from the specificity of our federal structure, the strategy of decentralization of health and vagueness of the role of states in mental health field.

The states use several strategies and tools in conducting mental health policy. In the planning, preparation of plans for mental health, mostly articulated the process of regionalization of health. In coordinating federal, building their legal frameworks and actively participating in the forums of policy deliberation. In the coordination of care, promoting links with other areas both within and outside the state board of health, aiming to develop projects and actions of mental health. Monitoring, issuing technical reports and overseeing mental health services. In providing services, performing mental health services and developing initiatives and successful experiences in the area.

However, it was noticed that the states have not developed a systematic way the functions that include, above all, planning, coordination and federal attention. The mental health funding represents a major challenge.

In the end, it was discussed the potential and challenges of the states in conducting mental health policy. The findings of this study suggest that overcoming the challenges related to the conduct of state mental health policy depends on the relationship between the federal government, states and municipalities in developing policies to address the specific needs of each region, macro or micro-region, and promoting an up and participatory planning. It is also necessary to develop an investment policy for the sector that makes possible the assumption of a more active role of states in funding for mental health.

Key-words: Federalism; Decentralization in health; state Manager, Mental Health; Mental Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E ANEXOS

Quadro 1 - Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no <i>Momento Germinativo (1990-1996)</i>	61
Quadro 2 - Balanço do papel dos estados no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), segundo macro-funções do Estado na saúde.....	63
Quadro 3 - Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no <i>Momento de Latência (1997-1999)</i>	67
Quadro 4 - Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no <i>Momento de Retomada (2000-2001)</i>	75
Quadro 5 - Balanço do papel dos estados no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), segundo macro-funções do Estado na saúde.....	77
Quadro 6 - Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no <i>Momento de Expansão (2002-2004)</i>	86
Quadro 7 - Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde a partir de 2005.....	93
Quadro 8 - Resumo das principais atribuições dos estados nas normativas e diretrizes federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde.....	96
Quadro 9 - Caracterização da área de saúde mental nos estados (em dezembro de 2009).....	99
Quadro 10 - Características do plano de saúde mental dos estados.....	103
Quadro 11 - Elaboração do plano, regionalização e relação intergestores.....	105
Quadro 12 - Avaliação de cobertura e tipos de CAPS necessários, de acordo com os estados, de modo a atender as necessidades de seu território.....	107
Quadro 13 - Participação dos estados em fóruns de deliberação da política.....	110
Quadro 14 - Principais tipos de produção normativa dos estados de 1998 a 2009.....	113
Quadro 15 - Usos da central de regulação de internação psiquiátrica nos estados.....	118
Quadro 16 - Financiamento em saúde mental.....	122
Quadro 17 - Acompanhamento e monitoramento em saúde mental.....	125
Quadro 18 - Prestação de serviços de saúde mental.....	128
Quadro Descritivo 1 - Principais portarias e outros documentos legais federais da política nacional de saúde mental no período 1990-2009 (Anexo D).....	197
Quadro Descritivo 2 - Principais leis estaduais de saúde mental (Anexo D).....	203
Quadro Descritivo 3 - Principais portarias e outros documentos legais estaduais da política de saúde mental no período 1998 -2009 (Anexo D).....	204

Tabela 1 - Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental - Brasil (2005).....	50
Tabela 2 - Cobertura de CAPS, por UF - Brasil (2009).....	51
Tabela 3 - Distribuição Populacional, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Leitos Psiquiátricos SUS por UF - Brasil (2010).....	100
Tabela 4 - Número de leitos psiquiátricos por esfera administrativa - Brasil (2010).....	130
Gráfico 1 - Leitos Psiquiátricos por natureza no período 1992-1998.....	59

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização por Internação Hospitalar
ASTEC - Assessoria Técnica de Saúde Mental
ATSM - Área Técnica de Saúde Mental
CORSAM - Coordenação Nacional de Saúde Mental
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CCSM - Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DAPS - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
EC 29/00 - Emenda Constitucional nº 29 de 2000
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
GM - Gabinete do Ministro
GAOD - Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas
GAPH - Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
GAP - Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleos de apoio ao Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PL - Projeto de Lei
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
PAD - Plano de apoio à Desospitalização
PSF - Programa de Saúde da Família
PAB - Piso de Atenção Básica
PVC - Programa de Volta para Casa
SAS - Secretaria de Atenção a Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência a Saúde
SPS - Secretaria de Políticas de Saúde
SHR-ad - Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de
Álcool e Drogas
SUS - Sistema único de Saúde
SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SIGLAS DOS ESTADOS BRASILEIROS

Acre - AC

Alagoas - AL

Amapá - AP

Amazonas - AM

Bahia - BA

Ceará - CE

Distrito Federal - DF

Espírito Santo - ES

Goiás - GO

Maranhão - MA

Mato Grosso - MT

Mato Grosso do Sul - MS

Minas Gerais - MG

Pará - PA

Paraíba - PB

Paraná - PR

Pernambuco - PE

Piauí - Piauí

Rio de Janeiro - RJ

Rio Grande do Norte - RN

Rio Grande do Sul - RS

Rondônia - RO

Roraima - RR

Santa Catarina - SC

São Paulo - SP

Sergipe - SE

Tocantins - TO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
DESENHO DO ESTUDO.....	19
<i>Estratégias Metodológicas.....</i>	<i>21</i>
<i>Estrutura do texto.....</i>	<i>25</i>
CAPÍTULO 1. O PACTO FEDERATIVO E O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	26
<i>1.1. Considerações sobre as organizações federativas.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2. Federalismo, Descentralização e papel dos estados na Política de Saúde.....</i>	<i>31</i>
CAPÍTULO 2. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E O PAPEL DOS ESTADOS.....	40
<i>2.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Antecedentes de uma política.....</i>	<i>40</i>
<i>2.2. A Política Nacional de Saúde Mental.....</i>	<i>46</i>
<i> 2.2.1. Desafios para a atuação dos estados na condução da política.....</i>	<i>49</i>
CAPÍTULO 3. O PAPEL DOS ESTADOS NAS NORMATIVAS E DIRETRIZES NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL.....	54
<i>3.1. O Momento Germinativo (1990-1996).....</i>	<i>55</i>
<i>3.2. O Momento de Latência (1996-1999).....</i>	<i>64</i>
<i>3.3. O Momento de Retomada (2000-2001).....</i>	<i>68</i>
<i>3.4. O Momento de Expansão (2002-2004).....</i>	<i>80</i>
<i>3.5. As tendências a partir de 2005.....</i>	<i>90</i>
<i>3.6. Balanço geral sobre o papel dos estados na política de saúde mental.....</i>	<i>95</i>
CAPÍTULO 4. O PAPEL DOS ESTADOS NAS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS EM SAÚDE MENTAL.....	97
<i>4.1. Caracterização geral das coordenações estaduais de saúde mental.....</i>	<i>97</i>
<i>4.2. Papel dos estados na formulação de políticas e planejamento em saúde mental.....</i>	<i>101</i>
<i>4.3. Papel dos estados na coordenação federativa em saúde mental.....</i>	<i>108</i>
<i>4.4. Papel dos estados na coordenação da atenção em saúde mental.....</i>	<i>116</i>
<i>4.5. Papel dos estados no financiamento em saúde mental.....</i>	<i>121</i>
<i>4.6. Papel dos estados no acompanhamento e monitoramento em saúde mental.....</i>	<i>123</i>
<i>4.7. Papel dos estados na prestação de serviços em saúde mental.....</i>	<i>127</i>

<i>4.8. Principais desafios dos estados na condução da política de saúde mental.....</i>	<i>132</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS.....	150

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo o estudo do papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Neste sentido, nos importa saber de que forma os estados brasileiros têm desempenhado seu papel na política de saúde mental, quais as estratégias de articulação desenvolvidas com os demais atores e suas principais dificuldades.

As justificativas relacionadas ao desenvolvimento desse trabalho estão assentadas em algumas questões que devem ser contextualizadas.

A configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de seus princípios, entre os quais a *universalidade, equidade, hierarquização, integralidade e a descentralização político-administrativa*, representou a consolidação de um processo amplo de lutas pela reestruturação e democratização do acesso à saúde impulsionado pelo movimento da reforma sanitária.

No entanto, o formato da descentralização assumida na constituição de 1988 e consubstanciada na Lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90), implicou mudanças no papel atribuído aos três entes federativos, sendo a esfera estadual preterida neste modelo, que enfatizou, principalmente, o papel dos municípios (Lima *et al.*, 2008).

Para Souza (2002), um dos problemas que envolveriam as formulações conceituais sobre a descentralização, diria respeito ao fato de que a literatura passou a enfatizar o *slogan* “pense global e aja localmente”, ignorando a importância de outras esferas, tais como, no caso dos países federativos, os estados-membros.

Paralelamente, na área de saúde mental, em um processo de lutas contra a hegemonia da prática manicomial excludente, consolidou-se no país o movimento da reforma psiquiátrica que representa um importante veículo de lutas em torno do resgate da cidadania dos usuários de saúde mental e da transformação e superação da estrutura asilar. Sua operacionalização em política pública nacional na década de 1990 com a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM) e a aprovação da Lei 10.216/2001 que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (Brasil, 2001), tem viabilizado a criação de políticas públicas na área e a mobilização de diversos profissionais, instituições e a própria sociedade no que se refere a um novo olhar social e atenção à loucura. Também inaugura-se um novo marco na produção normativa em saúde mental através da apresentação de portarias ministeriais com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial.

A criação de uma política específica na área de saúde mental representa a sua inserção em um contexto macro representado pelo SUS, embora traga em seu bojo suas especificidades. Neste sentido, o desenho da política nacional de saúde mental ao privilegiar a municipalização dos serviços substitutivos (Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasil, Ministério da Saúde, 1994), seguindo a tendência da descentralização da saúde em geral, também pode ter negligenciado o papel da esfera estadual quanto à organização da assistência em saúde mental.

Se analisarmos que a maioria dos municípios brasileiros não está preparada para assumir todas as responsabilidades que lhes cabem, e sendo a lógica do modelo assistencial em saúde mental pautada em estratégias de cuidado que visam a autonomia do sujeito, sendo necessária a criação de espaços mais democráticos e de articulação com os diversos atores presente no território, é desejável que na política de saúde mental a gestão seja integrada entre os três entes federativos e a partir de canais de cuidado intersetoriais, embora isso represente um desafio, dada as diferentes disputas de projetos.

O direito à saúde, tanto na política de saúde em geral, como na política de saúde mental, não se remete a territórios isolados, mas a um sistema nacional, com vistas à cooperação e interlocução entre os demais entes federativos. Machado *et al.* (2007:152) destacam que “*na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde não respeitam as fronteiras dos territórios político-administrativos*”, dado que os fluxos estariam associados à forma pela qual os cidadãos se apropriam do território de diferentes maneiras. Neste sentido, propostas de políticas regionais tornam-se importantes para a garantia do projeto nacional, o que exige a conformação de espaços de pactuação entre os níveis gestores e de atribuição de funções ao nível estadual, buscando reverter a municipalização atomizada.

Além disso, em que pese a importância de uma política nacional de saúde mental para a direcionalidade do processo político, visto que um nível central forte facilitaria a construção de políticas públicas mais redistributivas, de maneira a evitar a fragmentação excessiva do Estado e as desigualdades regionais (Arretche, 1997), esta, contudo, não deve implicar na adoção de padrões e modelos assistenciais uniformes em todo territorial nacional. Assim, também é de extrema importância que se respeitem as especificidades loco-regionais e as iniciativas singulares, lembrando que isto apenas logrará êxito através da criação de espaços de cooperação entre os vários atores envolvidos, tanto no setor saúde, quanto nas demais políticas.

Estas questões chamam à atenção para a participação fundamental dos estados na formulação e adaptação regional da política de saúde mental, na coordenação das ações de saúde mental no território, no combate às desigualdades, e na melhoria das condições locais por meio do fortalecimento da capacidade institucional nos municípios, principalmente naquelas regiões onde existem verdadeiros vazios assistenciais.

Viana *et al.* (2002) apontam que análises sobre o processo de descentralização, e, em especial, na saúde, indicaram a tendência de poderes locais terem respondido de forma mais direta pelo (in)sucesso de determinadas políticas públicas, evidenciando um certo grau de autonomia na gestão local e de conformação de modelos singulares de saúde, tanto regionais quanto locais. Contudo, a autora indica que esses modelos dependeriam de inúmeras variáveis, destacando-se, as formas prévias de gestão e organização dos serviços, os arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional, o tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder, os perfis de financiamento e o gasto local em saúde.

Analisando uma política específica, a de saúde mental, este estudo pode trazer contribuições importantes para a compreensão de dois aspectos fundamentais, ainda pouco valorizados na literatura, o papel das instâncias estaduais na política de saúde brasileira e o modo de atuação dos estados na condução da política de saúde.

Este é um tema de grande importância no momento atual quando se busca fortalecer o papel dos estados na condução das políticas públicas de saúde. Nos últimos anos o foco principal dos estudos na grande área de saúde pública têm sido as experiências municipais ou a condução da política nacional, e na área de saúde mental são escassos os estudos que evidenciam o que tem sido o esforço do ente estadual na construção da política de saúde mental. Assim, este estudo vem buscar atender a essa lacuna e pretende contribuir para uma reflexão acerca dos desafios dos estados na condução da política.

A configuração do objeto de investigação baseia-se nessas idéias, sendo um pressuposto desse estudo a importância da esfera estadual no desenvolvimento da política e na articulação e construção de uma rede de serviços de saúde mental. A partir disso, algumas questões são construídas: De que forma os estados têm desempenhado seu papel na política de saúde mental? Eles têm sido capazes de diversificar as estratégias e instrumentos preconizados pela política nacional de modo a atender as especificidades regionais e a mudança do modelo assistencial em saúde mental? Eles têm desempenhado função relevante na descentralização da política de saúde mental e

na organização do sistema de serviços de saúde nesta área? Que recursos e instrumentos os estados possuem para exercer esse papel? Quais as suas principais dificuldades?

Assim, define-se como **objetivo geral** deste estudo analisar o papel dos estados na política de saúde mental brasileira, considerando as diretrizes nacionais e as estratégias adotadas pelos estados na condução desta política específica.

Como **objetivos específicos** foram definidos:

1 - Contextualizar o papel dos estados nas organizações federativas e no processo de descentralização da política de saúde no Brasil;

2 - Contextualizar a construção da política nacional de saúde mental no Brasil e identificar os desafios para a atuação dos estados nesta política;

3 - Identificar as atribuições previstas nas diretrizes políticas e normativas de saúde mental apresentadas pelo Ministério da Saúde quanto às funções dos estados nesta área;

4 - Identificar estratégias e instrumentos utilizados pelos estados na condução da política de saúde mental e as dificuldades encontradas;

5 - Identificar iniciativas estaduais de conformação de modelos assistenciais em saúde mental que não estão previstos na normativa federal;

6 - Discutir os desafios e analisar as implicações do papel dos estados na mudança do modelo assistencial em saúde mental.

DESENHO DO ESTUDO

A compreensão das especificidades do federalismo brasileiro é um aspecto fundamental quando se busca analisar o papel dos estados no desenvolvimento das políticas de saúde. Acrescente-se que a análise do papel dos estados assume contornos e desafios próprios nos países federativos como o Brasil, em que o poder estatal se manifesta em mais de uma esfera de governo (Lima, *et al.*, 2008). O estudo da atuação estatal em uma política específica, como a de saúde mental, requer tanto a consideração das características gerais da federação, quanto da peculiaridade do arranjo federativo e modelo de descentralização daquela política.

Neste sentido, as estratégias e instrumentos utilizados pelos estados na condução da política de saúde mental foram analisados levando-se em consideração seu papel segundo as macro-funções gestoras do Estado na saúde.

Machado *et al.* (2007:17) definem as funções gestoras “*como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública*”.

Em um país federativo, em que a autoridade política do Estado e o exercício do poder autônomo são repartidos em múltiplos centros soberanos e coordenados entre si (Lima, 2007), estas funções representariam atribuições comuns das três esferas de governo, caracterizando um dado modelo de intervenção estatal na política de saúde.¹ Alguns autores identificam diferentes macro-funções gestoras na saúde (Machado *et al.*, 2007; Mendes, 2002). Contudo, nesta pesquisa, adotaremos como referencial as macro-funções gestoras apropriadas por Lima *et al.* (2009), adequando-as à realidade da política de saúde mental:

1) Formulação de Políticas e Planejamento: processo de planejamento voltado para a organização da atenção à saúde mental, envolvendo o diagnóstico, a definição das regiões de saúde, a identificação das necessidades de saúde mental, a articulação e ordenamento de serviços de saúde no território e a repartição de responsabilidades entre as distintas esferas de governo na gestão do sistema e serviços de saúde mental.

¹ Ressalte-se que a implantação do SUS e o processo de descentralização refletiram mudanças no papel atribuído às esferas federal, estadual e municipal na condução da política de saúde, gerando atribuições específicas e concorrentes entre as esferas de governo, característica comum em países federativos. Neste sentido, compreender a atuação de cada esfera na política de saúde requer que se considerem as suas especificidades em relação às macrofunções gestoras (Machado *et al.*, 2007).

- 2) Financiamento: Processos de orçamentação e alocação de recursos públicos para a saúde mental e sua expressão no território, tais como participação no financiamento do SUS, alocação regional de recursos próprios para o financiamento da saúde mental e promoção da programação pactuada e integrada da assistência à saúde mental.
- 3) Prestação de ações e serviços de saúde: Prestação de ações e serviços por meio de órgãos da Administração Direta ou Indireta vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, prestados nos diversos campos da atenção à saúde mental, tais como assistência ambulatorial, hospitalar, vigilância epidemiológica e sanitária.
- 4) Coordenação federativa: Arranjos institucionais e instrumentos adotados para compartilhamento, decisão conjunta e controle mútuo das diferentes esferas de governo, como a implantação de instâncias de gestão regional em saúde mental, regulamentação da gestão do sistema e serviços de saúde mental, e fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e outros órgãos de gestão descentralizada do SUS.
- 5) Coordenação da atenção à saúde: Mecanismos e instrumentos utilizados para a integração do cuidado à saúde mental prestado por serviços de diferentes perfis (ambulatorial, hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, de promoção, prevenção, cura e reabilitação), naturezas (público, privado e credenciado ao SUS) e complexidade (básica, média e alta complexidade).
- 6) Acompanhamento e monitoramento: Processos de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do sistema e serviços de saúde mental.

Outro referencial de análise utilizado no desenvolvimento do trabalho partiu do modelo proposto por Borges (2007) que percorreu a trajetória da política de saúde mental no período de 1990 a 2004, definindo quatro momentos de sua produção normativa federal: *germinativo, de latência, de retomada e de expansão*.

Este modelo nos permitiu fazer um balanço geral do papel dos estados na produção normativa federal em saúde mental a partir da década de 1990, identificando o contexto em que estas normativas foram geradas e as implicações que trouxeram para atuação das instâncias estaduais na política de saúde mental. Assim, apropriamo-nos dos momentos descritos acima e atualizamos o período analisado pela autora, contudo, privilegiando como perspectiva de análise a atuação do gestor estadual.

Também entendemos ser necessário que o arcabouço legal e normativo da produção federal em saúde mental seja analisado de acordo com as macro-funções gestoras do Estado na saúde. Desta forma, buscou-se extrair o papel dos estados e entender a sua importância em cada momento a partir das seguintes macro-funções gestoras descritas anteriormente por Lima *et al.* (2009).

Estratégias Metodológicas

A análise do papel dos estados na política de saúde mental no Brasil é um estudo de natureza qualitativa, consistindo de análise documental e da aplicação de um questionário eletrônico semi-estruturado.

O recorte temporal desse estudo abrange o período de 1990 a 2009, buscando entender como se conformaram as estratégias da política de saúde mental e do acúmulo de sua gestão no âmbito dos estados.

Neste sentido, foi realizada uma análise dos principais documentos normativos relacionados à condução da política de saúde mental expedidos pelo Ministério da Saúde a partir de 1990 (documentos, portarias, leis e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental). Esta análise documental partiu de levantamento preliminar realizado por Borges (2007), que analisou uma ampla quantidade de documentos e portarias de saúde mental apresentadas pelo Ministério da Saúde no período entre 1990 e 2004. No entanto, atualizamos estes documentos e privilegiamos como perspectiva de análise o grau de participação do gestor estadual nesta política.

O início da análise documental nos anos de 1990 justifica-se pelo fato de, neste período, terem sido apresentadas as primeiras portarias da política nacional de saúde mental em decorrência da criação da CORSAM, em 1991.

De acordo com Borges (2007), o estudo desses documentos nos oferece subsídios para a compreensão do modelo assistencial que a política de saúde mental logrou implementar nestes anos, entendendo que essas normativas têm o poder de desenhar limites, na medida em que abrem algumas possibilidades e fecham outras, indicando um caminho a ser seguido.

Também subsidiaram esta análise dados oriundos dos sistemas de informações oficiais disponíveis no *site* do DATASUS, CNES, IBGE, *sítios* do Ministério da Saúde referentes à Secretaria de Atenção à Saúde na área estratégica de saúde mental, *sites* das Secretarias Estaduais de Saúde, além de ampla revisão bibliográfica sobre os temas em

questão (federalismo, descentralização da política de saúde no Brasil, papel do gestor estadual, trajetória da política de saúde mental no Brasil).

Após a etapa de análise documental e bibliográfica, realizou-se a aplicação de um questionário eletrônico nas coordenações estaduais de saúde mental dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

Ressalta-se que este estudo não teve como objetivo fazer uma análise aprofundada da atuação de cada estado na política de saúde mental, visto que esta análise demandaria um tempo de que não dispomos. Assim, nosso objetivo foi apresentar um panorama geral da atuação do conjunto dos estados e de seus principais desafios na condução da política de saúde mental.

Sobre a aplicação do questionário

O objetivo da aplicação do questionário foi de entender como os estados estão conformando, na atualidade, as estratégias da política nacional de saúde mental em seu território. O período de aplicação dos questionários foi no ano de 2009, portanto, no contexto da gestão que se iniciou em 2007.

Antes da aplicação dos questionários buscou-se fazer um primeiro contato com os estados, de maneira a identificar o grau de interesse dos mesmos quanto à participação na pesquisa.

O primeiro contato foi realizado através do envio de uma carta de apresentação da pesquisa ao endereço eletrônico das coordenações, no entanto, nem todos os estados responderam a nossa solicitação. Depois de várias tentativas, decidimos mandar uma carta de apresentação da pesquisa para o endereço postal das coordenações, o que gerou resultados positivos, visto que, em decorrência da resposta da carta, descobrimos que e-mails de algumas coordenações, disponíveis no *site* do Ministério da Saúde, estavam desatualizados.

Após este longo período de busca de contatos e autorizações - todos os estados assinaram Termo de Consentimento (**Anexo A**), sendo o projeto posteriormente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Fiocruz) - participaram do estudo 24 estados.

A coleta de informações foi realizada por meio da aplicação de um questionário eletrônico que foi respondido pelas coordenações estaduais de saúde mental², órgão responsável pela gestão da política de saúde mental nos estados.

Os 24 estados participantes, segundo região, foram os seguintes:

- 1) Região Sudeste: Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo.
- 2) Região Sul: Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina
- 3) Região Nordeste: Maranhão, Rio Grande do Norte, Piauí, Paraíba, Alagoas, Ceará, Pernambuco e Sergipe.
- 4) Região Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul.
- 5) Região Norte: Acre, Amazonas, Amapá, Pará e Roraima e Tocantins.

Apenas os estados do Espírito Santo, Bahia e Rondônia não participaram do estudo.

O questionário foi validado e ajustado antes da aplicação, após terem sido testados por duas pesquisadoras, uma especialista na área de saúde mental e outra especialista em descentralização e política de saúde, e por um técnico da coordenação estadual de saúde mental do Rio de Janeiro, com larga experiência na área de saúde mental.

O questionário contém 7 blocos que focalizam questões relacionadas às macro-funções gestoras do estado na saúde, adaptadas à realidade da política de saúde mental (**Anexo C**): Bloco 1) formulação de políticas e planejamento em saúde mental; Bloco 2) coordenação federativa; Bloco 3) coordenação da atenção; Bloco 4) financiamento; Bloco 5) acompanhamento e monitoramento; Bloco 6) prestação de serviços; e Bloco 7) funções do estado na política de saúde mental, este último, organizado de maneira a identificar as principais funções gestoras dos estados na política de saúde mental. Os blocos de questões foram iguais para todos os estados participantes.

Os itens, em todos os blocos do questionário, são constituídos por questões objetivas, embora em algumas situações se utilizaram questões abertas. No questionário, havia perguntas nas quais o participante podia assinalar somente uma opção, e outras nas quais o participante podia assinalar quantas alternativas julgasse necessário. Em determinadas questões solicitava-se que o participante enviasse, quando possível,

² Em alguns estados as Coordenações Estaduais de saúde mental podem adquirir outra denominação dentro do organograma das Secretarias Estaduais de Saúde, sendo chamadas de Núcleo, Gerência ou Área Técnica de Saúde Mental.

documentos via fax, e-mail ou correio, tais como plano de saúde mental, portarias, resoluções, atas das bipartites e legislação específica de saúde mental, bem como documentos que indicassem parcerias com os demais entes na elaboração de projetos e planos de saúde mental. O questionário disponibilizou uma área na qual os estados poderiam anexar os documentos solicitados.

O participante contava também com uma carta inicial de apresentação da pesquisa, enviada junto ao questionário eletrônico, visando dar instruções mais elaboradas e exemplos em relação aos itens mais complexos do questionário.

No questionário, também existiam perguntas a serem respondidas de acordo com uma escala que variava de 1 a 10, conforme a prioridade de cada item (1 indicando o menor grau de prioridade e 10 indicando o maior grau de prioridade). No entanto, por terem sido identificadas dificuldades na resposta destas questões pela maioria dos estados, principalmente em relação ao grau de prioridade assinalado, optou-se por desconsiderar as mesmas na análise dos dados, evitando erros de ordem metodológica.

Além disso, tivemos outras perdas no questionário: alguns estados não especificaram as opções naqueles itens onde era solicitado, continuaram respondendo ao questionário, mesmo tendo assinalado uma opção que impedia que outras questões fossem respondidas na sequência, algumas respostas se mostraram incoerentes, não anexaram ou enviaram documentos, quando solicitados, e deixaram questões e opções em branco. Assim, algumas questões tiveram que ser excluídas da análise dos dados com o objetivo de se evitar erros que prejudicassem a confiabilidade do estudo. Ressalta-se que a coordenação do estado do Ceará respondeu somente até o Bloco 2, Coordenação Federativa.

No momento da análise das informações obtidas através da aplicação do questionário eletrônico, buscaram-se alguns dados secundários com o objetivo de aprimorar as questões levantadas, através de consulta aos sítios do Ministério da Saúde, CNES e *sites* das Secretarias Estaduais de Saúde.

Estrutura do Texto

Após a contextualização do objeto de estudo, exposição das justificativas e relevância do seu desenvolvimento, bem como dos aspectos referentes ao desenho do estudo, apresentaremos a estrutura da dissertação.

Neste sentido, no **capítulo 1** trataremos das especificidades do federalismo brasileiro e da descentralização da saúde que condicionam a atuação dos estados na política de saúde.

No **capítulo 2** mostraremos os antecedentes da construção da política nacional de saúde mental no Brasil, seu panorama atual, e uma discussão inicial sobre importância dos estados para o avanço desta política.

No **capítulo 3** apresentaremos um balanço geral do papel dos estados na produção normativa federal em saúde mental a partir da década de 1990, entendendo o contexto em que estas normativas foram geradas e as implicações que trouxeram para atuação das instâncias estaduais na política de saúde mental.

O **capítulo 4** traz a análise do papel dos estados segundo as macro-funções gestoras em saúde mental e o **último capítulo** aborda as discussões e considerações finais acerca do estudo.

CAPÍTULO 1. O PACTO FEDERATIVO E O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A compreensão das especificidades do federalismo brasileiro é um aspecto fundamental quando se busca analisar o papel dos estados no desenvolvimento das políticas de saúde. Acrescente-se que a análise do papel do Estado assume contornos e desafios próprios nos países federativos como o Brasil, em que o poder estatal se manifesta em mais de uma esfera de governo. O estudo da atuação estatal em uma política setorial, como a de saúde, requer tanto a consideração das características gerais da federação, quanto da peculiaridade do arranjo federativo e modelo de descentralização daquela política. As profundas mudanças político-institucionais observadas no Brasil nas últimas duas décadas, no que concerne às concepções sobre o papel do Estado na área econômica e social, ao pacto federativo e à política de saúde, reiteram a importância de buscar compreender as relações entre essas mudanças e as suas implicações para a atuação do Estado em políticas específicas.

1.1 Considerações sobre as organizações federativas

Antes de entrarmos na discussão sobre o federalismo, parece-nos conveniente lembrar algumas idéias em torno do conceito de Estado. A ascensão do Estado Moderno, como uma instituição organizada política, social e juridicamente dentro de um território definido, se desenvolveu na Europa ocidental no final do século XV, culminando com a ascensão do absolutismo e do capitalismo. Bobbio (2000) destaca que a história do surgimento do Estado Moderno marca a passagem de um sistema feudalista policêntrico e hierárquico, para um Estado territorial concentrado, unitário e com uma soberania de conteúdo marcadamente político, de modo a permitir uma crescente integração de interesses e de relações sociais. Assim, a partir dos vários graus de domínio dessas correlações de forças sociais, surgiram as diferenças verificadas nos diversos países em torno do modo geral de sua organização, como variantes do mesmo modelo geral de Estado.

Abrucio (2003) aponta que com a expansão e a complexificação do Estado Moderno tornou-se mais relevante a questão da organização político-territorial do poder, visto que o crescimento das funções públicas levou à maior descentralização das atividades e das decisões. Neste sentido, o impacto específico da organização político-territorial sobre o sistema político dependeria da forma de Estado adotada e de seus

arranjos intergovernamentais. O autor define três modelos típicos, caracterizados pela maneira como a soberania é constituída politicamente: A Confederação, O Estado Unitário e o Estado Federativo³.

Uma Confederação é entendida como uma associação de Estados soberanos com o propósito de adotar uma ação comum frente a outros Estados. A principal distinção entre uma confederação e uma federação é que, na Confederação, os Estados constituintes não abandonam a sua soberania, havendo uma superioridade do arcabouço constitucional de cada um dos membros sobre o conjunto de regras que orientam esta união, ao passo que, na Federação, a soberania é transferida para a união federal. Enquanto que o Estado Unitário e o Federativo são organizações que refletem o modelo adotado por um país, a Confederação é outro padrão de modelo, visto que reúne diferentes países, que, inclusive, podem adotar formas diferenciadas de organização política. As Confederações costumam ser instituídas para lidar com assuntos estratégicos como defesa, relações exteriores e comércio. Atualmente o maior exemplo é a União Européia.

O Estado Unitário é um país onde a soberania está concentrada no governo central, sendo una e indivisível. Os governos subnacionais não possuem direitos originários, visto que o seu poderio é constitucionalmente inferior ao do governo central. Neste modelo, o governo central pode delegar poderes aos entes subnacionais, contudo, detém o direito de modificar e retirar unilateralmente tais atribuições a partir de uma relação hierárquica e piramidal com a comunidade local, se diferenciando claramente das experiências confederativas e federativas (Abrucio, 2003). A maioria dos países do mundo é formada de Estados Unitários e a sua adoção irá depender das especificidades de cada território. O Reino Unido, a França e Itália são exemplos de estados unitários.

Diferentemente dos outros modelos, o Estado Federal ou Federação deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais. Através de um pacto federal, consubstanciado na Constituição, busca-se a compatibilização entre o autogoverno e a interdependência entre eles (Abrucio, 2003).

Almeida (2001:14) define a Federação como *“uma forma de organização política baseada na distribuição de poder e autoridade entre instâncias de governo,*

³ Ressaltamos que “modelos” são construções teóricas e a configuração desses diferentes tipos busca dar conta das especificidades que se apresentam nos diferentes países, fazendo com que haja muita diferença no interior de cada modelo.

constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que o governo nacional e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação.”

Machado, Lima e Baptista (2007: 139) apontam que a principal característica de um sistema político federativo é a *“difusão de poder e de autoridade entre muitos centros, de modo que o governo nacional e os governos subnacionais possuem poderes únicos e independentes para governar sobre o mesmo território e sobre as mesmas pessoas”*.

Neste sentido, o ponto de partida que distingue o Estado Federal de um Estado Unitário, é a existência de direitos originários pertencentes aos entes subnacionais, e que não podem ser abolidas ou modificadas unilateralmente pelo governo central.

Apontada algumas das principais características e abordagens teóricas em torno do Estado Federal, é preciso aprofundar a origem histórica deste modelo, visto ter sido este o adotado no Brasil e por possuir características muito peculiares.

Um exemplo singular de modelo federalista é aquele que se consolida nos Estados Unidos na efervescência da Convenção de Filadélfia, que elaborou uma nova Constituição para o país, propondo a sua substituição pelos Artigos da Confederação instalada logo após a independência. Teve como principal referencial teórico os textos de *“O Federalista”*, a reunião de uma série de artigos publicados na imprensa de Nova York em 1788, por James Madison, Alexander Hamilton e John Jay, cujo objetivo principal era a defesa da Constituição e da nova forma de governo por ela proposta. Limongi (1995) ao descrever as principais contribuições de *“O Federalista”*, destaca que para Hamilton, um dos líderes do movimento constitucional, enquanto em uma confederação o governo central só se relacionaria com os Estados, cuja soberania permanece intacta, em uma Federação esta ação se estenderia aos indivíduos, garantindo o cumprimento das normas e a realização dos interesses públicos e individuais.

Entre os principais aspectos abordados pelos autores de *“O Federalista”* destacam-se o ataque à fraqueza do governo central e a defesa da União através de um pacto federal, favorecendo o desenvolvimento da liberdade individual, a autonomia político-constitucional dos Estados, a coordenação dos diferentes interesses em conflitos e a constituição dos Estados Unidos enquanto Nação ⁴.

O pacto federativo propõe o estabelecimento de uma nação e o reconhecimento mútuo da integridade e legitimidade de um governo nacional que governa sobre as

⁴ A tradição federalista norte-americana nos remete à distinção aprofundada por Burgess, citado por Lima (2007: 37), entre os conceitos de Federalismo e Federação. Para o autor, a Federação seria um modelo de organização política que inclui um conjunto de regras e estruturas do arcabouço político-institucional. Por sua vez, o Federalismo seria um conceito de valor, sintetizado pelo duo *“unidade na diversidade”*, expressando os princípios e o ideal que devem estruturar uma Federação.

outras instâncias de governo. Em uma Federação, em contraste com as Confederações, os estados membros não podem renunciar unilateralmente ao pacto político estabelecido, ou rejeitar as leis sancionadas pelo governo central. Por outro lado, o governo central não pode obrigar que os governos subnacionais realizem qualquer ação que rompa com o pacto federal estabelecido.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração nas instituições federativas diz respeito aos mecanismos de coordenação intergovernamental. Para Abrucio (2005), trata-se das formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações. Para garantir a coordenação entre os níveis de governo, as federações devem, segundo o autor, equilibrar as formas de cooperação e competição existentes, através da instauração de mecanismos de parceria e de controle mútuo entre os entes federativos (*checks and balances*).

Lima (2007) destaca que além da dimensão política, as instituições federativas também se revelam na dimensão fiscal, incidindo na repartição de responsabilidades e de poder econômico-financeiro entre os diferentes níveis de governo, e na dimensão organizacional, que se expressa na divisão de competências e responsabilidades entre os níveis de governo no plano das políticas públicas específicas.

Por último, ressalta-se que a conformação do modelo Federalista se deu de forma distinta nos diversos países e cada realidade constituiu variações nas organizações político-institucionais. Por isso, a compreensão de uma organização federativa deve considerar a história, os arranjos políticos e a especificidade de cada país na construção de seus modelos (Lima *et al.*, 2008).

No Brasil, o Estado Federal teve, sob o ponto de vista histórico, uma formação bastante peculiar. Para Almeida (2001), a adoção deste modelo no país nasce atrelada à demanda por maior descentralização e autonomia, impulsionada por determinadas elites estaduais interessadas no aumento de seu poderio político e econômico, buscando “manter junto” um país com fortes tradições localistas e heterogeneidades⁵.

Nos estudos históricos sobre a formação da Federação brasileira, também é comum fazer-se o contraponto com a história do federalismo norte-americano. De acordo com Abrucio (2003), enquanto que no federalismo estadunidense partiu-se da união de subunidades já autônomas com o objetivo de constituir uma nação (modelo *come together*), no momento de constituição do nosso federalismo partiu-se de um Estado Unitário fortemente centralizado para um modelo descentralizador do poder,

⁵ Kugelmas, citado por Almeida (2001:16), destaca o caráter assimétrico do federalismo brasileiro, visto que a autonomia estadual não teria, na prática, a mesma latitude para todos os membros da federação.

mantendo juntas unidades político-territoriais que poderiam se tornar independentes (modelo *hold together*).

O mesmo autor em trabalho anterior (Abrucio, 1998), faz uma análise da formação do federalismo no Brasil, desde sua origem, na República Velha, até o sistema político vigente no período de 1991 a 1994, apontando que um dos dilemas constitutivos da formação e desenvolvimento de nosso federalismo é o da centralização *versus* a descentralização de poder⁶.

Na República Velha, no período chamado pelo autor de “política dos governadores”, predominou um modelo onde os governadores de estado eram os atores mais importantes do sistema político, principalmente dos estados de São Paulo e Minas Gerais, com grande autonomia e forte influência nas eleições presidenciais.

Na era Vargas, de 1930 a 1945, houve um fortalecimento do Estado nacional que se torna o principal pólo de desenvolvimento econômico do país. No entanto, a partir do Estado Novo, ocorre uma redefinição do padrão das relações intergovernamentais, com forte centralização do poder e perda de autonomia por parte dos estados.

O período de 1946 a 1964 foi, ainda, segundo o autor, o primeiro momento de maior equilíbrio em nossa federação, tanto do ponto de vista das relações intergovernamentais como da prática democrática: os estados recuperaram sua autonomia, a União se fortalece politicamente e há uma crescente incorporação da população no universo eleitoral. Mas o golpe militar de 1964 acaba com este padrão, mantendo um modelo “unionista-autoritário”, caracterizado por um alto centralismo tributário, administrativo e político (Abrucio, 1998).

A redemocratização do país e as eleições diretas para os governos estaduais em 1982, introduz uma mudança importante no sentido da formação de um novo modelo, denominado pelo autor de “federalismo estadualista”, com o (re)fortalecimento do papel dos governadores de estado, sendo estes os grandes responsáveis pela condução do processo de transição política. Também ao longo da década de 1980 ocorre o fortalecimento das unidades subnacionais, principalmente dos municípios, que passam a aumentar a sua participação na receita nacional. Com a aprovação da emenda Passos Porto, em 1983, foram elevados os percentuais dos Fundos de Participação dos Estados

⁶ Kugelmas e Sola (1999) indicam o convívio entre aspectos centralizadores e descentralizadores no federalismo brasileiro, contrariando a metáfora da alternância entre centralização e descentralização, que prevê a anulação dos mecanismos institucionais anteriores a cada movimento. A mesma visão é compartilhada por Lima (2007), que defende não ser absoluta a contraposição entre centralização e descentralização nos Estados federativos, dado que as instâncias nacional e subnacionais possuem padrões variados de influência política, capacidade administrativa e relacionamento que oscilam ao longo da história.

e Municípios, o que favoreceu o processo de descentralização dos recursos (Kugelmas e Sola, 1999).

A partir da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, os municípios são transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União, tendo suas competências e prerrogativas asseguradas constitucionalmente, caracterizando uma peculiaridade do federalismo brasileiro que o distingue dos demais países.

Finalmente, no período de 1991 a 1994, há o fortalecimento do papel dos governos estaduais no processo decisório, vigorando um “ultrapresidencialismo estadual” de caráter predatório (Abrucio, 1998), resultando na guerra fiscal entre os estados e na ausência de mecanismos cooperativos entre estados e União. Alguns autores ressaltam que o período predatório vigente nos anos 1990, e presente até hoje, é indefinido quanto ao modelo de federação, mas configura uma tendência recentralizadora dos pontos de vista fiscal e político, com desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais e transição para um novo pacto federativo (Kugelmas e Sola, 1999; Viana *et al.*, 2002; Souza, 2002; Lima *et al.*, 2008; Pereira, 2009).

Apontada as especificidades das organizações federativas, é necessário aprofundar, a seguir, suas implicações para o padrão de relacionamento intergovernamental, para o processo de descentralização das políticas públicas, e, especificamente, para a atuação dos estados na política de saúde no Brasil.

1.2 Federalismo, Descentralização e papel dos estados na Política de Saúde

Podemos dizer que a Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição cidadã”, é o marco legal que orienta o Estado brasileiro no exercício de suas funções na saúde. Em seu artigo 196 afirma que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, 1988).

A carta constitucional representou uma resposta ao modelo de saúde na época vigente, marcado por forte centralização fiscal, autoritarismo, desigualdade no acesso e

inadequado às necessidades de saúde da população, o que possibilitou naquele momento a adoção de um padrão de organização federativa descentralizado.⁷

Almeida (2001) destaca que a Constituição de 1988 apontou na direção de uma modalidade de federalismo cooperativo, caracterizado tanto pela existência de funções compartilhadas entre as três esferas do governo, e descentralizado, em oposição ao autoritarismo do regime militar. Este cenário fortalece a tendência à descentralização de políticas setoriais, como a de saúde, decorrência de um novo padrão de federalismo enquanto modelo de organização do Estado brasileiro.

A descentralização do sistema de saúde foi uma das diretrizes ratificadas na Constituição de 1988 e consolidada como um dos princípios que regem a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). De maneira geral, é entendida como uma redistribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas do governo (federal, municipal e estadual). Costa *et al.* (1999, p.32) a define como um “*processo de transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para níveis subnacionais*”⁸. Assim, podemos dizer que a descentralização de nosso sistema de saúde seria do tipo político-administrativa, pois envolveria não apenas a transferência de atribuições, mas de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal aos níveis subnacionais.

A tendência à descentralização setorial, mediante o processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo, é traduzida no texto constitucional pela definição do município como ente responsável pela prestação direta de serviços de saúde à população, cabendo à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo pelos municípios (Brasil, 1988, Art. 30, VII).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que ratifica as diretrizes constitucionais, propõe que a União lance as normas gerais para o setor e que os municípios tenham autonomia para organizar, planejar e executar os serviços públicos de saúde. Nesse contexto, cabe aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da política de saúde entre os municípios.

⁷ Alguns autores apontam que ao longo do período de abertura política fortaleceu-se no país a associação entre descentralização e democracia como resposta ao longo período de concentração do poder político (Kugelmas e Sola, 1999; Arretche, 1997).

⁸ Utilizo um conceito de descentralização comumente aceito na literatura, visto aqui a idéia de descentralização estar associada à maior autonomia política dos entes subnacionais. O objetivo no momento não é apontar as formulações e divergências teóricas em torno do conceito de descentralização e seus desmembramentos. Esta problematização foi realizada por Souza (2002).

Entre algumas das atribuições previstas pela direção estadual, conforme o Art. 17 da Lei 8.080, estão: promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

Neste sentido, observa-se que no marco legal do SUS os estados cumprem um papel fundamental na conformação de sistemas regionais, na coordenação das ações de saúde no território, no combate às desigualdades, e no próprio processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios, criando incentivos e melhorando as condições locais por meio de apoio financeiro e capacitação.

No entanto, a implementação do SUS, as transformações institucionais do Estado e o processo de descentralização político-administrativa suscitaram mudanças no papel atribuído aos três entes federativos na saúde⁹. Ao passo que o nível federal representado pelo Ministério da Saúde permaneceu provido das funções de financiamento, controle, formulação e implementação de políticas (Art.16), os municípios tiveram papel de destaque na execução da política de saúde, traduzindo-se em um aumento de responsabilidades no planejamento, financiamento, regulação e na prestação direta de serviços de saúde no âmbito local. No entanto, os estados ficaram com atribuições ainda indefinidas.

Para Lima *et al.* (2008), uma série de mudanças decorrentes da própria Constituição de 1988, das prioridades federais e das condições políticas e econômicas do período recente, alteraram o funcionamento das instituições federativas brasileiras nas dimensões política, fiscal e organizacional, com implicações para as relações intergovernamentais e para atuação da esfera estadual.

Entre essas mudanças, destacam-se o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional, as precárias condições de financiamento dos estados no pós-1988, e o caráter concorrente da União e dos estados no que diz respeito à temática legislativa, associado à insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa (Lima *et al.*, 2008).

⁹ Lima *et al.* (2008) apontam que o percurso da política de saúde na década de 1990 expressou as tensões entre o projeto da reforma sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado de caráter neoliberal, sendo o modelo de intervenção do Estado na saúde influenciado por essas duas agendas conflitantes.

Conforme já apontado, a partir da Constituição de 1988 atribui-se grande ênfase no papel dos municípios, que são transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União. Além disso, este reconhecimento foi acompanhado por um amplo processo de descentralização tributária¹⁰ e de encargos sociais, além do aumento da emancipação de novos municípios.

Machado (2007a) aponta que o fortalecimento do peso político dos municípios em várias áreas da política pública traria novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo no Brasil. Também ressalta que a maior parte dos municípios brasileiros não possui capacidade administrativa e nem arrecadação própria, dependendo de transferências fiscais de outras esferas do governo, o que acaba por reduzir o seu poder de autonomia política e financeira.¹¹

A mesma autora, em trabalho posterior (Machado, 2007b), acrescenta que a descentralização pode ter sido usada como uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que na maior parte das vezes, não teriam condições de assumir tais encargos.

Abrucio (2005) destaca que o bom andamento da descentralização no Brasil foi prejudicado pelo fenômeno do “municipalismo autárquico”, visão que prega a idéia de que os governos locais poderiam sozinhos resolver todos os dilemas de ação coletiva colocados às suas populações.

Quanto às condições de financiamento dos estados no pós-1988, Lima *et al.* (2008) analisam que durante a década de 1990, a descentralização, associada à ampliação dos encargos sociais, colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e retração do Estado, sendo necessário estabelecer novas formas para a reapropriação de recursos e controle sobre os gastos, evitando uma ampliação ainda maior da transferência de recursos e das despesas públicas nos estados e municípios.

Outras condições desfavoráveis aos estados estiveram associadas à instituição da Lei Kandir, que isenta as exportações de produtos primários do pagamento de ICMS, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), restringindo a atuação das instâncias estaduais na gestão dos recursos financeiros.

¹⁰ Ugá e Santos (2006) indicam que a descentralização tributária permitiu um aumento das transferências federais e estaduais aos municípios, que passaram a absorver por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), 22,5% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto de Renda. Além disso, a União passou a transferir-lhes 50% da arrecadação do Imposto Territorial Rural (ITR), e os estados passaram a transferir aos municípios 25% da sua arrecadação de ICMS e, ainda, 50% do valor do IPVA arrecadado.

¹¹ Esta análise também foi realizada por Souza (2002).

Em relação aos mecanismos de coordenação federativa, Kugelmas e Sola (1999) sugerem que uma das características do modelo federativo brasileiro estaria relacionada ao grande número de competências conjuntas das três instâncias federativas, sem uma definição clara das respectivas esferas, além da ausência de mecanismos cooperativos entre União e estados e nas relações entre estes, levando a uma situação de “federalismo predatório”.

Machado *et al.* (2007) entendem que embora no âmbito mais geral da Federação não tenham sido revistos os espaços e mecanismos necessários ao desenvolvimento da coordenação federativa, na política de saúde, em sua regulamentação específica, o modelo institucional proposto pelo SUS prevê uma série de instâncias de pactuação e negociação entre os três níveis de governo, com destaque para os espaços da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), uma por estado.

Outra questão que impõe dificuldades à atuação dos estados se refere ao peso do governo federal nas funções de financiamento, formulação de políticas e controle das ações intergovernamentais¹². Para Arretche (2003), a concentração das funções de financiamento no governo federal tornaria as políticas dos governos subnacionais fortemente dependentes das transferências federais¹³.

Além disso, em relação à peculiaridade setorial, a descentralização das políticas de saúde tem sido fortemente induzida e regulada pelo Ministério da Saúde por meio de portarias federais que dispõem sobre o funcionamento do SUS nos estados e municípios, em geral, associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços¹⁴. Machado (2007b: 2119) destaca que “*O poder do Ministério da Saúde de comprador e executor direto de serviços foi progressivamente substituído pelo poder de direcionamento da aplicação dos recursos, de acordo com decisões tomadas no âmbito nacional.*”

Entre os principais instrumentos técnico-operacionais de regulação e indução da descentralização do sistema de saúde destacam-se as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) na década de 90 e a Norma Operacional de Assistência à saúde de 2001

¹² Podemos dizer que este aspecto refletiria o que muitos autores chamam de tendência recentralizadora na organização federativa no Brasil (Kugelmas e Sola, 1999; Viana *et al.*, 2002; Souza, 2002).

¹³ Arretche (2003) ao tratar este aspecto no âmbito da política de saúde, destaca que a própria Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080) estabeleceram distribuição de funções entre os níveis de governo, tendo como consequência, a assunção pelo Ministério da Saúde das decisões mais importantes da política de saúde.

¹⁴ As portarias são normas administrativas que representam importantes instrumentos de regulação, indução e desenvolvimento das políticas (Baptista e Machado, 2007; Baptista, 2007).

(NOAS/01), bem como sua reedição em 2002 e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde de 2006. Assim, serão descritas algumas das principais orientações introduzidas com cada norma para a compreensão do que se definiu como o papel do estado na política de saúde.

A primeira norma foi editada em 1991¹⁵ (NOB SUS 01/91) e expressou as tensões relacionadas à tentativa de dar operacionalidade às diretrizes estabelecidas pelas Leis da Saúde recentemente promulgadas, em um contexto político adverso. Em geral, a norma não propôs atribuições específicas para a esfera estadual, se referindo a estados e municípios da mesma forma. Pode-se dizer que o papel reservado aos gestores estaduais da saúde é limitado no que diz respeito às várias funções de Estado.

No ano seguinte é lançada a sua substituta, a NOB SUS 01/92, que comparada à norma anterior, mostrava certa evolução positiva no tocante à determinação e concepção do papel do estado, contudo, a descentralização de cunho municipalista era enfatizada, com conseqüências para a visão do papel do estado que também permaneceu inespecífica e restrita.

Levcovitz *et al.* (2001) ao fazer um balanço da NOB SUS 01/91 e de sua substituta apontam que a relação direta que se estabeleceu entre o nível federal e os municípios, com pouco poder de intervenção do nível estadual, acabou induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais, o que Levcovitz (1997) já havia denominado de *atomização*.

A NOB SUS 01/93¹⁶ teve como objeto o processo de descentralização, com ênfase na municipalização. Uma das principais inovações desta NOB foi a implementação de mecanismos de transferência “fundo a fundo” para estados e municípios, de acordo com a condição de gestão assumida por eles¹⁷. No entanto, só seriam contemplados com essa forma de repasse os municípios e estados em condição de gestão semiplena, o que na prática só pôde ser implementada para os municípios, dada a desfavorável conjuntura financeira do setor. Além disso, é somente em 1994 que foi possível iniciar as transferências financeiras automáticas para os municípios em

¹⁵ Neste mesmo ano foi instituída a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio da portaria ministerial nº 1.180, se consolidando como um canal de participação dos estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e no processo de descentralização, embora com funcionamento pouco sistemático neste período (Machado *et al.*, 2007).

¹⁶ Esta norma é a tradução operacional de um documento elaborado a partir das discussões e recomendações da IX CNS: “*Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*”, sendo o resultado de cerca de seis meses de debates envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o espaço da CIT (Levcovitz *et al.*, 2001).

¹⁷ As condições de gestão acima se referem à gestão incipiente, parcial e semiplena, no caso dos municípios, e gestão avançada e semiplena, no caso dos estados.

gestão semiplena. Assim, apesar dos constrangimentos iniciais não terem inibido a habilitação dos municípios¹⁸, o movimento dos estados em direção a habilitação não foi tão expressivo, visto que os incentivos financeiros previstos para esta instância não foram implementados¹⁹.

Por outro lado, cabe também destacar que esta NOB, além de oficializar o espaço da CIT, cria a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) enquanto instância de negociação intergovernamental, o que deveria favorecer o compartilhamento de decisões quanto aos aspectos operacionais do SUS. Para Machado *et al.* (2007), as CIBs permitiram uma adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a criação de acordos diversos entre os estados e municípios.

Ainda assim, pode-se afirmar que a NOB SUS 01/93 não apontava soluções relativas à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no SUS, nem definia instrumentos suficientes para esse processo.

A NOB SUS 01/96 envolveu um amplo processo de discussão e negociação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e na CIT, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e CONASEMS (Levcovitz *et al.*, 2001).

Esta norma visava redefinir os papéis de cada esfera de governo, de modo que municípios e estados superassem o papel exclusivo de prestadores e assumissem efetivamente suas funções de gestores. No que diz respeito à esfera estadual, avançou ao buscar explicitar as atribuições dos estados no SUS e reconhecer os riscos de *atomização* do sistema na ausência da coordenação estadual. Ainda que tenha mantido a ênfase na descentralização para os municípios como forma de organização do sistema, destacava a importância do estado para harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) era o instrumento previsto para garantir a mediação do estado nas relações intermunicipais. Enfim, pode-se afirmar que a concepção dominante sobre o papel do estado na gestão do SUS sofre sua primeira inflexão com a promulgação desta NOB.

No entanto, é a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/01), que os estados assumem de maneira específica e detalhada a coordenação das políticas de saúde e a condução do processo de regionalização.²⁰ Entre os seus

¹⁸ Enquanto em 1994 apenas 24 municípios assumiram a gestão semiplena, em 1996 esse número passou para 137 (Levcovitz *et al.*, 2001).

¹⁹ Em 1995 apenas quatro estados haviam aderido à condição de gestão semiplena (Levcovitz *et al.*, 2001).

²⁰ Deve-se considerar que a ênfase na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde estava prevista desde a Constituição Federal de 1988, e reafirmada na Lei Orgânica da Saúde 8080, cabendo aos estados o papel de coordenador do sistema. No entanto, as normas acabaram enfatizando o papel dos municípios, deixando à margem a discussão da regionalização.

principais instrumentos, destacam-se, o Plano de Diretor de Regionalização (PDR), a partir da definição pelo gestor estadual do plano de regionalização da atenção e das referências intermunicipais; o Plano Diretor de Investimentos (PDI), destinando recursos para a melhoria do atendimento à saúde nos municípios; e a própria Programação Pactuada e Integrada (PPI), onde o gestor estadual assume a coordenação da pactuação da oferta de serviços entre os municípios.

Por outro lado, destaca-se que apesar do incentivo dado pela NOAS ao resgate das instâncias estaduais, estas permaneceram desprovidas de recursos para o exercício de suas “novas” funções (Viana *et al.*, 2002), visto que as relações fiscais predominantes se efetuam entre União e municípios, sendo pouco intermediadas pelos estados. Além disso, esta norma recebeu críticas relacionadas à excessiva normatização do nível federal que impôs inúmeras regras de uso de recursos e de prestação de contas, comprometendo a autonomia gestora de estados e municípios e a possibilidade de adequação da assistência à realidade local.

O Pacto pela Saúde de 2006, substituto da NOAS²¹, reitera e explicita as atribuições e responsabilidades dos estados no sistema de saúde, presentes no instrumento designado Termo de Compromisso da Gestão Estadual. Estas responsabilidades estão organizadas em sete eixos: gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação e saúde; e participação e controle social.

O Pacto identifica a diretriz da regionalização como eixo orientador da descentralização das ações e serviços de saúde, enfatizando a pactuação entre os diferentes níveis gestores no processo de regionalização e no estabelecimento do sistema de referência intermunicipal e interestadual. Também são propostos os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como novos espaços de coordenação intergovernamental. Assim, podemos dizer que este documento consolida a concepção referente ao papel dos estados na gestão do SUS.

Estabelecendo-se um balanço geral sobre o papel dos estados na política de saúde, observa-se que a estratégia de descentralização adotada pelo Ministério da Saúde acabou por privilegiar as instâncias municipais durante a década de 1990. A valorização das instâncias estaduais se dá mais tardiamente, a partir dos anos 2000, com a NOAS e o Pacto pela Saúde de 2006, devido à importância adquirida pela regionalização frente à intensa fragmentação e atomização do sistema de saúde.

²¹ De acordo com Lima *et al.* (2008), a construção da proposta do Pacto parte de uma crítica à rigidez normativa da NOAS, buscando reconfigurá-lo como uma estratégia mais flexível e adequada ao contexto federativo.

Isso porque ao longo da década de 1990, os estados sofrem uma série de restrições financeiras, enquadrados pelo governo central em nome da busca de solução para os desequilíbrios fiscais do período, o que resultou em uma política monetária de juros elevados, cortes de despesas e privatizações (Kugelmas e Sola, 1999). Conseqüentemente, em um cenário de baixa capacidade institucional, tanto nos estados como nos municípios, as políticas específicas não se desenvolviam.

No entanto, com a mudança de gestão no Ministério da Saúde, em 1998, há uma retomada de interesse na área da saúde²², favorecido pelo contexto político de estabilidade da moeda, o que permitiu transformações e oportunidades de mudança nas políticas setoriais. Além disso, é no mesmo ano que ocorre a implementação efetiva da NOB SUS/96, que avançou no sentido de explicitar as atribuições dos estados no SUS, e dois anos depois, a publicação da Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29/00), que explicita a participação dos estados no financiamento do sistema de saúde.

No que diz respeito à saúde mental, é também no final da década de 1990 e início dos anos 2000 que tem início, em âmbito federal, a política de expansão da rede substitutiva dos serviços de saúde mental, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com forte indução da mudança do modelo assistencial a partir da edição de portarias ministeriais. É nesse momento de crítica à municipalização atomizada que os estados assumem maior importância na coordenação do sistema de saúde, o que gera possíveis implicações para o desenvolvimento da política de saúde mental nos diferentes estados.

²² Este interesse esteve atribuído à campanha presidencial do então Ministro da Saúde José Serra.

CAPITULO 2. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E O PAPEL DOS ESTADOS

Identificamos, até o momento, as articulações existentes entre o pacto federativo, a descentralização na saúde e o papel dos estados na política setorial. Este percurso se mostrou necessário na medida em que traz implicações para a análise de seu papel em uma política específica. As relações dos estados com o nível federal são fundamentais para definirmos como os estados vêm se posicionando frente às diretrizes da política nacional de saúde mental.

Neste sentido, é necessário apresentar um breve panorama da política nacional de saúde mental e de suas principais estratégias de gestão, assim como dos antecedentes que viabilizaram a sua construção, buscando levantar as primeiras discussões referentes ao papel dos estados nesta política

2.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Antecedentes de uma política

Na segunda metade da década de 1970, em um cenário de luta contra o Estado autoritário, uma série de críticas às instituições asilares e ao privatismo da assistência pública tornam-se mais consistentes. Denúncias de fraude no financiamento dos serviços e de violência aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos levaram a um quadro que culminou inevitavelmente na “Crise da Dinsam”²³ (Amarante, 1998).

Como efeito da crise, em 1978 é criado o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental* (MTSM) que juntou reivindicações trabalhistas (aumento salarial, regularização da situação de trabalho e formação de recursos humanos), críticas à assistência psiquiátrica e ao autoritarismo das instituições, denúncias ao modelo oficial de caráter predominantemente privatizante e “hospitalocêntrico”, e a luta pelo humanismo nos hospitais. De acordo com Amarante (1996), o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico, diferentemente das propostas predominantes na década de 1960, que objetivavam transformações de caráter exclusivamente técnico.

Em janeiro de 1979 é realizado o *I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental* onde são discutidas a implementação de políticas públicas visando a melhoria da assistência psiquiátrica, além de críticas à instituição asilar.

²³ A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde referentes ao setor saúde mental.

Neste contexto, um fato importante foi a consolidação do movimento sanitário, na década de 1980, que surge como um conjunto de críticas ao modelo de saúde na época vigente, marcado por forte centralização, autoritarismo, desigualdade no acesso e inadequado às necessidades de saúde da população.

Partindo da crítica ao modelo hegemônico preventivista, que normatizava a prática médica através de uma leitura universalizante das problemáticas de saúde, o movimento sanitário delimitou o campo da Saúde Coletiva no Brasil, representando uma nova inflexão para o conceito de saúde a partir do entendimento de que o estudo do processo saúde-doença teria como foco não apenas a sua dimensão biológica, mas também a sua determinação histórica e social, apreendendo, assim, as relações entre saúde e sociedade (Escorel *et al.*, 2005).

Também se produziram críticas em relação ao modelo privatista da assistência consolidado no governo militar, e que levou a um aumento considerável no país dos leitos totais (psiquiátricos e não psiquiátricos) contratados em hospitais conveniados. Como consequência desse modelo privatizante desenfreado, deflagra-se uma crise financeira da Previdência Social, e como tentativa de solução para a mesma, cria-se em 1981 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que elaborou em 1982 um plano de reorientação da assistência denominado “plano CONASP”. Dentre os objetivos desse plano destacam-se a descentralização do planejamento e da execução das ações em saúde, a regionalização do sistema de saúde, a diminuição do número de internações e o fortalecimento do controle do sistema de saúde pelo Estado.

No entanto, durante a década de 1980, acontece o enfraquecimento e queda do regime militar, criando um ambiente político favorável para as propostas reformistas da saúde, assim como da saúde mental.

Em 1986, tendo em vista a realização da Assembléia Nacional Constituinte que definiria uma nova ordem jurídica institucional para o Brasil, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final integrou o projeto da Reforma Sanitária brasileira e que, posteriormente, serviu de base para a formulação das diretrizes gerais do SUS presentes na Constituição Federal de 1988 ²⁴.

Também na segunda metade da década de 1980, acontecimentos importantes na área de saúde mental contribuíram para a legitimação do movimento reformista. Em março de 1987 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) *Luiz da Rocha*

²⁴ O Relatório Final da VIII CNS propunha que o novo sistema nacional de saúde deveria reger-se pelos princípios da universalização, descentralização, integralidade, regionalização, participação da população e fortalecimento do município (Brasil, MS, 1986).

Cerqueira na cidade de São Paulo, e que, segundo Amarante (1997), buscava funcionar como um aparato alternativo entre o hospital e a comunidade.

Em junho do mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que refletiu as discussões e propostas travadas no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde. A estrutura do relatório final da I CNSM constou de três temas básicos: I- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II - Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e III - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.

No primeiro tema, ***Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental***, os principais aspectos negativos da conjuntura econômica e social do país são apontados como determinantes das condições precárias de vida da população, e por ser uma área excluída pelo Estado, a saúde mental refletiria as contradições desta organização social. Assim, o relatório indica a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, e que este permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado.

No segundo tema, ***Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental***, são apresentados os princípios gerais, como a implantação da Reforma Sanitária no país e a necessidade do Estado garantir os espaços de participação efetiva da população no processo de sua formulação e implementação. Além disso, sugere a “*criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação (...) na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular*” (GRIFOS NOSSOS - Brasil/MS, 1988: 15). Neste momento, temos um primeiro ponto de inflexão do papel dos estados no processo de planejamento e formulação da política de saúde mental, através da indicação de uma Comissão de Saúde Mental de âmbito federal, contando com a participação dos estados na definição da política.

Em seguida, são formulados os princípios básicos, como a formação de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado, hierarquizado e com comando político-administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal. O documento também ressalta que “*a normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária.*” (Brasil/MS, 1988: 17). Embora este aspecto aponte a concentração da função normativa e conseqüente indução de políticas em nível central, também indicava o processo de descentralização das responsabilidades, embora com ênfase nos municípios. Podemos

dizer que neste momento há uma grande convergência de idéias e de posicionamento político das duas reformas, a sanitária e a psiquiátrica.

Outras propostas incluíam a reversão do modelo hospitalocêntrico e a sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos, além da implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações e lares protegidos. Também é recomendada a formação de Conselhos de Saúde nos três níveis de governo e a democratização das instituições de saúde.

Finalmente, no terceiro tema, *Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental*, os principais aspectos deliberados pelos participantes estiveram relacionados à garantia constitucional de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental e a necessidade de revisão da legislação em vigor, sugerindo recomendações à Constituinte e a reformulação da legislação ordinária.

Diante do exposto, depreende-se que a I CNSM representou um importante passo na legitimação do movimento da Reforma Psiquiátrica e no exercício da democratização da saúde. As propostas de seu relatório exigiam um papel ativo do Estado na construção de políticas intersetoriais e na oferta de ações e serviços de saúde, com vistas à redução das iniquidades, assim como a sua articulação com a cidadania.

Também em dezembro de 1987 foi realizado o *II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental* na cidade de Bauru em São Paulo, que com o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, objetivou discutir a questão da loucura para além dos limites assistenciais, fazendo com que tais questões fossem levadas à sociedade. Isso levou ao projeto de desinstitucionalização, importante na reordenação dos novos serviços, das ações em saúde mental e do movimento como um todo. O Congresso contou com a presença de lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares em um clima de grande participação. Entre as deliberações, estabeleceu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Além da superação de todo um imaginário social da loucura, o movimento antimanicomial questiona a própria natureza do saber psiquiátrico e de suas instituições, propondo alternativas de tratamento contrárias às tradicionais. Como aponta Tenório (2002:30): “*(...) não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, essa é a proposta da reforma psiquiátrica.*”

Para Amarante (1995), a trajetória da reforma psiquiátrica, neste momento marcada pelas propostas de desinstitucionalização, representa uma ruptura do processo que deixa de ser restrito ao campo técnico-assistencial para tornar-se um movimento complexo que abarca também as esferas político-jurídica, teórico-conceitual e sociocultural.

Em 1988 é aprovado o texto final da nova Constituição Federal Brasileira que ficou conhecida como “*Constituição Cidadã*”. Na nova Carta estão expressos os princípios, direitos e garantias fundamentais do Estado, onde se inclui o direito à saúde (art.6). Além disso, a descentralização do sistema de saúde foi uma das diretrizes ratificadas na Constituição e consolidada como um dos princípios que regem a organização do SUS, alterando profundamente a natureza das relações intergovernamentais (Arretche, 1999). No entanto, ainda não havia neste momento uma preocupação em definir as atribuições ou competências específicas para cada ente da federação. Como vimos, a explicitação do arranjo político-institucional setorial foi feito no âmbito da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) e, de forma complementar, na Lei 8.142, ambas aprovadas no ano de 1990.

Com a promulgação da Constituição, as atenções se voltaram para as campanhas das eleições presidenciais, em 1989, mas na área da saúde mental temos um importante acontecimento no âmbito de seu marco legal, através da apresentação do Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado²⁵.

Os primeiros artigos do projeto apresentavam contato com as propostas deliberadas na I CNSM, ou seja, a proibição da construção e financiamento de novos hospitais psiquiátricos, prevendo que este processo deveria ser implementado de maneira gradativa nas regiões onde não houvesse estrutura ambulatorial adequada, determinando que “*Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual*” (Artigo 1º, inciso 2º). Além disso, responsabilizava estados e municípios no processo de planificação para a construção de uma rede substitutiva de serviços extra-hospitalares, assim como para extinção progressiva dos leitos com características manicomial. Tal projeto também propunha desmantelar o aparato asilar baseado em internações involuntárias, subordinando-as ao Judiciário e impondo a sua notificação junto ao Ministério Público.

²⁵ É interessante registrar que tanto o Projeto de lei da saúde como da saúde mental foram apresentados no mesmo contexto e imediatamente após a promulgação da Constituição de 1988. O PL da Lei Orgânica da Saúde foi apresentado no ano de 1989, sendo aprovado em 1990. Já o PL da reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989, tendo sido aprovado somente 12 anos depois, em 2001.

É interessante notar que este projeto original trazia mais atribuições em relação ao papel dos estados do que o seu substitutivo²⁶. Assim, o PL determinava que “*É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação (...)*” (Artigo 2º, inciso 2º) e, ainda, “*As secretarias estaduais, constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual Psiquiátrico, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização*” (Artigo 2º, inciso 3º).

Este PL possibilitou a abertura de um canal de interlocução legal dos estados no planejamento e coordenação do processo de substituição e extinção dos hospitais psiquiátricos. Não é por acaso que o período de 1990 a 1996 foi marcado pela aprovação de diversas leis estaduais no campo da Reforma Psiquiátrica, sob inspiração no PL 3.657/89.

Em maio de 1989, a prefeitura de Santos inicia uma intervenção no hospital psiquiátrico *Casa de Saúde Anchieta*, devido às denúncias recorrentes de maus tratos aos pacientes ali internados. Esta intervenção inaugurou um novo programa de saúde mental organizado em torno do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), onde se inicia um processo de organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação psiquiátrica, a partir da organização de estratégias de cuidado no território interligadas a este serviço, como pronto-socorro psiquiátrico, cooperativas de trabalho, centros de convivência e lares abrigados. Em relação à experiência de Santos, Yasui (2006:42), destaca que “*Não se tratou apenas da construção de uma rede de novos serviços, os NAPS, mas da organização de um complexo sistema de saúde que implicou uma tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social*”.

A experiência do NAPS, assim como a do CAPS de São Paulo, eram experiências que, embora municipais, apontavam mudanças em curso na atenção e

²⁶ O parecer nº 43 de 1999 da Comissão Diretora do Senado que apresenta a redação final do Substitutivo do Senador Sebastião Rocha ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem) não inclui os artigos referentes ao papel das instâncias estaduais no processo de substituição e extinção dos hospitais psiquiátricos. Este Substitutivo, em seu artigo 4º, atribui ao poder público a responsabilidade pela construção de uma rede de serviços de saúde mental, e delega às comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS, a aprovação da construção e financiamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões onde não existisse estrutura assistencial adequada.

serviam como argumento para a viabilização de uma política nacional de saúde mental, colocando em prática as propostas da Reforma.

Assim, podemos dizer que este período, principalmente da segunda metade da década de 1980, representou o início de uma inflexão do papel dos estados no desenvolvimento da política de saúde mental, principalmente na arena legislativa, em um cenário em que tanto a área de saúde mental, quanto a área de saúde em geral, convergiam para um processo amplo de democratização do Estado, traduzida nas propostas de descentralização, participação social e municipalização²⁷.

2.2. A Política Nacional de Saúde Mental

Na década de 1990, as idéias propostas pela Reforma Psiquiátrica sofrem um amadurecimento, dado a sua repercussão social, a permanência de políticas reformistas no campo da saúde mental e de experiências anteriores bem sucedidas, como a criação do CAPS *Luiz da Rocha Cerqueira*, em 1987, na cidade de São Paulo, e a intervenção na *Casa de Saúde Anchieta*, em maio de 1989, no município de Santos, que inaugurou um novo programa de saúde mental organizado em torno do NAPS. O financiamento público dos programas de saúde mental passa a ser redirecionado para serviços extra-hospitalares e substitutivos à internação, através do estímulo à criação e regulamentação pelo Ministério da Saúde dos CAPS e NAPS, normatizados pelas portarias SAS n° 189/91 e SAS n° 224/92, e, posteriormente, regulamentadas pela PT/GM n° 336/2002. Retomaremos a discussão do papel dos CAPS mais adiante.

Também em 1991, o Ministério da Saúde institui a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), instância inédita e responsável pela formulação e implementação da política na área, o que viabilizou o desenvolvimento de ações e incentivos à criação de novos serviços substitutivos em saúde mental. A indução do nível federal na condução e desenvolvimento da política é indicada pela ampla quantidade de portarias federais apresentadas pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990²⁸.

²⁷ Cabe aqui destacar que embora os dois movimentos tenham em comum um projeto amplo de redemocratização do setor saúde, a Reforma Psiquiátrica, como vimos, possui uma história própria e com propostas reformuladoras distintas.

²⁸ Para uma análise dos documentos normativos expedidos pelo Ministério da Saúde relativos à política de saúde mental no período de 1990 a 2004, ver Borges (2007) e Borges e Baptista (2008).

Borges e Baptista (2008) em recente artigo²⁹, percorrem a trajetória da política de saúde mental no período de 1990 a 2004, definindo quatro momentos de sua produção normativa: *germinativo, de latência, de retomada e de expansão*.

Para as autoras, se nos primeiros momentos a ênfase foi de estruturação inicial de condições de viabilidade para a Reforma Psiquiátrica, com ênfase no controle, tentativa de diminuição de leitos e embates políticos importantes, a partir do momento de retomada, no início dos anos 2000, com condições políticas mais favoráveis, há uma ênfase na constituição da rede substitutiva, especialmente na expansão dos CAPS.

Desta forma, no início dos anos 2000, o Ministério da Saúde institui as portarias GM nº 106/00 e nº 1.220/00, que criam e regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Os SRTs são casas, localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, auxiliando o morador em seu processo de reintegração social (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

No ano seguinte é aprovada a Lei nº 10.216 em 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”. Dentre os principais pontos da lei, está a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a proibição das internações em instituições com características asilares, e a classificação das internações como Voluntária, Involuntária e Compulsória, com a determinação de que a internação Involuntária seja comunicada ao Ministério Público.

Entre as novas estratégias implementadas no período posterior à promulgação da lei nacional, destacam-se o *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH* (PT nº 251/02), que estabelece diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria e a avaliação continuada de todos os hospitais psiquiátricos; o *Programa de Volta para Casa* (PT nº 2.078/03),³⁰ que visa à reintegração e emancipação social dos pacientes egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação; e o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS - PRH* (PT nº 52/04) que estabelece a redução progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos a partir

²⁹ Este artigo foi produzido a partir do trabalho de Borges (2007).

³⁰ Em 1993 este Programa foi apresentado como Plano de Apoio à Desospitalização (PAD), cujo objetivo principal era a reintegração social e familiar de pessoas a longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos.

dos macrohospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (entre 240 e 600 leitos) (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

Assim como nas demais áreas do SUS, a política de saúde mental também prevê uma série de instâncias de pactuação, com diversos níveis de gestão e controle social. Como exemplo, temos a criação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM)³¹, que passou a reunir-se ao menos duas vezes ao ano a partir de 2003.

O CCSM é composto por coordenadores de saúde mental dos estados, das capitais e grandes cidades, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Este colegiado tem a tarefa de discutir os desafios e avanços do processo de mudança do modelo assistencial em saúde mental nos estados brasileiros, propondo as ações prioritárias para cada semestre ou ano.

Em todos os estados, uma instância de coordenação de saúde mental encarrega-se da articulação com as instâncias de coordenação municipais, e instâncias específicas de articulação intersetorial vão se formando em diversos estados e municípios, como o Fórum de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, com forte participação de outras políticas públicas, especialmente Ação Social, Justiça e Educação (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Outras iniciativas do Ministério da Saúde incluem a criação de uma *Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, tendo como principais estratégias de tratamento os Centros de Atenção Psicossocial destinados ao atendimento de usuários de álcool e drogas (CAPSad), e a elaboração do *Programa de Inclusão Social pelo Trabalho*, estabelecido através de parceria do Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho e Emprego, cujo objetivo é a inserção social e econômica de pessoas com transtornos mentais.

Também são dispositivos da rede extra-hospitalar, os leitos de saúde mental em hospital geral, representando um suporte hospitalar estratégico nas situações de urgência e emergência para a rede de atenção psicossocial; os ambulatórios de saúde mental,³² os Centros de Convivência e Cultura, oferecendo às pessoas com transtornos mentais

³¹ O Colegiado de coordenadores estaduais de saúde mental existe desde 1991, no entanto, é somente em 2003 que este órgão passa a contar não apenas com os coordenadores de saúde mental dos estados, mas também com aqueles de municípios com mais de 300 mil habitantes, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

³² Os ambulatórios de saúde mental são dispositivos direcionados ao atendimento de transtornos mentais menos graves, sendo na maioria das vezes implementados em municípios de grande porte populacional. O relatório de gestão em saúde mental referente ao período de 2003-2006 (Ministério da Saúde, 2007), aponta a necessidade de se rediscutir a implantação desses serviços, dado o seu funcionamento pouco articulado à rede de atenção em saúde mental.

espaços de sociabilidade e de expressão cultural; e as estratégias de articulação da saúde mental com a atenção básica a partir do Programa de Saúde da Família (PSF).

Outras tendências referentes às ações da política nacional de saúde mental, principalmente a partir de 2005, serão detalhadas no próximo capítulo.

2.2.1. Desafios para a atuação dos estados na condução da política de saúde mental

Retomando a questão da implementação dos CAPS, considerado um serviço estratégico na reforma do modelo assistencial, no ano de 2002, uma nova portaria de regulamentação é editada pelo Ministério da Saúde (PT/GM nº 336 de 19 de fevereiro), substituindo as normas constantes da PT/SAS nº 224 de 1992. Além do atendimento direcionado a clientela específicas³³, os CAPS passaram a ter um enquadre organizativo típico de serviços de média complexidade, contando com critérios de distribuição geográfica e de abrangência populacional de no mínimo 20.000 habitantes.³⁴ **(Tabela 1).**

³³ Trata-se da implementação dos CAPSi, serviço de atenção psicossocial especializado no atendimento de crianças e adolescentes, com abrangência populacional de cerca de 200.000 habitantes, e os CAPSad, serviço especializado no atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e drogas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes (Brasil, Ministério da Saúde, PT/GM nº 336/2002).

³⁴ CAPS I, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes e que dispõe de acolhimento noturno. (Brasil, Ministério da Saúde, PT/GM nº 336/2002).

Tabela 1. Perfil dos municípios brasileiros e a composição da rede de saúde mental. Brasil, 2005.

Faixas populacionais	Nº municípios	% municípios	Nº habitantes	% população	Composição Rede de Saúde Mental
Até 19.999	3970	71,35	32.854.617	17,73	PSF e Rede Básica de Atenção à Saúde
De 20.000 a 49.999	1026	18,44	31.001.201	16,83	CAPS I
De 50.000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPS II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPS II, CAPSi e CAPSad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
Acima de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPS III, CAPS II, CAPSi e CAPSad
Total	5564	100	184.184.264	100	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

A institucionalização de uma política de saúde mental no Brasil foi acompanhada por um amplo processo de descentralização das ações de saúde mental para os municípios, que são convocados a assumir implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, promovendo a integração e a sistematização das ações de saúde mental no território. Como consequência desse processo, grande parte dos CAPS existentes hoje no país encontram-se sob gestão municipal.

Neste sentido, dado o diagnóstico de que grande parte dos municípios brasileiros apresenta dificuldades financeiras e administrativas, e que a habilitação das diferentes modalidades de CAPS requer o aporte de mais recursos por parte destas instâncias para a manutenção destes serviços, destaca-se a importância da participação dos estados enquanto articuladores e co-financiadores deste modelo, contribuindo para o desenvolvimento dessa estratégia.

Além disso, esta participação torna-se fundamental na integração de estratégias de cuidado nos municípios com menos de 20.000 habitantes, aqueles em que a rede de serviços é composta pela articulação da saúde mental com a atenção básica, tendo como principais parcerias o Programa de Saúde da Família (PSF), e, mais recentemente, os Núcleos de apoio ao Saúde da Família NASF (PT/GM nº 154/2008) (**Tabela 1**).

Analisando o documento elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental (DAPS/SAS/MS) em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apresenta o número de CAPS por tipo e UF, em outubro de 2009, observa-se que apesar do aumento em números da rede CAPS no país³⁵, a sua cobertura ainda

³⁵ O documento indica um total de 1.467 CAPS em 31 de outubro de 2009. No entanto, ainda que a política nacional de saúde mental tenha adotado o modelo CAPS como dispositivo estratégico nesta área, é necessário também estar atento a este processo. Há quem questione esta estratégia, visto que a ênfase na

reflete as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras. Estados como Amapá, Acre, Roraima e Distrito Federal ainda apresentam baixa cobertura. O caso mais extremo ocorre no estado do Amazonas, onde a cobertura assistencial permanece insuficiente/crítica (**Tabela 2**).

Tabela 2. Cobertura de CAPS, por UF (em 4 de junho de 2009). Brasil, 2009.

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Paraíba	3.742.606	31	9	2	7	5	54	1,06
Sergipe	1.999.374	19	3	3	1	2	28	1,00
Rio Grande do Sul	10.855.214	59	33	0	12	17	121	0,84
Ceará	8.450.527	38	27	3	5	14	87	0,82
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Santa Catarina	6.052.587	39	13	0	6	7	65	0,75
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Paraná	10.590.169	33	26	2	7	19	87	0,68
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Bahia	14.502.575	99	25	2	4	11	141	0,64
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	3	16	0,56
Minas Gerais	19.850.072	68	42	8	9	12	139	0,55
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	31	37	0	12	15	95	0,50
São Paulo	41.011.635	53	72	17	24	49	215	0,48
Pernambuco	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
Espírito Santo	3.453.648	7	7	0	1	3	18	0,42
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Pará	7.321.493	15	11	1	2	5	34	0,37
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4	0,12
Brasil	189.612.814	660	388	41	105	200	1394	0,57

Nota: O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSI e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estimativa populacional 2008.

Parâmetros:

Cobertura muito boa (acima de 0,70)

Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)

Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)

Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)

Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

expansão maciça de CAPS poderia estar acompanhada da padronização de modelos e de perda da qualidade na construção de um dispositivo alternativo ao manicômio. Além disso, algumas normativas foram fundamentais no processo de expansão acelerada dos CAPS a partir de 2003 e, principalmente, a partir de 2005. A portaria GM nº 1.455/03 estabeleceu incentivos financeiros únicos, repassados fundo a fundo, para cada CAPS. Em 2004 e em 2005 (PT/GM nº 1.935/04 e PT/GM nº 245/05) os incentivos para os CAPS passaram a ser antecipados, tornando-se num dos principais mecanismos de indução da implantação de CAPS.

Em que pese a expansão e consolidação dos CAPS nos últimos anos e da importância adquirida pelos municípios na execução e organização desses serviços, estes dados refletem problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso à rede CAPS, principalmente nos estados da região norte.

Neste sentido, cabe aqui problematizarmos a idéia de cobertura de CAPS, apontando pelo menos dois aspectos. O primeiro indica que a idéia de cobertura é com o entendimento de que o CAPS tem sido entendido como principal dispositivo substitutivo ao hospital, mas para que seja de fato substitutivo, precisa apresentar disponibilidade suficiente de atenção. Assim, uma cobertura baixa compromete a perspectiva de reforma. No entanto, o CAPS não deveria ser o único dispositivo de assistência, especialmente nos municípios pequenos, sendo necessário o fortalecimento da atenção básica e a busca de outras formas de atenção, o que nos remete ao segundo aspecto: será que a ênfase nos CAPS como principal dispositivo assistencial potencializa a reforma ou a engessa?³⁶. As experiências estaduais e municipais têm revelado estratégias alternativas que não as propostas pela política nacional?

Santos (2007) destaca que tomar a direção dada pela política nacional não significa reduzir o papel dos estados a mero indutores da implementação da política nacional, sendo necessário o fortalecimento de seu poder de decisão e formulação, partindo de um diagnóstico específico de seu território em conjunto com os municípios, e definindo o desenho da rede que melhor atenda às demandas de saúde mental de sua população.

Estas questões chamam à atenção para a participação fundamental dos estados na formulação e adaptação regional da política de saúde mental, na coordenação das ações de saúde mental no território, no combate às desigualdades, e na melhoria das condições locais por meio do fortalecimento da capacidade institucional nos municípios, principalmente naquelas regiões onde existem verdadeiros vazios assistenciais. Também atentam para o fato de que os desafios que se colocam aos estados não são travados apenas no âmbito da gestão, mas também na construção de um novo modelo assistencial, preconizado por um movimento que busca desconstruir todo um aparato manicomial e o imaginário social proveniente dele.

Tendo em vista este panorama, prevê-se que a condução estadual da política de saúde mental em um país federativo, marcado pela diversidade de instrumentos de

³⁶ Ressalta-se que existem desafios que ultrapassam o âmbito da gestão, desafios estes que se apresentam no âmbito da micro-política, ou seja, presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. A questão da agenda do CAPS é um deles. No entanto, este é um grande debate, uma outra agenda de pesquisa que não pode ser desenvolvida aqui, sendo necessária a sua indicação.

indução nacional e por fortes desigualdades regionais, representa uma tarefa complexa. No entanto, esta complexidade nos revela a importância dos estados enquanto atores responsáveis pela expressão da diversidade regional, cultural e pela diversificação de novos modelos assistenciais, atuando no sentido de uma mudança paradigmática que ultrapassa os limites da gestão dos serviços de saúde.

Em linhas gerais, apresentamos os antecedentes da construção da política nacional de saúde mental no Brasil, seu panorama atual, e uma discussão inicial sobre importância dos estados para o avanço desta política.

No próximo capítulo faremos uma análise minuciosa dos documentos e normativas da política nacional de saúde mental, tais como portarias, resoluções, leis e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como o contexto em que foram produzidos, privilegiando como perspectiva de análise a atuação do gestor estadual.

CAPÍTULO 3. O PAPEL DOS ESTADOS NAS NORMATIVAS E DIRETRIZES NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Como visto no primeiro capítulo, as transformações institucionais do Estado e o processo de descentralização suscitaram mudanças no papel atribuído aos estados no marco normativo e legal do SUS. Na área de saúde em geral evidencia-se uma indefinição desta esfera de governo na assunção de suas atribuições, um tanto maior na década de 1990, e menor a partir de 2000 (Pereira, 2009).

Na área de saúde mental, a partir da criação da CORSAM, em 1991, inaugura-se um novo marco na produção normativa em saúde mental através da apresentação das primeiras portarias ministeriais com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial.

Este capítulo tem como objetivo fazer um balanço geral do papel dos estados na produção normativa federal em saúde mental a partir da década de 1990, entendendo o contexto em que estas normativas foram geradas e as implicações que trouxeram para atuação das instâncias estaduais na política de saúde mental. Foram analisados os principais documentos oficiais relacionados à condução da política nacional de saúde mental apresentados pelo Ministério da Saúde a partir de 1990, tais como documentos, portarias, leis e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Nosso referencial de análise partiu do modelo proposto por Borges (2007) que percorreu a trajetória da política de saúde mental no período de 1990 a 2004, definindo quatro momentos de sua produção normativa federal: *germinativo, de latência, de retomada e de expansão*. Apropriamo-nos destes momentos e atualizamos o período analisado pela autora, contudo, privilegiando como perspectiva de análise a atuação do gestor estadual.

Também entendemos ser necessário que o arcabouço legal e normativo da produção federal em saúde mental seja analisado de acordo com as macro-funções gestoras do Estado na saúde. Desta forma, pretende-se extrair o papel dos estados e entender a sua importância em cada momento a partir das seguintes macro-funções gestoras descritas por Lima *et al.* (2009): 1) Formulação de políticas e planejamento; 2) Coordenação Federativa; 3) Coordenação da atenção à saúde; 4) Financiamento; 5) Acompanhamento e monitoramento e 6) Prestação de ação e serviços de saúde.

3.1 Momento Germinativo (1990-1996)

Começamos o ano de 1990 com a extinção da DINSAM, órgão responsável pela Campanha Nacional de Saúde Mental no país. Somente em 1991, com o avançar de mudanças estratégicas e estruturais na saúde, é criada a CORSAM. É também neste período que é organizado o Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, instância de articulação da política nacional entre os gestores de outros níveis de governo.

Borges (2007) aponta que configura-se nesse período da política nacional de saúde mental o que denomina de *momento germinativo*. Primeiro, porque é partir deste momento que há uma grande articulação de atores na discussão dessa política, o que se expressa na realização da II CNSM; segundo, devido à ascensão de debates e audiências promovidas em torno do PL nº. 3.657/89, abrindo para a CORSAM um novo canal de interlocução e aglutinação de força política com o legislativo; e, terceiro, pela atuação da coordenação na organização da assistência hospitalar, com o viés da desospitalização, fundamentada em ações de avaliação e acreditação hospitalar.

Também neste momento ainda havia, por um lado, uma grande centralização da política de saúde no governo federal, responsável pelo seu direcionamento e financiamento³⁷, e, por outro lado, era evidente a ênfase na municipalização da saúde, expressa pela edição da NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/92 e, principalmente, pela NOB SUS 01/93.

Apesar da ênfase na municipalização proposta pelas duas primeiras NOBS, da fragilidade na pactuação entre os níveis, e de indefinições quanto ao papel dos estados, cabe ponderar que na área de saúde mental as primeiras portarias, a SNAS nº189/91, mas, principalmente, a SNAS nº224/92, foram construídas com a colaboração de coordenadores da área no nível estadual, fortalecendo o espaço das relações intergovernamentais³⁸.

A portaria SNAS nº 189/91 aprova os grupos e procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), além do financiamento e inclusão de novos procedimentos

³⁷ De acordo com Faveret (2003), na primeira metade da década de 1990, o governo federal continuava responsável por cerca de 70% dos recursos financeiros destinados à saúde.

³⁸ É importante entender que a ênfase na municipalização não é uma distorção nos rumos da reforma psiquiátrica, pois havia uma orientação no debate reformista de fortalecimento do papel dos municípios, por isso eles ganham a atribuição de executores e os estados de coordenadores. Mas o fato é que toda a política de saúde ainda era muito centralizada no governo federal, e os estados, mas principalmente os municípios, estavam longe de serem capazes de incorporar tais funções.

em saúde mental. Nesta normativa, estados e municípios assumem a responsabilidade pelo cadastramento dos serviços de saúde mental nos referidos sistemas, pelo controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, além de assumirem a competência exclusiva na autorização de emissão de AIH³⁹ psiquiátrico, indicando uma gestão de responsabilidade descentralizada.

A portaria SNAS nº 224/92 que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental⁴⁰, enfatiza o papel dos estados e municípios no controle e avaliação destes serviços, responsabilizando-os no cumprimento de seus conteúdos e em sua complementação normativa. Também determina que os Hospitais-dia e serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral sejam regionalizados e *“Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa (...) será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde”* (GRIFOS NOSSOS - Brasil, MS, 1992:251). Esta normativa teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do país (Brasil, MS, 1992).

Em agosto de 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo precedida por 24 conferências estaduais e por aproximadamente 150 conferências municipais em todo o país.

O início de seu relatório ressalta a importância da Conferência de Caracas⁴¹ para a transformação do modelo assistencial em saúde mental e da IX Conferência Nacional de Saúde que aprovou o fortalecimento da municipalização da saúde⁴². O documento também reafirma a garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis, nos estatutos e *“na possibilidade de realização de um novo projeto social”* (Brasil, MS, 1994:5), contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

O relatório está dividido em três partes: 1) Marcos Conceituais; 2) Atenção à Saúde Mental e Municipalização; e 3) Direitos e Legislação.

³⁹ Autorização para internação hospitalar.

⁴⁰ A portaria regulamenta os seguintes serviços de saúde mental: ambulatórios, núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em Psiquiatria (Brasil, MS, 1991).

⁴¹ A conferência realizada em 1990, na Venezuela, representou um marco na reorientação da assistência em saúde mental na América Latina. No entanto, é importante destacar que lideranças do movimento reformista brasileiro apontam que a partir da Conferência de Caracas, adotou-se no Brasil uma política de reorientação dos serviços de saúde mental, deixando de lado uma luta mais ampla de desinstitucionalização e reforma radical da saúde mental (Amarante, 1998).

⁴² O tema central da Conferência foi *“Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho.”*

Na primeira parte são definidos os marcos conceituais referentes ao modelo de atenção e direitos de cidadania, temas centrais. A atenção integral é entendida através de “*uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo*” (Brasil, MS, 1994:7), devendo referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação. Em relação à cidadania, os usuários devem ser inseridos enquanto sujeitos sociais, assegurando a sua emancipação e participação nos atos da vida social.

Outra recomendação aponta a importância da descentralização que “*deve ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social*” (Brasil, MS, 1994:7), e indica a imprescindibilidade da municipalização da assistência à saúde.

O relatório também ressalta a necessidade de criação de uma rede substitutiva em saúde mental, com dispositivos variados, tais como “*unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivências e cooperativas de trabalho*” (Brasil, MS, 1994:7), e propõe a integração das ações de saúde mental com outras políticas sociais (educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação), bem como a promoção de atividades entre secretarias, órgãos e departamentos da administração pública, o que demonstra um avanço da discussão do modelo assistencial em saúde mental em relação a I CNSM. O relatório também exige a divulgação da “*Lei de Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem de Sofrimento Psíquico*” (Lei 9.716/92), do Rio Grande do Sul, estado pioneiro na elaboração de uma lei estadual de saúde mental.

Na segunda parte, ***Atenção à Saúde Mental e Municipalização***, o relatório exige o cumprimento da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), bem como os princípios constitucionais referentes à municipalização. Também recomenda que as três esferas de governo aumentem o percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental, e a possibilidade do imediato e efetivo repasse de recursos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde aos municípios para a implementação das ações de saúde mental. Também propõe que as Coordenações Estaduais de Saúde Mental sejam responsáveis pelo credenciamento de serviços nesta área específica.

Outra recomendação sugere a revisão da utilização de AIH na rede hospitalar, estabelecendo prazo de três anos para a extinção progressiva da utilização de AIH 5⁴³ por hospitais psiquiátricos, e a realocação dos seus recursos para o financiamento de Lares Abrigados para usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, estando sob a responsabilidade provisória da Secretaria de Estado da Saúde.

Buscando uma atuação integrada, reforça a participação do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental junto à CORSAM, e estimula a cooperação entre as prefeituras, bem como a criação e fortalecimento de grupos gestores nos serviços de saúde mental. O relatório também apóia a criação de comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, para planejar, implementar e fiscalizar as ações de saúde mental.

Também é exigido que o Ministério da Saúde promova a revisão da legislação referente aos medicamentos com vistas “*a garantir o acesso universal com qualidade, informação, racionalização e controle de uso*” (Brasil, MS, 1994:19). Veremos mais adiante que, com o estabelecimento da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, os estados passam a ter um importante papel na coordenação e implementação do acesso aos medicamentos essenciais na área de saúde mental.

Finalmente, na terceira parte, ***Direitos e Legislação***, o relatório apóia as iniciativas de elaboração de projetos de leis estaduais⁴⁴, e determina que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde assumam como diretrizes da política de saúde mental os princípios contidos no projeto de lei do deputado Paulo Delgado. Além disso, determina que a comissão de revisão das internações seja de composição interdisciplinar e agregue representantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil.

Após a II CNSM, a CORSAM debruçou-se na construção de portarias relacionadas à classificação e avaliação das unidades psiquiátricas hospitalares. Um exemplo é a SAS nº 63/93 que cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH). No entanto, apesar das portarias do período pós-Conferência não atribuírem funções específicas aos estados, cabe destacar que todas elas foram construídas com a colaboração dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, representando um importante processo de articulação e pactuação na política de saúde mental.

⁴³ Trata-se de AIH de longa permanência.

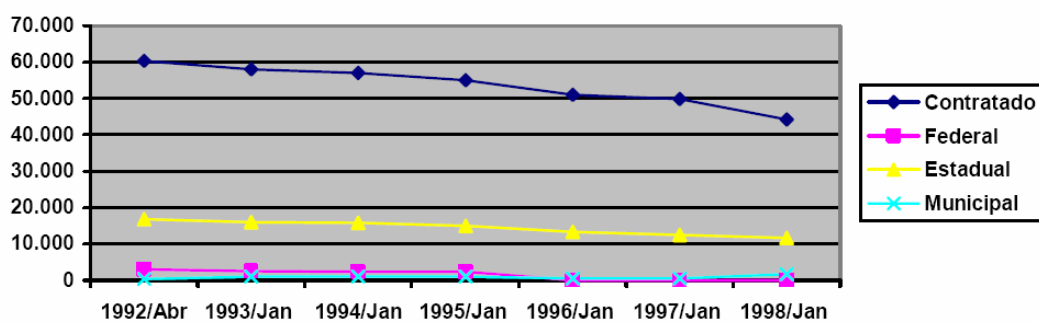
⁴⁴ Importa lembrar que, de 1992 a 1996, oito estados brasileiros aprovaram leis de reforma psiquiátrica.

Como visto anteriormente, em 1993, o Ministério da Saúde promoveu uma articulação com vistas a uma gradativa descentralização das ações de saúde, materializada na NOB SUS 01/93, com forte conteúdo municipalista.

Borges (2007), ao analisar o impacto da NOB SUS 01/93 na política de saúde mental, destaca que apesar da importância desta norma fortalecer a autonomia gestora municipal, talvez tivesse sido mais estratégico o fortalecimento dos estados para o avanço da política de reversão do modelo assistencial em saúde mental, visto que, neste período, os estados concentravam sob sua gestão a maior parte dos leitos psiquiátricos. Os gráficos abaixo são ilustrativos do peso estatal:

Gráfico 1: Leitos Psiquiátricos por natureza no período de 1992-1998

Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos por Natureza no período 1992-1998.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Elaborado por Borges (2007)

Este dado é importante porque nos mostra uma incoerência da proposta municipalista nesta área, com o risco de atribuir aos municípios uma responsabilidade de difícil sustentabilidade, principalmente num momento em que os leitos psiquiátricos eram a principal forma de atenção, sem qualquer incentivo para a construção de serviços articulados, por exemplo, à atenção básica, que, nesse momento, estava longe de qualquer discussão.

Em agosto de 1994 é lançada uma nova portaria, a SAS nº 145/94, que cria os Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica nas três esferas do governo (GAP), com o objetivo de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, representando uma nova proposta de articulação entre os níveis de governo.

Até 1996 foi lançada outra seqüência de portarias que deu continuidade ao processo de avaliação, adequação e descredenciamento dos hospitais, cabendo aos

gestores estaduais a formulação de programas, planos e projetos para a clientela remanescente de hospitais psiquiátricos onde estivessem proibidas novas internações, além da coordenação deste processo junto ao Ministério da Saúde (PT SAS nº 15/96).

As normativas e diretrizes da política de saúde mental no *momento germinativo* (1990-1996), nos revelam que os estados tiveram um papel importante, embora incipiente, nas macro-funções de monitoramento e acompanhamento, a partir da criação dos Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) nas três esferas de governo, e de coordenação da atenção em saúde mental, dada a responsabilidade pela complementação das normas técnicas e cadastramento dos serviços de saúde mental nos sistemas de informação do SUS. Este aspecto reflete a ênfase dada pelo Ministério da Saúde, até aquele momento, ao processo de desospitalização, avaliação e acreditação da assistência hospitalar.

Além disso, o conteúdo das normativas apresenta certa indefinição quanto ao papel dos estados, visto que muitas vezes o seu papel se confunde ou se iguala aos dos municípios. Os aspectos deliberados na II Conferência Nacional de Saúde Mental apresentam um conteúdo mais específico em relação ao papel das instâncias estaduais na condução da política de saúde mental, embora a mesma não tenha definido a participação dos estados na macro-função de acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde mental.

No entanto, apesar de atribuírem poucas funções aos estados, principalmente no financiamento, que esteve ausente, as portarias desse período possuem o respaldo de terem sido construídas de forma colegiada, com a colaboração do Colegiado dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, contribuindo para a construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental (**Quadros 1 e 2**).

Quadro 1: Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no Momento Germinativo (1990-1996).

* Este quadro destaca apenas as portarias do período que trazem atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT SNAS nº 189/91 – Aprova os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIS-SUS, na área de saúde mental			<p>Prevê que o cadastramento dos serviços de saúde mental nos sistemas de informação do SUS caberá às secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. Estabelece que a autorização para emissão de Autorização por Internação Hospitalar (AIH) de paciente psiquiátrico será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipal;</p> <p>Estabelece que as normas técnicas para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.</p>		Determina que os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema único de Saúde (SUS), serão submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e/ou municipal.	
PT SNAS nº 224/92 – Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental			Define que a complementação normativa referente ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam de referência regional e/ou estadual, será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.		Define como co-responsáveis pela fiscalização e cumprimento dos seus conteúdos os níveis estadual e municipal.	

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT SAS nº 145/94 – Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental (GAP).					Define a criação de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) nas três esferas do governo, com o objetivo de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS.	
PT SAS nº 15/96 – Ratifica a proibição de novas internações em hospitais psiquiátricos cadastrados no Grupo Internação em Psiquiatria III	Determina que o gestor estadual ou municipal em gestão simplificada deve submeter ao respectivo Conselho de Saúde o plano, programa ou projeto assistencial para clientela remanescente de hospitais psiquiátricos onde estejam proibidas novas internações.					

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais.

Quadro 2: Balanço do papel dos estados no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), segundo macro-funções do Estado na saúde.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Documento	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental	<p>Apóia as iniciativas de elaboração de projetos de leis estaduais, e determina que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde assumam como diretrizes da política de saúde mental os princípios contidos no projeto de lei 3.657/89;</p> <p>Reforça a participação do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental junto à Coordenação de Saúde Mental. Apóia a criação de comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde.</p>		Propõe que as Coordenações Estaduais de Saúde Mental sejam responsáveis pelo credenciamento de serviços na área de saúde mental.	<p>Recomenda que as três esferas de governo aumentem o percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental;</p> <p>Recomenda a possibilidade do imediato e efetivo repasse de recursos financeiros das secretarias estaduais de saúde aos municípios para a implementação das ações de saúde mental.</p>		Recomenda que os Lares Abrigados para usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos devem estar sob a responsabilidade provisória da Secretaria de Estado da Saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

3.2 O momento de Latência (1997-1999)

No final do período anterior, a partir da entrada de um novo Presidente da República⁴⁵ e de uma nova equipe dirigente no Ministério da Saúde, criou-se condições para a implementação de uma nova estratégia de descentralização, materializada na edição da NOB SUS 01/96.

Para Machado (2007), esta nova estratégia de descentralização se diferencia da anterior em dois aspectos: a tentativa de resgatar o papel do gestor estadual no sistema e o início do atrelamento da descentralização a condicionalidades relacionadas à organização da rede e à indução do modelo de atenção. No entanto, apesar desta NOB trazer uma primeira inflexão do papel dos estados na gestão do SUS, a função a ele reservada foi deixada de lado, que seria a organização da média e alta complexidade. Neste momento, ainda havia a ênfase na descentralização municipalista da atenção básica, a partir da criação do Piso de Atenção Básica (PAB).

Fazendo um balanço das implicações da NOB SUS/96 para a área de saúde mental, Borges (2007) destaca que o pouco poder de integração e condução política adquirida pelos estados dificultava o processo de desospitalização psiquiátrica, já que possuíam sob a sua gestão macro-hospitais que abrigavam pacientes moradores de municípios distantes, ficando, assim, na dependência da consolidação de redes de cuidado locais. Além disso, ressalta que os recursos para investimento não priorizavam, neste momento, a média complexidade ambulatorial, que continha, até aquele momento, o CAPS como único dispositivo extra-hospitalar financiado pelo SUS.

Em 1997 ocorre uma mudança na estrutura do MS, a partir da formação de novas Secretarias, entre elas, a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). Para Borges (2007), um dos resultados foi o enfraquecimento relativo da SAS, que abrigava a CORSAM, e a desarticulação desta enquanto estrutura de formulação política, o que resultou no vazio de portarias do período.

Em 1998 assume um novo Ministro da Saúde⁴⁶, e em março do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) edita a Resolução nº 272, que resolve reafirmar a desospitalização, o desenvolvimento dos modelos substitutivos, aprovar a redução de leitos e investigar as razões da paralisação do programa de apoio à desospitalização⁴⁷. Segundo Borges e Baptista (2008), esta resolução ilustra o momento pelo qual passava a política de saúde mental quando propõe “*Criar a Comissão visando estabelecer*

⁴⁵ Trata-se de Fernando Henrique Cardoso que assume a Presidência da República em 1995.

⁴⁶ Trata-se do Ministro da Saúde José Serra.

⁴⁷ A Resolução nº 159/95 do CNS aprova o Plano de Apoio à Desospitalização.

interlocução com o MS para análise dos fatores que tem determinado o não cumprimento adequado das metas e estratégias da Reforma Psiquiátrica uma vez que o próprio Conselho já havia se pronunciado sobre a matéria” (Brasil/MS/CNS, 1998).

No mesmo ano é editada uma portaria que não opera especificamente a política em questão, mas faz contato com a área da saúde mental, a GM nº 2.925/98 que cria “*mecanismos para a implantação dos **Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências***” (GRIFOS NOSSOS). Segundo essa portaria, as unidades hospitalares cadastradas estariam integradas às Centrais de Regulação e incorporadas no sistema de referência e contra-referência hospitalares. Além disso, o gestor estadual ficaria responsável, juntamente com o Ministério da Saúde, pela definição do quantitativo de hospitais que irão compor a sua rede. É importante assinalar que as centrais de regulação se tornarão instrumentos de gestão importantes para os estados na articulação de uma rede de saúde nos anos 2000.

Em 1999 é publicada apenas uma portaria, a GM nº 1.077/99, que implanta o *Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental*. Nesta normativa, os estados assumem a coordenação da implementação do Programa em seu âmbito de atuação, além de parte de seu financiamento, que deverá ser compartilhado com o gestor federal. Ainda, “*As Comissões Intergestores Bipartite definirão os pactos para aquisição e distribuição dos medicamentos e/ou transferências dos recursos financeiros aos municípios, sob qualquer forma de gestão, que possuam rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental*” (Brasil, MS, 1999:96), ficando sob a responsabilidade do gestor estadual o gerenciamento do programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios. Interessante notar que esta é a primeira normativa onde os estados participam explicitamente do financiamento de um programa de saúde mental.

Também nesse ano é promulgada a Lei nº 9.867/99 que cria as Cooperativas Sociais, com o objetivo de integrar as pessoas em desvantagem social no mercado de trabalho, beneficiando, inclusive, os usuários de saúde mental.

Borges e Baptista (2008) apontam que a breve produção normativa no ano de 1999 se deve à entrada, em meados de 1998, de um novo Coordenador para a área da saúde mental, também militante da reforma psiquiátrica brasileira e atuante na política de saúde mental. Assim, as autoras concluem que a queda da produção normativa, e pelo fato da política de saúde mental haver se mantido nas mãos de militantes da Reforma Psiquiátrica, garantindo a posição deste grupo no Estado, que este período é

caracterizado como *momento de latência*, “quando a coerência interna da condução da política é subentendida” (Borges & Baptista, 2008:7).

No *momento de latência* (1997-1999), destacamos que embora tenha ocorrido uma queda da produção normativa federal e de poucas atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental, este momento já refletia o início de retomada do papel dos estados no cenário da política de saúde em geral, principalmente a partir da NOB SUS/96, mas também com inflexões para área de saúde mental, com um rol de atribuições definidas para esta instância na questão da assistência farmacêutica a partir do *Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental* (PT/GM nº 1.077/99). No entanto, apesar do Programa atribuir maiores funções aos estados, sobretudo na questão do financiamento e da coordenação federativa e de atenção em saúde mental, destaca-se que o mesmo não foi uma demanda direta da área de saúde mental, mas sim, resultado do desdobramento da Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde (PT/GM nº 3.916/1998) (**Quadro 3**).

Quadro 3: Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no Momento de Latência (1997-1999).

* Este quadro destaca apenas as portarias do período que trazem atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 1.077/99 – Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de saúde mental		<p>Cabe aos gestores estaduais e do Distrito Federal a coordenação da implementação do Programa em seu âmbito;</p> <p>Estabelece que o gestor estadual se responsabilizará pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios que não possuam rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.</p>	Estabelece que o gestor estadual se responsabilizará pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios que não possuam rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.	<p>Prevê que os estados participem do financiamento do Programa;</p> <p>Estabelece que os estados que se integrem ao programa poderão adquirir, de forma complementar, por meio de recursos próprios, outros medicamentos essenciais que julgarem necessários não previstos no elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).</p>		

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais.

3.3 O momento de retomada (2000-2001)

Em 2000 a SAS recupera seu poder institucional, resgatando a função de coordenação de áreas técnicas, como a de saúde mental. Segundo Borges (2007), este resgate significava o retorno a um ambiente propício à retomada da política de saúde mental.

Ainda no mesmo ano é lançada a portaria GM nº 106, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRTs). Nesta normativa, *“as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, com o apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental”* (Brasil, MS, 2000:103), e a critério desses gestores, estes serviços poderão funcionar em parcerias com ONGs de saúde ou outros serviços sociais.

Em abril de 2000 é constituída, no âmbito da SAS, a Assessoria Técnica (ASTEC)⁴⁸ que abrigava diversas áreas técnicas, entre elas, a Área Técnica de Saúde Mental (ATSM).

Tendo como exposição de motivos os avanços em direção à reversão do modelo hospitalocêntrico e asilar que se estabeleceu no país, e a necessidade de estabelecer medidas que permitisse consolidar os avanços conquistados e a melhoria da qualidade da atenção prestada, o MS edita a portaria GM nº 799/2000 que institui o *Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental*. Dentre as atividades contempladas por este programa destacam-se: avaliação da assistência em saúde mental no país, supervisão e avaliação *in loco* dos hospitais psiquiátricos que compõe a rede do SUS, análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental, e elaboração de protocolos de regulação. Além disso, cada esfera de governo deverá estruturar, em seu âmbito de atuação, um Grupo Técnico, e *“no caso dos Grupos Técnicos de estados, articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal”* (Brasil, MS, 2000:108).

Ainda neste período, assume um novo Coordenador Nacional de Saúde Mental, militante do movimento da Reforma Psiquiátrica, e que permanece no cargo até hoje. O

⁴⁸ Portarias GM nº 397/00, SAS nº 116/00 e SAS nº 272/00.

mesmo vinha de um cargo de coordenador estadual de saúde mental do Rio de Janeiro, inaugurando neste estado uma inflexão importante na condução da política.

A primeira portaria desta coordenação, a GM nº 1.220, inclui na Tabela de serviços do SIA/SUS o Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental, e na Tabela de Atividade profissional o código para *Cuidador em Saúde*. Esta portaria estabelece a supervisão dos SRTs pelo coordenador estadual de saúde mental, apontando uma consonância com a organização proposta pela NOB 96⁴⁹, a quem caberá verificar, inclusive, o cumprimento das normas estabelecidas pela PT GM nº 106/2000.

Também neste momento, no âmbito da saúde em geral, temos a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01 e 01/02) que trazem a regionalização para o centro do debate setorial e determinam as atribuições específicas do gestor estadual na condução desse processo. A NOAS também impulsiona, através do processo de regionalização, que os estados voltem a pensar numa programação das ações de saúde mental e sua distribuição territorial, no entanto, é só a partir das normativas posteriores à III CNSM (2001), que fica visível o impacto da NOAS na política de saúde mental.

Em março de 2001 é realizada uma oficina de trabalho intitulada *Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*, pelo Departamento de Atenção Básica da SPS e pela Área Técnica de Saúde Mental da SAS. A oficina buscou a discussão acerca da inclusão das ações de saúde mental no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF) e a apresentação das experiências vivenciadas pelos participantes, com vistas a subsidiar a conclusão do Plano Nacional.

Foram selecionadas para participar da Oficina 09 Secretarias Municipais de Saúde e 01 Secretaria Estadual de Saúde, por apresentarem experiências em andamento de ações de saúde mental no PSF, ou por desenvolverem ações de saúde mental na atenção básica. A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo foi a escolhida por desenvolver o *Projeto Qualis*. Também participaram os Coordenadores de Saúde Mental e do PSF dos estados nos quais os municípios em questão estavam inseridos: Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná, Minas Gerais, Ceará, Sergipe e de São Paulo. Esta oficina representou a importância da participação dos estados no apoio e desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica nos municípios, com o pioneirismo do estado de São Paulo.

⁴⁹ A NOB SUS/96 estabelece que os estados se responsabilizem pela organização da média e alta complexidade, e os SRTs se inserem entre os serviços de média e alta complexidade.

De acordo com o relatório de Gestão em Saúde Mental 2003-2006 (Brasil, MS, 2007), várias experiências de apoio em saúde mental na atenção básica estariam acontecendo hoje, como em Recife/PE, com as chamadas equipes de retaguarda; em Aracaju/SE, com a vivência de equipes itinerantes desenvolvidas a partir de profissionais dos CAPS junto com as equipes de referência ambulatorial nas unidades básicas de saúde; em Betim/MG, por meio da parceria entre equipe de saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde; e em João Pessoa/PB, a partir da inclusão da saúde mental no Sistema de Informações, entre tantas outras experiências.

Em 3 de abril de 2001 foi sancionado o substitutivo ao PL nº 3.657/89, originando a Lei nº 10.216 ou, como ficou conhecida, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Entre as suas principais diretrizes, destacam-se a progressiva extinção dos serviços de tipo manicomial no Brasil e a criação de serviços substitutivos em saúde mental, visando à reinserção social do paciente e o processo de desinstitucionalização. Interessante notar que esta lei não atribuiu funções específicas aos governos municipal, estadual e federal.

Delgado *et al.* (2001) apontam que, neste contexto, há o fortalecimento do colegiado de coordenadores estaduais e municipais, comprometidos com a criação de condições técnicas e políticas para o desenvolvimento de uma rede de atenção integral à saúde mental.

Em novembro de 2001, a ATSM e a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados convocou um Seminário intitulado *Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei 10.216*, com o objetivo de discutir e resgatar aspectos do projeto original não previstos na nova lei.

Segundo Borges (2007), neste momento era necessário que se criassem consensos para garantir a incorporação das teses da ATSM na III CNSM que ocorreu no final de 2001, e para isso, foram organizados vários eventos temáticos com o objetivo de ganhar sustentabilidade para prosseguir nos avanços.

Finalmente, em dezembro de 2001, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo precedida por 163 conferências municipais, 173 regionais e 27 conferências estaduais.

A conferência teve o tema ***Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social***, e levantou os seguintes subtemas: Reorientação do modelo assistencial em saúde mental, Financiamento, Recursos Humanos, Controle Social, Acessibilidade, Direitos e Cidadania.

O relatório da Conferência é bastante extenso, com apresentação de diversas propostas e recomendações. Neste sentido, iremos resgatar nos temas apresentados somente os pontos que fazem contato com a nossa discussão.

No primeiro tema, *Reorientação do modelo assistencial em saúde mental*, são apresentados os princípios e diretrizes gerais, como a reafirmação da saúde como direito do Estado e a necessidade de garantir nas três esferas do governo que as políticas de saúde mental sigam os preceitos do SUS, das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis federais e estaduais.

Outro aspecto importante é a exigência de que as três esferas de governo incluam a saúde mental na NOAS, garantindo a regionalização dos serviços de saúde mental e a integração das ações de saúde mental entre municípios pólos ou de referência.

Outra recomendação destaca que “*as coordenadorias estaduais ou regionais de saúde mental prestem assessoria especializada sistemática aos municípios para a implementação de políticas e serviços de atenção integral à saúde mental (...)*” (Brasil, MS, 2002:31), reafirmando a necessidade da municipalização, e a inclusão das propostas da reforma psiquiátrica na agenda de saúde do município.

É apontada a necessidade de superação do modelo asilar e de implantação de uma política de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, exigindo que “*os estados e municípios que possuem hospitais psiquiátricos sob sua gestão, elaborem portarias visando a desativação progressiva, com metas anuais de redução do número de leitos*” (Brasil, MS, 2002:36). Também reafirma a garantia de que o Ministério da Saúde capacite os Grupos Técnicos de Saúde Mental (PT/GM n.º 799/00) e que os estados e municípios efetivem estes grupos de forma a viabilizar o controle e vigilância em saúde mental.

O controle das internações psiquiátricas também deve ser garantido pelos gestores, estimulando a criação de Centrais de Regulação de internação psiquiátrica, além de uma central de vagas regionalizada, que estabeleça mecanismos claros de referência e contra-referência, e garanta o acesso e informação sobre internações e altas para os serviços referenciados. Além disso, recomenda-se a garantia de que “*o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde exijam dos hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, a reserva de leitos psiquiátricos – na proporção de 5% dos leitos totais - para atendimento de urgência e emergência*” (Brasil, MS, 2002:52).

Este tema também inclui a questão do financiamento da assistência farmacêutica em saúde mental, *“garantindo que cada estado tenha um plano integrado com os municípios de distribuição descentralizada e controle sistemático dos medicamentos psiquiátricos”* (Brasil, MS, 2002:52), reforçando as atribuições da portaria GM nº 1.077/99, do momento de latência.

Outras recomendações indicavam a importância da intersetorialidade na formulação da política de saúde mental, *“da garantia que o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde fomentem a discussão étnica/racial na rede da saúde mental (...)”* (Brasil, MS, 2002:55), da implantação em todos os estados e municípios de oficinas para crianças e adolescentes, da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, e a promoção de discussões sobre a saúde mental do trabalhador, estimulando a criação de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.

Outra proposta envolvia *“a garantia da criação em cada estado de, no mínimo, um Centro de Referência Regional para atenção aos usuários de álcool e drogas, que possa trabalhar em parceria com Núcleos de Saúde Mental de referência em cada município”* (Brasil, MS, 2002:62), exigindo nos três níveis de governo que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental.

O segundo tema, **Recursos Humanos**, defende o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos integrada nos planos municipal, estadual e federal, e a valorização do trabalhador de saúde mental. Neste sentido, uma das recomendações aponta a necessidade de um processo *“de co-gestão interdisciplinar e colegiada nas coordenações, equipes e serviços de saúde mental”* (Brasil, MS, 2002:71), e a garantia de que haja profissionais da área de saúde mental nas coordenações regionais de saúde, com disponibilidade para oferecer capacitação e treinamento aos municípios que necessitassem, assim como apoio para implantação e implementação das políticas na área. Também é incentivada a criação *“de Núcleo de Referência Estadual em Saúde Mental, com participação dos trabalhadores, usuários e familiares, voltado para estudos, ensino e pesquisa em saúde mental, além de capacitação dos profissionais dos diversos setores e níveis de atuação”* (Brasil, MS, 2002:72).

O tema **Financiamento** indica em suas diretrizes gerais que *“os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços”* (Brasil, MS, 2002:85).

O relatório reafirma que o financiamento e desenvolvimento das ações de saúde mental devem ser garantidos pelas três esferas do governo, que devem definir um percentual mínimo nos respectivos orçamentos anuais e plurianuais, e ressalta que as contrapartidas estadual e municipal devem estar de acordo com os critérios estabelecidos pela NOAS⁵⁰.

Outra estratégia propõe que “*os estados promovam a municipalização solidária e forneçam incentivos financeiros para serviços e ações de saúde mental e assistência farmacêutica, independente do número de habitantes (...)*” (Brasil, MS, 2002:88). Seguindo esta linha, recomenda-se que as Secretarias Estaduais de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, viabilizem linhas de financiamento para a formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte. Também as Secretarias estaduais de saúde devem se responsabilizar pela criação e financiamento de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.

O tema ***Acessibilidade*** propõe que os três níveis de governo devem destinar recursos para a aquisição de viaturas destinadas aos programas de saúde mental, com a finalidade de elevar a acessibilidade dos usuários, além de “*promover campanhas de esclarecimento na mídia a respeito dos direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS, incluídos a legislação vigente e os projetos que possam beneficiar os usuários de saúde mental*” (Brasil, MS, 2002:107). Também recomenda-se a implantação do Programa Estadual de Retorno ao Lar, porém, não aponta a responsabilidade dos níveis gestores em sua operacionalização.

O tema seguinte, ***Direitos e Cidadania***, apresenta poucas atribuições quanto ao papel dos estados, se resumindo às recomendações gerais de que os governos nas três esferas desenvolvam medidas de inclusão social pelo trabalho através de projetos de geração de renda e de formação de cooperativas sociais, além de inclusão dos recortes de gênero, raça e etnia na elaboração e implantação das ações de saúde mental. Como vimos no segundo capítulo, esta tendência tem orientado a condução da política de saúde mental pelo governo federal mais recentemente.

O último tema, ***Controle Social***, enfatiza a importância das Comissões de Saúde Mental que devem ser criadas em nível estadual e municipal, além do apoio e incentivo às ações dos núcleos estaduais da luta antimanicomial na fiscalização das práticas de saúde mental. Também é estimulada a criação de leis de Reforma

⁵⁰ É importante lembrar que em 2000 havia sido promulgada a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) que assegura a participação mínima de cada esfera de governo no custeio das ações e serviços públicos de saúde.

Psiquiátrica nos estados e municípios, e a garantia de que as “*Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizem para a Comissão de Saúde Mental informações fidedignas e atualizadas sobre número e condições dos usuários institucionalizados há longo tempo. Nos locais onde não haja Comissão de Reforma Psiquiátrica, garantir que as informações sejam fornecidas aos Conselhos*” (Brasil, MS, 2002:151).

Tendo em vista o que foi apresentado até o momento, Borges (2007) justifica a nomeação deste período como momento de retomada, devido à realização de alguns acontecimentos: a entrada de um novo coordenador de saúde mental, o retorno da Coordenação Nacional de Saúde Mental à SAS, a aprovação da *Lei n.º 10.216*, a retomada da linha de atuação dos SRTs e da política de avaliação e, finalmente, pela realização da III CNSM.

Neste sentido, vimos que é somente a partir do *momento de retomada* (2000-2001) que os estados assumem um papel mais explícito no acompanhamento e monitoramento das ações assistenciais em saúde mental, com a estruturação dos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das ações assistências em saúde mental em âmbito estadual (PT/ GM n.º 799/00) e da supervisão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (PT/GM n.º 1.220/00). É também neste período que temos a aprovação da *Lei n.º 10.216*, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a edição da NOAS/2001, que inicia um processo de retomada do papel dos estados na gestão do SUS, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Assim, podemos dizer que este período também representou um momento de retomada do papel dos estados no cenário da política de saúde mental, sendo favorecido pelo reflexo da NOB 96, e, principalmente, pela edição da NOAS/2001. Este fato encontra respaldo nas portarias do período, onde os estados assumem um importante papel no acompanhamento, supervisão, e coordenação dos serviços de saúde mental, e, principalmente, nas deliberações da III CNSM, cujo relatório foi o mais completo em termos de atribuições dos estados na política de saúde mental, ao apresentar propostas que apontaram a sua relevância nos seguintes aspectos: elaboração de leis e planos de saúde mental, financiamento e apoio ao processo de municipalização dos serviços de saúde mental, acompanhamento e supervisão dos serviços de saúde mental, coordenação federativa, a partir de seu fortalecimento no espaço das CIBs, articulação com as instâncias de controle social e desenvolvimento de políticas que respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. No entanto, apesar da participação dos estados no financiamento dos serviços de saúde mental ter sido definida na III CNSM, esta função esteve ausente nas portarias do período (**Quadros 4 e 5**).

Quadro 4: Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no Momento de Retomada (2000-2001).

* Este quadro destaca apenas as portarias do período que trazem atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 106/00 – Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental			<p>Prevê que a critério do gestor municipal ou estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com ONGs de saúde, ou de trabalhos sociais;</p> <p>Determinar o encaminhamento por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, ao Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde Mental, da relação dos Serviços cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados.</p>		Determina que as secretarias estaduais e municipais de saúde deverão estabelecer, com o apoio técnico do Ministério da Saúde, rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental.	
PT GM nº 799/00 – Institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental		Determina que os Grupos Técnicos dos estados devem articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.	Determina que as secretarias estaduais de saúde devem estruturar, em seu respectivo âmbito de atuação, Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.		Determina que os Grupos Técnicos em cada nível de atuação devem emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados, além de propor medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental.	

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 1.220/00 - Inclui na Tabela de serviços do SIA/SUS o Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental, e na Tabela de Atividade profissional o código para Cuidador em Saúde					Determina a supervisão das residências terapêuticas em saúde mental pelo coordenador estadual de saúde mental a quem caberá verificar o cumprimento das normas estabelecidas pela portaria GM nº 106/00.	

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais.

Quadro 5: Balanço do papel dos estados no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), segundo macro-funções do Estado na saúde.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Documento	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental	<p>Garantir nas três esferas do governo que as políticas de saúde mental sigam os preceitos do SUS, das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federais e Estaduais;</p> <p>Exige que as três esferas de governo incluam a saúde mental na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS);</p> <p>Exige que os estados e municípios que possuem hospitais psiquiátricos sob sua gestão, elaborem portarias visando a desativação progressiva, com metas anuais de redução do número de leitos;</p> <p>Exige Dos três níveis de governo que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental;</p> <p>Determina que os governos nas três esferas desenvolvam medidas de inclusão social pelo trabalho através de projetos de geração de renda e de formação de cooperativas sociais.</p>	<p>As Secretarias estaduais de saúde devem se responsabilizar pela criação e financiamento de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.</p>	<p>Exige que o controle das internações psiquiátricas deve ser garantido pelos gestores, estimulando a criação de Centrais de Regulação de internação psiquiátrica, além de uma central de vagas regionalizada.</p>	<p>Estabelece que o financiamento e desenvolvimento das ações de saúde mental devem ser garantidos pelas três esferas do governo, que devem definir um percentual mínimo nos respectivos orçamentos anuais e plurianuais;</p> <p>Estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, viabilizem linhas de financiamento para a formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte;</p> <p>As Secretarias estaduais de saúde devem se responsabilizar pela criação e financiamento de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.</p>	<p>Estabelece que os estados e municípios efetivem os Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (PT GM nº 799/00) de forma a viabilizar o controle e vigilância em saúde mental;</p> <p>Exige que o controle das internações psiquiátricas deve ser garantido pelos gestores, estimulando a criação de Centrais de Regulação de internação psiquiátrica, além de uma central de vagas regionalizada.</p>	<p>Recomenda a implantação do Programa Estadual de Retorno ao Lar.</p>

Documento	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - <i>continuação</i>	<p>Exige a garantia que o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde fomentem a discussão étnica/racial na rede da saúde mental;</p> <p>Propõe que os três níveis de governo promovam campanhas de esclarecimento na mídia a respeito dos direitos e deveres dos cidadãos no controle social do SUS, incluídos a legislação vigente e os projetos que possam beneficiar os usuários de saúde mental;</p> <p>Estimula a criação das Comissões de Saúde Mental em nível estadual e municipal.</p>		<p>Estabelece que as coordenadorias estaduais ou regionais de saúde mental prestem assessoria especializada sistemática aos municípios;</p> <p>Define que cada estado tenha um plano integrado com os municípios de distribuição descentralizada e controle sistemático dos medicamentos psiquiátricos;</p> <p>Estabelece a garantia da criação em cada estado de, no mínimo, um Centro de Referência Regional para atenção aos usuários de álcool e drogas, que possa trabalhar em parceria com Núcleos de Saúde Mental de referência em cada município;</p> <p>Estimula a criação de Núcleo de Referência Estadual em Saúde Mental voltado para estudos, pesquisa e capacitação em saúde mental.</p>	<p>Propõe que os três níveis de governo devem destinar recursos para a aquisição de viaturas destinadas aos programas de saúde mental;</p> <p>Estabelece incentivos financeiros aos municípios para serviços e ações de saúde mental e assistência farmacêutica;</p> <p>Estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, viabilizem linhas de financiamento para a formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte.</p>		

Documento	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental - <i>continuação</i>	Determina que as Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizem para a Comissão de Saúde Mental ou ao Conselho Estadual de saúde, informações fidedignas e atualizadas sobre número e condições dos usuários institucionais há longo tempo.		As Secretarias estaduais de saúde devem se responsabilizar pela criação de Centros de Capacitação em saúde mental, promovendo supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios; Determina que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde exijam dos hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, a reserva de leitos psiquiátricos – na proporção de 5% dos leitos totais - para atendimento de urgência e emergência.	As Secretarias estaduais de saúde devem se responsabilizar pelo financiamento dos Centros de Capacitação em saúde mental.		

Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

3.4 O momento de Expansão (2002-2004)

Segundo Borges (2007), o momento de expansão está relacionado à formulação política após a III CNSM, operando algumas inflexões no que tange à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental. Este fato teria contribuído para o fortalecimento da ATSM que agora dispunha de uma série de propostas para embasar a sua atuação. Assim, muitas portarias deste período trazem em seus conteúdos as recomendações desta conferência e, também, as determinações de uma lei federal.

Em 2002 é editada a portaria GM nº 251, que institui o processo sistemático e anual de avaliação dos hospitais psiquiátricos integrantes da rede SUS através do *Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)*. Esta normativa estabelece “*que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria (...) pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais – Portaria GM/MS nº 799*” (Brasil, MS, 2002:119), não indicando a avaliação pelos grupos técnicos das secretarias municipais de saúde⁵¹. Embora determine que seja atribuição específica do gestor local do SUS o estabelecimento do limite de internações em psiquiatria e a reorientação do atendimento, estas deverão constar do plano diretor de regionalização, onde o estado assume a coordenação deste processo.

A segunda portaria do momento de expansão atualiza a PT/SNAS nº 224/1992, com ênfase no papel dos CAPS, e reflete o impacto da NOAS que fica mais claro do que no momento anterior. Trata-se da PT/GM nº 336/2002.

Em paralelo ao movimento de avaliação e desospitalização, intensificou-se a política de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também em resposta às deliberações da III CNSM. Através da PT/GM nº336/02 foi assimilada a recomendação de nova regulamentação e ênfase na expansão, bem como de atendimento direcionado a clientela específicas que vinham sendo alvos de considerações desde Conferências anteriores. Esta normativa atribuiu aos estados a responsabilidade pelo cadastramento dos CAPS nas novas modalidades. Assim, surgem os CAPSi e os CAPSad.

Os CAPSi problematizam as especificidades da atenção à infância e adolescência, considerando também o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº

⁵¹ A portaria GM nº 799/2000 estabelece a criação dos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental nas três esferas de governo.

8.069/90). Os CAPSad, por sua vez, voltam-se para uma clientela usuária de álcool e drogas e conformam uma diferenciação no interior da linha de atuação dos CAPS. Como veremos, esta será uma linha de atuação bastante importante nos anos seguintes e passará a receber um maior investimento do Ministério da Saúde, caminhando para a delimitação de uma política específica no interior da área de saúde mental.

Ainda em relação à reorientação do modelo de assistência oferecido pelo SUS aos usuários de álcool e outras drogas, é editada uma importante portaria, a PT/GM nº 816/02 que institui o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Este documento estabelece que as três esferas de governo desenvolvam o programa de forma articulada e, define, em conformidade com a NOAS/2001, as competências e atribuições relativas à implantação do mesmo em cada nível de gestão do SUS. Assim, esta portaria favorece o processo de descentralização e explicita o papel do gestor estadual no programa.

Dentre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde destacam-se: *“elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de gestão, do programa; assessorar os municípios no processo de implementação do programa; organizar e implementar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do programa; monitorar o desempenho do programa em seu estado e os resultados esperados; e definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas”* (Brasil, MS, 2002: 146-147).

Também a PT/SAS nº 305/02 que aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPSad destaca que *“As Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSad)”* (Brasil, MS/SAS, 2002:292). Além disso, designa a criação de Centros de Referência nos estados com o objetivo de implementar, junto aos gestores estaduais, e sob a coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela SAS, a primeira etapa do *Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas*, disposto na portaria GM nº 816/02.

Outra expansão das frentes de atuação da política de saúde mental, ainda em 2002, é marcada pela realização do *Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*, junto ao Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, no qual foram formuladas diretrizes para essa reorientação. Neste sentido, são editadas as portarias Interministeriais nº 628/02 e nº 1.777/03 que aprovam o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário. A partir desta portaria, os estados que fazem adesão ao plano devem estruturar ações de redução de danos e de atenção à saúde mental ao nível da atenção básica nos estabelecimentos prisionais. Além disso, os estados assumem a responsabilidade pela formulação e gestão de seu respectivo plano, podendo estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde para o desenvolvimento do mesmo.

Dentre as demais competências das Secretarias Estaduais de Saúde destacam-se: *“participação no financiamento das ações e serviços previstos no plano; organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade; capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais; e monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual”* (Brasil, MS, 2003:14).

O ano de 2003 inicia uma nova gestão ministerial no âmbito de um novo governo eleito. Não ocorreram mudanças na estrutura e nos dirigentes da área de saúde mental, mas algumas linhas de atuação começaram a se delimitar com maior intensidade a partir desse ano, como aquelas relativas à política de álcool e drogas, a criação e intensificação de dispositivos substitutivos e de apoio ao processo de desospitalização, e a expansão dos CAPS.

Começando pela política de álcool e drogas, é possível perceber uma sintonia da área de saúde mental e do próprio Ministério da Saúde com a discussão mais geral proposta pelo governo. No âmbito do MS, desde o ano de 2003, se constituiu o Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas (GAOD)⁵², composto por representantes das diversas áreas do Ministério. O GAOD elaborou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, tendo o CAPSad como principal estratégia de tratamento, devendo ser implantados sobretudo nas grandes regiões metropolitanas. A política previa ainda a articulação com as redes de suporte social.

⁵² Portaria GM nº 457/03

A PT/GM nº 2.197/04 foi importante no desenvolvimento desta política ao instituir no âmbito do SUS o *Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Esta portaria também estabeleceu a criação do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (SHR-ad), sendo posteriormente regulamentados pela portaria GM nº 1.612/05.

Outro acontecimento importante no período é a retomada do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), cuja origem data do momento germinativo, e que, agora, contava não apenas com os coordenadores de saúde mental dos estados, mas também com aqueles de municípios com mais de 300 mil habitantes, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. De acordo com o Relatório de Gestão, o Colegiado constituiu-se, desde então, como a instância mais abrangente de articulação do processo de gestão da política de saúde mental, mantendo periodicidade nas reuniões e discutindo os principais desafios da política (Brasil, 2007). Cabe ressaltar que são próprias de uma estrutura federalista descentralizada as várias rodadas de negociação e o esforço do nível central em conquistar a adesão dos demais níveis para a construção de políticas nacionais.

Também em 2003 é implantado o Programa de Volta para Casa (PVC)⁵³ que ganha oficialidade na política nacional de saúde mental com a Lei nº 10.708/03, que institui o Auxílio-Reabilitação Psicossocial, e, em seguida, é editada a portaria GM nº 2.077/03 que regulamenta e auxilia a implantação deste programa.

Esta portaria define de maneira explícita as responsabilidades dos gestores do SUS com o programa, cabendo ao nível estadual: *“acompanhar as ações dos municípios vinculados ao programa; confirmar o município como apto a se inserir no programa; analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios; e ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e município, quanto da indicação de pessoas em condições de serem beneficiadas pelo Programa”* (Brasil, MS, 2003: 219). Também é indicada a criação de uma comissão de acompanhamento do programa a nível estadual, com as funções de emitir parecer sobre exclusão do programa e renovação do benefício.

⁵³ O Programa de Volta para Casa vinha sendo gestado desde o início dos anos 1990 sob a denominação de Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) aprovado pelo CNS em 1996, cuja inspiração partia da experiência desenvolvida em Angra dos Reis/Rio de Janeiro. Esse município, que não dispõe de hospital psiquiátrico, tinha vários habitantes internados em lugares distantes e por longo período. O programa buscava então trazê-los ‘de volta para casa’ visando sua reintegração na vida social.

No ano seguinte é criado o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS* através da PT/GM nº 52/04. A portaria é uma continuidade da política iniciada com o PNASH de 2002, mas aprofunda a estratégia de redução progressiva de leitos a partir dos macro-hospitais ao estabelecer um cronograma e metas quantitativas, planejando recursos e buscando adequar os hospitais a um perfil de pequeno porte. Além disso, indica a necessidade de assegurar que o processo seja conduzido através da pactuação entre gestores municipais e estaduais, que também deverão assegurar o atendimento em saúde mental na rede extra-hospitalar e a reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados. A normativa aponta que “*A participação da instância estadual justifica-se em vista da abrangência regional dos hospitais, e do estabelecimento das medidas de reintegração social dos pacientes egressos*” (Brasil, MS, 2004:230).

O documento também destaca que nos estados com grande concentração de leitos psiquiátricos⁵⁴, a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde deverá constituir Grupo Técnico de Avaliação e Acompanhamento, em articulação com a Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Programa a nível federal.

As portarias do *momento de expansão* (2002-2004) trouxeram em seus conteúdos as recomendações da III CNSM, as determinações da lei 10.216, assim como as recomendações da NOAS/2001. Neste sentido, a maior parte das portarias deste período traz atribuições específicas em relação ao papel dos estados na política de saúde mental, principalmente nas funções de coordenação da atenção em saúde, coordenação federativa e monitoramento e acompanhamento em saúde mental, com destaque para o acompanhamento do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PT/GM nº 251/02), do Programa de Volta para Casa (PT/GM nº 2.077/03) e do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PT/GM nº 52/04).

Também se observa uma maior participação dos estados na formulação de políticas, principalmente do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e drogas (PT/GM nº 816/02), do desdobramento deste programa em 2004 (PT nº 2.197/04) e no planejamento da rede e distribuição regional de CAPSad.

No entanto, a definição da participação dos estados no financiamento das ações de saúde mental ainda encontra-se pouco presente neste momento, com participação mais definida apenas no que se refere ao financiamento do Programa Nacional de

⁵⁴ São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Goiás, Bahia e Alagoas (Brasil, MS, 2004).

Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas e das ações e serviços do Plano de Saúde no Sistema Penitenciário (PT nº 1.777/03). Também este último não foi uma demanda direta da área de saúde mental, sendo resultado de uma articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça, o que nos leva a inferir que a participação dos estados, principalmente no que tange ao financiamento, encontra-se mais definida nas ações ligadas a programas de saúde que não operam especificamente com a área de saúde mental (**Quadro 6**).

Quadro 6: Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde no *Momento de Expansão (2002-2004)*.

* Este quadro destaca apenas as portarias do período que trazem atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 251 – Institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).			Determina que o processo de cadastramento e recadastramento dos CAPS existentes será de responsabilidade dos gestores estaduais.		Determina a avaliação dos hospitais psiquiátricos integrantes do SUS por meio do PNASH/Psiquiatria pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das secretarias estaduais de saúde.	
PT GM nº 336/02 – Estabelece as modalidades de CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSadII e CAPSiII			Determina que o processo de cadastramento e recadastramento dos CAPS existentes será de responsabilidade dos gestores estaduais.			
PT GM nº 816/02 – Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas	Determina que o Programa deve ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. As secretarias estaduais de saúde devem designar um coordenador estadual do programa em articulação com o programa de saúde mental do estado.	Prevê que as secretarias estaduais de saúde elaborem, em parceria com as secretarias municipais de saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de gestão, do programa.	Estabelece que as secretarias estaduais de saúde devam criar condições para a estruturação/criação/ implementação de CAPSad e estabelecer os fluxos de referência e contra-referência entre estes serviços.	As secretarias estaduais de saúde devem alocar recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do programa.	Estabelece que as secretarias estaduais de saúde monitorem o desempenho do programa em seu estado e os resultados alcançados.	Definir ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial de álcool e drogas.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 816/02 – <i>continuação</i>		As secretarias estaduais de saúde devem implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de transtornos provocados pelo uso abusivo de álcool e drogas e acessar os municípios no processo de implementação do programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo.	As secretarias estaduais de saúde devem manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade; Garantir a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa.			Organizar e implantar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção em álcool e drogas, identificando os serviços delas integrantes.
PT nº 305/02 – Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPSad	As secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal deverão estabelecer o planejamento da rede e a distribuição regional dos CAPSad.		Estabelece a criação de Centros de Referência nos Estados, atribuindo-lhes a responsabilidade de, junto aos gestores estaduais, e sob a coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), programar a primeira etapa do Programa Permanente de Capacitação para a Rede de CAPSad.		Estabelece que os gestores estaduais devam efetivar o cadastramento/recadastramento dos CAPSad.	

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT Interministerial nº 1.777/03 – Aprova o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário	Estabelece que as secretarias estaduais de saúde elaborem plano operativo Estadual de saúde do sistema penitenciário.		<p>Estabelece que as secretarias estaduais de saúde se responsabilizem pela organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade e pela elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;</p> <p>Determina que secretarias estaduais de saúde se responsabilizem pela capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais e pela assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais.</p>	Prevê a participação dos estados no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.	As secretarias estaduais de saúde devem monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual, e padronizar as normas de funcionamento dos ambulatorios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.	
PT GM nº 2.077/03 – Dispõe sobre a regulamentação da lei nº 10.708			<p>Compete ao nível estadual ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e município, quanto da indicação de pessoas em condições de serem beneficiadas pelo Programa “De Volta para casa”;</p> <p>Acompanhar e apoiar a implementação do programa junto aos municípios habilitados de seu estado;</p> <p>Confirmar o município como apto a se inserir no programa.</p>		<p>Constitui Comissão em âmbito estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta para Casa” com as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias no acompanhamento do Programa;</p> <p>Compete ao nível estadual acompanhar as ações dos municípios vinculados ao programa e analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios.</p>	

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 52/04 – Institui o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH)		Estabelece que a redução de leitos previstas no Programa será objeto de pactuação entre prestadores e gestores municipais e estaduais. A participação da instância estadual justifica-se em vista da abrangência regional dos hospitais, e do estabelecimento das medidas de reintegração social dos pacientes egressos.	Determina que os gestores municipais do âmbito de referência do hospital, bem como o gestor estadual, deverão assegurar a adequada realização do plano de reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados, bem como assegurar o atendimento em saúde mental na rede extra-hospitalar nos territórios implicados.		Estabelece que nos estados com grande concentração de leitos psiquiátricos, a Secretaria de Estado da Saúde, através da Área Técnica de Saúde Mental, deverá constituir Grupo Técnico de Avaliação e Acompanhamento do programa, do qual fará parte um representante do Ministério da Saúde encarregado de acompanhar o desenvolvimento do programa em articulação com a comissão de âmbito federal.	
PT nº 2.197/04 – Institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas	Estabelece que o programa seja desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios.					

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais.

3.5 As tendências a partir de 2005

O estudo de Borges (2007) encerra sua análise no ano de 2004, no entanto, tendo em vista que nosso estudo também busca compreender o papel dos estados na atualidade, atualizamos a discussão com a política nacional de saúde mental a partir de 2005, mantendo, contudo, a ênfase na análise do papel atribuído aos estados nas normativas e diretrizes desenhadas no âmbito nacional.

A partir de 2005 ocorre uma mudança mais substantiva na condução da política e uma maior abertura para um conjunto de questões pertinentes à saúde mental (transsexualismo, racismo, mulheres e outros grupos minoritários) e que até então não encontravam espaço de discussão na política. A entrada desses novos temas levou a uma maior articulação da área de saúde mental com outras áreas do Ministério da Saúde e, principalmente, com outras áreas de outros Ministérios e Secretarias Especiais.

É também em 2005 que temos a regulamentação do SHR-ad (PT GM nº 1.612/05), determinando a implantação destes serviços em hospitais gerais, sendo prioritários em regiões metropolitanas, municípios acima de 200.000 habitantes, municípios que já possuem CAPSad ou CAPSIII em funcionamento, e municípios onde já esteja implantado o SAMU/192 (Brasil, MS, 2005:6). O processo de credenciamento dos serviços deverá ser formalizado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, ou dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, e a divisão de responsabilidades estabelecida segundo a NOAS/2002, cabendo à “*Secretaria Estadual de Saúde (...) o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por esta Portaria e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB*” (Brasil, MS, 2005:6). Também estabelece como responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos SHR-ad.

Já no ano de 2006, como visto anteriormente, é lançado o Pacto pela Saúde⁵⁵, que consolida a concepção referente à atribuição dos estados na gestão do SUS, tornando explícitas as competências e responsabilidades do gestor estadual, como nenhuma normativa anterior logrou fazer (Pereira, 2009).

Neste período, um aspecto importante da política de saúde mental é a tentativa de fortalecimento das estratégias de articulação com a política de atenção básica. Em 2006 é editada uma portaria (PT/GM nº 1.097/06) que inclui parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica na PPI, no âmbito do Pacto da atenção básica. Em 2008

⁵⁵ Portaria GM nº 399/06.

uma nova portaria (PT/GM nº 154/08) vem fortalecer a relação da atenção básica com a saúde mental ao estabelecer os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), indicando a contratação de pelo menos um profissional que atenda a demanda da saúde mental. A idéia de apoio matricial às equipes de saúde já vinha sendo discutida, e, o NASF, institucionaliza-se como uma possibilidade concreta e factível nos municípios com menos de 20 mil habitantes (71,35% dos municípios). O apoio matricial consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica (Brasil, MS, 2007).

Outro tema que merece destaque é relativo à questão do suicídio, com a definição a partir de 2006 de uma *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio* (PT nº 1.876/06), estabelecendo que suas diretrizes nacionais sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

A atenção a grupos específicos encontra respaldo na portaria nº 2.759/07, que estabelece as diretrizes gerais para uma *Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações indígenas*, garantindo ações integradas através da articulação institucional entre as três esferas de governo. Em sua exposição de motivos, considera as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena e os debates do II Fórum Amazônico de Saúde Mental, ocorrido em 2006, no estado de Tocantins. Este Fórum contou com as participações dos estados do Amazonas, Acre, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima e Tocantins, o que demonstra a demanda pelo desenvolvimento de uma política de atenção à saúde mental voltada para esta clientela específica nestes estados.

Em 2008 o MS edita a portaria nº 325, que embora não opere especificamente a política de saúde mental, estabelece a saúde mental como uma das prioridades no Pacto pela Saúde para o mesmo ano. Assim, “*as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação bipartite, devem manifestar-se formalmente ao Ministério da Saúde sobre as metas propostas*” (Brasil, MS, 2008:2), e determina um amplo processo de pactuação das metas entre estados e municípios no espaço das CIBs.

Mais recentemente, em outubro de 2009, o MS edita a portaria GM nº 2.629, que promove um reajuste dos valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais, incentivando as internações de curta duração. Assim, promove um incentivo de 10% no valor de Serviço Profissional e Serviço Hospitalar para o procedimento *Tratamento em Psiquiatria em Hospital Geral* (por dia), para internações que não ultrapassem 20 dias, e que informe como motivo de saída "alta de

paciente agudo" (Brasil, MS, 2009). Este documento também estabelece “*que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais efetuar o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria, observadas as prerrogativas e as competências compatíveis com cada nível de gestão*” (Brasil, MS, 2009:1). É importante destacar que a internação em psiquiatria em hospital geral já vinha sendo alvo da política desde as deliberações da I CNSM, tendo a sua discussão retomada somente em 2008, a partir da criação de um Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais (Portaria nº 1.899/08).

Assim, a partir de 2005, podemos observar um certo *continuum* da participação dos estados na política de saúde mental, principalmente no que se refere aos mecanismos de acompanhamento e avaliação do sistema hospitalar, mas também com destaque para o planejamento da rede e distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PT/GM nº 1.612/05). Também a participação dos estados no financiamento continua ausente.

No momento mais recente há uma tendência de se buscar responder a demandas mais específicas, ampliando-se o leque de ações da saúde mental, além de uma maior articulação entre os entes, com a definição de estratégias conjuntas no desenvolvimento da política, principalmente a partir do Pacto pela Saúde de 2006 (**Quadro 7**).

Quadro 7: Balanço do papel dos estados nas normativas federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde, a partir de 2005.

* Este quadro destaca apenas as portarias do período que trazem atribuições quanto ao papel dos estados na política de saúde mental.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT GM nº 1.612/05 – Aprova as normas de funcionamento e credenciamento dos SRH - ad	Os gestores dos estados/municípios e do DF deverão estabelecer planejamento de distribuição regional dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHR-ad); Cabe ao gestor estadual o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários com aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	Cabe ao gestor estadual o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários com aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde, do Distrito Federal ou dos municípios em gestão plena do sistema municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na NOAS/2002.		Estabelece como responsabilidade dos gestores estaduais e municipais efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos SHR-ad.	
PT nº 1.876/06 – Estabelece as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio	Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais.					

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
PT nº 2.759/07 - Estabelece as diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações indígenas		Estabelece a garantia de ações integradas através da articulação institucional entre União, Estado e Municípios.				
PT GM nº 2.629/09 - Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração					Estabelece como responsabilidade dos gestores estaduais e municipais efetuar o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta portaria.	

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais.

3.6. *Balanço geral sobre o papel dos estados na política de saúde mental*

O conjunto das portarias e documentos oficiais de saúde mental nos indica uma participação significativa dos estados no âmbito das macro-funções gestoras, embora um olhar sobre os momentos *germinativo, de latência, de retomada e de expansão* aponta ausências dos estados em algumas funções.

De maneira geral, identificamos que no âmbito da formulação de políticas e planejamento os estados expressam seu papel através do planejamento da rede de serviços de saúde mental e, mais recentemente, de sua articulação com a NOAS, induzindo a inclusão dessas ações na proposta de regionalização. Na coordenação federativa, destaca-se a supervisão e assessoria aos municípios no processo de implementação dos serviços de saúde mental, assim como a implementação de programas de treinamento e capacitação de recursos humanos. Na coordenação da atenção, verifica-se a organização da referência e contra-referência na prestação de serviços de saúde mental e de estímulo à criação das centrais de regulação de internação psiquiátrica. No financiamento, a função mais frágil, verificamos a necessidade de definição de percentual mínimo no orçamento do estado para o desenvolvimento das ações de saúde mental, embora se identifique uma preocupação na destinação de linhas de financiamento para os municípios de pequeno porte e de incentivos a programas específicos de saúde mental. Além disso, as atribuições dos estados na função de financiamento estiveram mais definidas nos relatórios das Conferências de saúde mental do que na produção normativa. No acompanhamento e monitoramento se destaca a supervisão, controle e avaliação dos serviços de saúde mental. Finalmente, a prestação de serviços se resume, principalmente, à definição e implementação de serviços de saúde mental referentes aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas (**Quadro 8**).

Quadro 8: Resumo das principais atribuições dos estados nas normativas e diretrizes federais de saúde mental, segundo macro-funções do Estado na saúde.

*É importante lembrar que há uma permeabilidade/intercâmbio entre estas atribuições, e como qualquer classificação, haverá uma aleatoriedade.

Formulação de políticas e planejamento	Coordenação Federativa	Coordenação da atenção em saúde	Financiamento	Acompanhamento e Monitoramento	Prestação de ação e serviços de saúde
<p>Articulação dos estados com governo federal e municípios na elaboração de planos, estratégias e programas de saúde mental;</p> <p>Apresentação dos respectivos planos de saúde mental ao Conselho Estadual de saúde;</p> <p>Planejamento da rede e distribuição regional de serviços de saúde mental;</p> <p>Inclusão das ações de saúde mental na NOAS.</p>	<p>Elaboração de estratégias de implantação, em parceria com as secretarias municipais de saúde, de programas de saúde mental;</p> <p>Implementação de programas de treinamento e capacitação de recursos humanos;</p> <p>Supervisão e assessoria regional aos municípios no processo de implementação dos programas de saúde mental;</p> <p>Planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços de saúde mental necessários, com aprovação da Comissão Intergestores Bipartite;</p> <p>Gerenciamento da distribuição de medicamentos de saúde mental nos municípios.</p>	<p>Organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;</p> <p>Elaboração de protocolos assistenciais;</p> <p>Assegurar a adequada realização do plano de reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados;</p> <p>Assegurar o atendimento em saúde mental na rede extra-hospitalar nos territórios implicados;</p> <p>Exigir o controle das internações psiquiátricas, estimulando a criação de Centrais de Regulação de internação psiquiátrica, além de uma central de vagas regionalizada;</p> <p>Responsabilidade pela supervisão e assessorias regionais com a participação dos municípios.</p>	<p>Aumento do percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental;</p> <p>Fornecer incentivos financeiros aos municípios para serviços e ações de saúde mental e assistência farmacêutica;</p> <p>Viabilizar, juntamente com o Ministério da Saúde, linhas de financiamento para a formação de equipes mínimas de saúde mental nos municípios de pequeno porte;</p> <p>Definir um percentual mínimo nos respectivos orçamentos anuais e plurianuais para a saúde mental;</p> <p>Financiamento de programas específicos de saúde mental.</p>	<p>Supervisão, controle e avaliação dos serviços de saúde mental;</p> <p>Emissão de relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados;</p> <p>Controle das internações psiquiátricas;</p> <p>Responsabilidade pelo cadastramento dos serviços de saúde mental, como CAPS e SHR-ad.</p>	<p>Definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas;</p> <p>Organizar e implantar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção em álcool e drogas, identificando os serviços delas integrantes.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir das portarias ministeriais e Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

CAPÍTULO 4. O PAPEL DOS ESTADOS NAS MACRO-FUNÇÕES GESTORAS EM SAÚDE MENTAL

A atuação dos estados brasileiros na política de saúde mental é marcada pela heterogeneidade de fazeres e práticas. Este capítulo tem como objetivo apresentar o papel desempenhado por estes estados na condução da política de saúde mental segundo as macro-funções gestoras de Estado na saúde, adaptadas à realidade da política de saúde mental.

No entanto, antes de nos debruçarmos na apresentação dos resultados, é necessário fazer uma breve caracterização das coordenações de saúde mental participantes do presente estudo

4.1. Caracterização geral das coordenações estaduais de saúde mental

Identificamos, através de buscas aos *sites* das Secretarias Estaduais de Saúde, que a maioria das ações das coordenações estaduais de saúde mental estão amparadas na lei 10.216/2001 e buscam consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, formação e qualificação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, implantação de uma rede comunitária de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, e apoio a projetos intersetoriais de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais. Dentre as ações desenvolvidas pelos estados, destacam-se as do estado do PR, que busca desenvolver a implantação de Programas de Educação Permanente, e do RS, que incentiva a formulação de outras políticas, como a Política Estadual de Enfrentamento à Violência Doméstica.

Além disso, a maioria dos estados fundamenta suas ações e serviços através do SUS, dentro dos princípios da universalidade e descentralização, e defende a efetivação de redes de cuidados em saúde mental, hierarquizadas e referenciadas, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência, e também apoio à regionalização e micro-regionalização dos serviços de saúde mental. Destacamos mais uma vez o estado do RS, que possui 19 coordenadorias regionais de saúde mental, e o estado de SC, que promove a criação de CAPS microrregionais (Resolução CIB/SC nº 022/209), que devem implementar ações de saúde mental na atenção básica.

Também a localização da área de saúde mental no organograma das Secretarias Estaduais de Saúde é variada, e, em alguns casos, há maior possibilidade de articulação com a atenção, como é o caso, por exemplo, da coordenação do DF, que está vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES, ou então, articulada diretamente ao gabinete do secretário de saúde, caso da coordenação de SE.

Através dos questionários, verificamos que a maior parte das coordenações de saúde mental dos 24 estados participantes está estruturada há mais de 10 anos, indicando um esforço de desenvolvimento de políticas de saúde mental nesses estados. Destacam-se como mais recentes as coordenações dos estados do AC, AM, AP, MA e MS, com média de 6 a 10 anos de formação (**Quadro 9**).

Nas coordenações que apresentam mais tempo de formação, existem coordenadores que estão à frente das mesmas durante um longo período, embora não contínuo, com entradas e saídas em determinados momentos.

No entanto, embora o forte vínculo temporal destes coordenadores com suas respectivas coordenações possa indicar a continuidade de desenvolvimento de uma política de saúde mental nestes estados, verificamos que em alguns casos o número de membros da equipe é muito reduzido, como se o trabalho da coordenação estivesse centrado na pessoa do coordenador. Além disso, temos casos de coordenações que não incorporaram novos profissionais desde o início de sua formação.

Note-se também que mesmo que o vínculo que prevaleça seja o de servidores públicos do estado, verificamos a presença de outros vínculos, como terceirizados e prestadores de serviços, justamente nas coordenações que funcionam com equipes constituídas por 2 a 9 profissionais, nos indicando a fragilidade de recursos humanos e de vínculos (este será um aspecto ressaltado pelos estados mais à frente no estudo).

Quadro 9 – Caracterização da área de saúde mental nos estados (em dezembro de 2009)

	Tempo da Coordenação/anos	Tempo do Coordenador no cargo	Membros na equipe	Membros que acompanham desde o início	Incorporou novos profissionais desde a sua formação	Principal tipo de vínculo **
Norte						
AC	6-10 anos	7 meses	7	1	sim	3
AM	6-10 anos	2 anos e 7 meses	2	1	sim	1
AP	6-10 anos	3 meses	3	1	sim	1
PA	+ 10 anos	2 anos e 1 mês	12	1	sim	1
RR	+ 10 anos	Desde 1997 (não contínuo)	2	1	não	2
TO	+ 10 anos	2 anos e 11 meses	3	1	sim	1
Nordeste						
AL	+ 10 anos	5 anos	11	1	sim	1
CE	+ 10 anos	Desde 1970 (não contínuo)	5	1	sim	1
MA	6-10 anos	3 meses	2	1	sim	5
PB	+ 10 anos	9 meses	13	3	sim	1
PE	+ 10 anos	2 meses	19	5	sim	1
PI	+ 10 anos	10 meses	9	1	sim	4
RN	+ 10 anos	4 anos e 9 meses	6	1	sim	1
SE	+ 10 anos	2 anos e 11 meses	14	8	sim	1
Centro-Oeste						
DF	+ 10 anos	3 meses	4	1	sim	1
GO*	+ 10 anos	-	4	1	sim	1
MS	6-10 anos	10 anos e 2 meses	3	1	não	1
MT	+ 10 anos	Desde 1984 (não contínuo)	5	1	sim	1
Sudeste						
MG	+ 10 anos	5 anos e 7 meses	9	1	sim	1
RJ	+ 10 anos	6 meses	18	7	sim	1
SP	+ 10 anos	2 anos e 9 meses	4	1	sim	1
Sul						
PR	+ 10 anos	4 meses	2	1	sim	1
RS	+ 10 anos	5 anos e 5 meses	12	3	sim	1
SC	+ 10 anos	6 anos e 5 meses	3	1	sim	1

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

* Neste estado a área de Saúde Mental insere-se na Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde/ Gerência de Ações Integradas de Saúde e não existe uma Coordenação específica de Saúde Mental.

** Legenda:

1. Servidores públicos do estado
2. Servidores públicos cedidos pelo município ou governo federal
3. Contrato temporário com renovação periódica
4. Prestação de serviço
5. Terceirizado

Os tamanhos das equipes em alguns casos chamam a atenção, tanto quando o número é pequeno, tanto quando o número é grande. Assim, em alguns casos, a explicação pode ser o tamanho da rede de saúde mental do estado (**Tabela 3**).

Tabela 3: Distribuição Populacional, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Leitos Psiquiátricos SUS por UF. Brasil, 2010.

	População/ habitantes	Número de CAPS	Leitos SUS federal	Leitos SUS estadual	Leitos SUS municipal	Total leitos SUS
Norte						
AC	691.169	2	0	71	2	74
AM	3.393.357	6	0	126	1	127
AP	626.607	4	0	16	0	16
PA	7.431.041	45	4	121	10	138
RR	421.497	2	0	12	0	12
RO	1.503.911	15	0	35	0	35
TO	1.292.063	8	0	10	3	173
Nordeste						
AL	3.156.101	46	0	160	0	880
MA	6.367.111	66	0	108	104	772
PB	3.769.954	68	0	244	32	1113
PE	8.831.006	54	12	795	9	3.621
PI	3.145.164	35	0	166	7	396
RN	3.137.646	30	3	158	174	702
SE	2.019.755	30	8	0	5	309
BA	14.637.500	170	10	640	25	1543
CE	8.547.750	95	2	170	22	1.149
Centro-Oeste						
DF	2.606.884	2	2	109	0	111
GO	5.926.308	29	15	15	43	1.328
MT	3.001.725	34	4	10	9	318
MS	2.360.550	22	0	122	7	213
Sudeste						
MG	20.034.068	162	39	546	25	2.706
RJ	16.010.386	129	124	812	1.353	7.077
SP	41.384.089	276	16	2.507	255	12.610
ES	3.487.094	23	0	241	1	650
Sul						
PR	10.686.228	90	0	244	31	2.623
RS	10.914.042	148	76	200	127	1.964
SC	6.118.727	70	0	475	35	1.151

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS/MS. Acesso em 5 de abril de 2010.

Os dados acima nos informam que alguns estados apresentam uma trajetória assistencial em saúde mental mais antiga, são parques manicomiais há décadas, principalmente os estados da região sul e sudeste, enquanto outros não têm nada a ofertar, caso dos estados da região Norte.

Neste sentido, a existência de poucos membros nas equipes de alguns estados pode estar relacionada ao tamanho de sua rede assistencial, casos, principalmente, dos estados de RR, AP e TO, que possuem população e rede de saúde mental relativamente pequena (**Quadro 9 e Tabela 3**).

No entanto, chama a atenção o tamanho pequeno da equipe de SP em relação ao tamanho de sua população e à complexidade de sua rede. Como uma coordenação pequena pode dar conta de uma rede imensa? Pode ser que a explicação seja a forte presença dos municípios na gestão de saúde mental. Também problematiza-se o tamanho grande das equipes de AL, SE e PA, em razão do tamanho da população e da rede assistencial destes estados.

Finalmente, seguindo este mesmo raciocínio, podemos sugerir que o fato dos estados do RJ e PE possuírem equipes com um grande número de membros, seja em função da robustez da rede de saúde mental destes estados. Mais à frente, retornaremos a esta discussão.

4.2. Papel dos estados na formulação de políticas e planejamento em saúde mental

A atuação dos estados na formulação de políticas e planejamento em saúde mental foi analisada segundo os seguintes aspectos: 1) características do plano de saúde mental; 2) regionalização e divisão de responsabilidades entre as esferas de governo na gestão do sistema de saúde; e 3) identificação das necessidades de saúde.

Características do plano de saúde mental

A maioria dos estados brasileiros possui plano de saúde mental em vigor, indicando certo esforço das coordenações no planejamento em saúde mental. Um dado interessante é que das 24 coordenações estudadas, 12 apresentaram seu primeiro plano de saúde mental somente na década de 2000 (**Quadro 10**), o que indica uma coerência com o cenário de retomada do papel dos estados na política de saúde nesta época, principalmente devido à importância adquirida frente à regionalização do sistema de saúde. Este aspecto encontra respaldo ao verificarmos que grande parte das

coordenações estaduais apresenta seus planos de saúde mental articulados com a proposta de regionalização em saúde.

No entanto, é importante destacar que o questionário não conseguiu identificar o que se está chamando de regionalização em saúde, visto que, para muitos estados, subentende-se que a regionalização estaria associada à inserção das ações de saúde mental nas regiões de saúde, ou então, inserida nas propostas de regionalização da saúde prevista no plano estadual de saúde.

Também se destacam aqueles estados que tiveram seu primeiro plano de saúde mental elaborado na década de 1980, como é o caso do estado de MG, e no início da década de 1990, casos de SP (1991), PE (1992), e PR (1995), sugerindo uma longa trajetória destes estados no planejamento em saúde mental, visto que todos estes estados apresentam planos atualizados e em vigor, como, por exemplo, MG (2001-2010), SP (2008), PE (2008-2011) e PR (2009).

No entanto, verificou-se que apenas 11 coordenações estaduais apresentam seus respectivos planos de saúde mental ao Conselho Estadual de Saúde. Ressalta-se que a não incorporação do conselho na política estadual, foge às recomendações da III Conferencia Nacional de Saúde Mental e à mudança paradigmática e cultural proposta pela reforma do modelo assistencial em saúde mental.

Quadro 10: Características do plano de saúde mental dos estados

	Plano/Ano	Nº de planos	Ano do primeiro plano	Apresentação do plano ao CES
Norte				
AC	N/S	não informou	não informou	não
AM	2007-2011	2	2005	sim
AP	2008	N/S	2008	N/S
PA	2001	2	2001	não
RR	N/S	em andamento	em andamento	não
TO	2009	2	2002	não
Nordeste				
AL	2004	1	2004	N/S
CE	2007	não informou	não informou	não
MA	2007	N/S	N/S	não
PB	2008-2011	N/S	N/S	sim
PE	2008-2011	5	1992	sim
PI	2009	4	2005	não
RN	2009	5	2005	sim
SE	Atualizado desde 2007	N/S	N/S	não
Centro-Oeste				
DF	2007	N/S	N/S	sim
GO	2006	1	2006	não
MS	2007	1	2000	não
MT	Desde 1994	2	2002	não
Sudeste				
MG	2007-2010	N/S	desde a década de 1980	sim
RJ	2007	2	2002	sim
SP	2008	3	1991	sim
Sul				
PR	2009	4	1995	sim
RS	2007	não informou	não informou	sim
SC	2008-2010	2	2005	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

N/S – não soube informar

AC – não possui plano de saúde mental

Sobre a elaboração do plano de saúde mental, em 11 estados o plano é formulado unicamente pela coordenação de saúde mental. Os demais estados elaboram seus planos em articulação com as outras áreas da secretaria estadual de saúde, com as coordenações municipais de saúde mental, com colegiados estaduais de saúde mental e outras instâncias.

Este aspecto indica que mais da metade das coordenações não se restringe somente ao estado, mas busca fazer articulações e parcerias com os demais atores, aspecto este de grande importância, não somente para o processo de formulação e planejamento da política, mas também para a coordenação federativa e da atenção em saúde mental.

No entanto, foram identificadas poucas parcerias dos estados na elaboração de um plano regional de saúde mental, com exceção dos estados de RR, PB, RN, DF e MG, embora 11 estados tenham afirmado existir parceria entre municípios do estado na elaboração de um plano regional de saúde mental, incluindo novamente RR, RN e MG **(Quadro 11)**.

Quadro 11: Elaboração do plano, regionalização e relação intergestores

	Quem participa do plano de saúde mental*	Plano articulado com a regionalização	Parceria com outros estados na elaboração de um plano regional	Parceria entre municípios do estado na elaboração de um plano regional
Norte				
AC	4	não	não	não
AM	2	sim	não	sim
AP	1	sim	não informou	não
PA	2	sim	não	sim
RR	4	sim	sim	sim
TO	3	sim	não	sim
Nordeste				
AL	1	sim	não	sim
CE	1	sim	não	sim
MA	3	sim	não	não
PB	2	sim	sim	N/S
PE	1	não	não	não
PI	1	sim	não	não
RN	2	sim	sim	sim
SE	1	sim	não	não
Centro-Oeste				
DF	1	sim	sim	não
GO	1	sim	não	não
MS	1	sim	não	não
MT	1	sim	não	não
Sudeste				
MG	4	sim	sim	sim
RJ	3	sim	não	sim
SP	4	sim	não	N/S
Sul				
PR	1	sim	não	sim
RS	4	sim	não	não
SC	4	sim	não	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental

N/S – não sabe informar

* Legenda:

1. Coordenação de saúde mental do estado
2. Coordenação estadual de saúde mental, com as demais áreas da secretaria estadual de saúde e com os municípios.
3. Coordenação estadual de saúde mental em parceria com as coordenações municipais de saúde mental.
4. Outro

Outro aspecto analisado foram as estratégias adotadas pelos estados de modo a atender às necessidades de cobertura dos serviços extra-hospitalares nos seus municípios. As estratégias apontadas pela grande maioria dos estados se resumiram à coordenação da pactuação da oferta de serviços com outros municípios, ampliação das ações do programa de educação permanente/continuada, e estímulo à formação de fóruns regionais de interlocução permanente entre o estado e os municípios.

A estratégia de aporte de recursos financeiros estaduais para o arranjo de novos dispositivos assistenciais foi identificada somente em 11 estados⁵⁶, e com grande concentração nos estados das regiões sul e sudeste.

Quanto à avaliação da cobertura de CAPS nos estados, somente os estados de AL, SE e PA a consideram suficiente. Já quando o assunto são os tipos de CAPS necessários, de modo a atender as necessidades do território dos estados, quase a totalidade dos estados destacou a necessidade de se implantar novos CAPS III, CAPSad e CAPSi, mesmo naqueles estados que consideram a cobertura destes serviços suficiente (**Quadro 12**).

Comparando-se estes dados com aqueles apresentados pelo Ministério da Saúde em outubro de 2009, que nos remete ao quadro de que em 10 estados da federação a cobertura de CAPS/por 100.000 habitantes (considerando os diferentes tipos e modalidades) é considerada entre regular/baixa e insuficiente⁵⁷, na presente pesquisa, dos 24 estados participantes, 21 consideram a cobertura de CAPS (considerando os diferentes tipos e modalidades) insuficiente, refletindo uma divergência de avaliação entre estados e governo federal quanto à cobertura destes serviços no país.

Neste sentido, os estados estão indicando maior insuficiência de CAPS do que os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o que nos leva à conclusão de que estes parâmetros podem não estar sendo adequados à realidade dos estados e municípios, que são os reais executores da atenção em saúde. Além disso, pode estar havendo uma fragilidade no planejamento integrado entre os três níveis, visto que há uma divergência de avaliação sobre a necessidade de implantação de novas unidades em alguns estados.

⁵⁶ AP, RR, AL, MS, MT, MG, RJ, SP, PR, RS e SC.

⁵⁷ Ver capítulo 2

Quadro 12: Avaliação de cobertura e tipos de CAPS necessários, de acordo com os estados, de modo a atender as necessidades de seu território.

	Considera, de maneira geral, a cobertura de CAPS suficiente	Tipos de CAPS necessários de modo a atender as necessidades de seu território				
		CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSad	CAPSi
Norte						
AC	não	sim	sim	sim	sim	sim
AM	não	sim	sim	sim	sim	não
AP	não	sim	sim	sim	sim	não
PA	não	sim	não	sim	sim	sim
RO	não	não	não	sim	sim	sim
RR	não	não	sim	não	não	não
TO	não	sim	não	sim	sim	sim
Nordeste						
AL	sim	não	não	sim	sim	sim
BA	não	não	não	sim	sim	sim
CE	não	não	não	não	sim	sim
MA	não	não	não	sim	sim	sim
PB	não	não	não	sim	sim	sim
PE	não	sim	sim	sim	sim	sim
PI	não	não	não	sim	sim	sim
RN	não	não	não	sim	não	sim
SE	sim	não	não	sim	sim	sim
Centro-Oeste						
DF	não	não	não	sim	sim	sim
GO*	não	não	não	sim	sim	sim
MS	não	sim	não	sim	não	não
MT	não	não	não	sim	sim	sim
Sudeste						
ES	não	não	não	sim	sim	sim
MG	não	não	não	sim	sim	sim
RJ	não	sim	sim	sim	sim	sim
SP	não	sim	sim	sim	sim	sim
Sul						
PR	sim	não	não	sim	sim	sim
RS	não	não	não	sim	sim	sim
SC	não	sim	não	sim	sim	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

Estabelecer um padrão de atenção em saúde mental no país é importante para o Ministério da Saúde, no entanto, o mesmo não pode deixar de considerar as especificidades de cada região ou estado, visto que se o faz, tenderá a reproduzir desigualdades, não disponibilizará recursos, e os estados e municípios serão sobrecarregados, física e financeiramente, gerando prejuízos para a atenção.

Considerando que toda a construção do SUS previa a incorporação de um planejamento ascendente e participativo, o que dizer deste processo na saúde mental? Os estados e municípios estão contribuindo efetivamente na construção de uma política que incorpore suas especificidades?

Estabelecendo um balanço sobre o papel dos estados na formulação de políticas e planejamento em saúde mental, nos importa lembrar que entre as atribuições previstas para os estados nesta função, destacam-se a articulação dos estados com governo federal e municípios na elaboração de planos, estratégias e programas de saúde mental, a apresentação dos respectivos planos ao Conselho Estadual de saúde, o planejamento da rede, a distribuição regional de serviços de saúde mental e a inclusão da saúde mental na NOAS.

No entanto, embora se verifique um esforço dos estados na elaboração de seus planos de saúde mental e de sua articulação com a regionalização, incluindo os critérios da NOAS, esta função não se apresentou de forma consistente nas respostas dos estados, não havendo nada que indique uma postura ativa dos mesmos nessa função e na criação de modelos mais próprios.

Esta função começa a ser desenvolvida pelos estados de forma mais sistemática muito recentemente⁵⁸, o que condiz com a própria trajetória da política de saúde mental (*momento de retomada e expansão*⁵⁹) e da saúde em geral (anos 2000, com a NOAS e o Pacto pela saúde de 2006), trazendo novamente o estado para a cena política.

4.3. Papel dos estados na coordenação federativa em saúde mental

A atuação dos estados na coordenação federativa em saúde mental foi analisada segundo os seguintes aspectos: 1) arranjos adotados para a gestão em saúde; 2) instrumentos legais e normativos de pactuação e formalização de compromissos; e 3) mecanismos e instrumentos utilizados para o fortalecimento dos municípios.

⁵⁸ Ressalta-se que faltou explorar no questionário a questão do planejamento em saúde mental no contexto mais geral da saúde.

⁵⁹ Ver capítulo 3

Em relação aos arranjos adotados para a gestão em saúde, analisou-se a participação dos estados no Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão Regional (CGR). Também procuramos identificar se os estados possuíam um Colegiado Estadual de coordenadores de saúde mental.

A maior parte das coordenações estaduais de saúde mental participa do CCSM (**Quadro 13**). As reuniões desse colegiado foram consideradas produtivas para o encaminhamento das demandas dos estados, principalmente através da articulação com outros estados, das trocas de experiências exitosas e de atualização de informações.

Um aspecto interessante a ressaltar é que embora a coordenação do estado do PA indique que as reuniões do colegiado contribuam para o desenvolvimento da política de saúde mental em seu estado, é preciso reforçar a necessidade de um olhar diferenciado do Ministério da Saúde para a região amazônica. Tal aspecto remete ao debate da regionalização, problematizando a definição de fronteiras regionais mais amplas que a própria saúde, articulando-se ao debate sobre desenvolvimento regional.

Um documento ilustrativo de esforço desta proposta é o Relatório do *II Fórum Amazônico de Saúde Mental*, realizado em 2006, em Palmas/TO, contando com a participação de Técnicos do Ministério da Saúde e dos Estados do Amazonas, Acre, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Tocantins, além de gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares, universitários, entre outros. O documento discute temas prioritários para toda a região da Amazônia e levanta propostas para encaminhamentos que possibilitem o desenvolvimento de ações em saúde mental, através da incorporação das especificidades da região nas políticas de saúde.

Quadro 13: Participação dos estados em fóruns de deliberação da política

	Participação no Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM)	Possui Colegiado Estadual de coordenadores de saúde mental	Participação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	Participação no Colegiado de Gestão Regional (CGR)
Norte				
AC	sim	não	sim	N/S
AM	sim	sim	sim	não possui CGR
AP	sim	não	N/S	N/S
PA	sim	sim	sim	sim
RR	desconhece a existência do CCSM	não respondeu	sim	não possui CGR
TO	sim	sim	sim	sim
Nordeste				
AL	sim	não	sim	N/S
CE	sim	não	sim	sim
MA	sim	não	sim	não possui CGR
PB	sim	não	sim	não
PE	sim	sim	sim	N/S
PI	sim	não	sim	não
RN	sim	não	sim	sim
SE	sim	sim	sim	sim
Centro-Oeste				
DF	sim	não	não	sim
GO	sim	não	sim	não
MS	sim	sim	sim	sim
MT	sim	sim	sim	sim
Sudeste				
MG	sim	sim	sim	sim
RJ	sim	sim	sim	sim
SP	sim	sim	sim	sim
Sul				
PR	sim	não	sim	não possui CGR
RS	sim	sim	sim	sim
SC	sim	não	sim	não

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

N/S – não sabe informar

É importante lembrar que o CCSM é retomado no ano de 2003, e que pode funcionar como um importante espaço de articulação federativa. Ao constituir um Colegiado próprio da saúde mental, fortalece-se esta função nos estados e também se garante maior integração e diálogo com o Ministério da Saúde e demais estados (entre eles), favorecendo o debate sobre as estratégias de regionalização.

Em relação à existência do Colegiado de Coordenadores estaduais de saúde mental, 11 estados⁶⁰ afirmaram possuir este colegiado, e para estes estados, as discussões travadas em seu âmbito contribuem para o encaminhamento das demandas dos municípios do estado na maior parte das vezes, principalmente para a discussão do plano municipal de saúde, pela troca de informações, pela busca de trabalho conjunto e formulação de propostas para o avanço da reforma psiquiátrica.

Quanto às CIBs, a maior parte das coordenações de saúde mental dos estados participa desta comissão, no entanto, os estados que participam o fazem em algumas reuniões, quando o assunto em pauta refere-se à saúde mental. Somente AM, SE, MS e PR informaram participar de todas as reuniões. Entre os principais assuntos abordados nas CIBs, destaca-se a discussão de incentivos financeiros para implantação de serviços substitutivos de saúde mental e a pactuação de metas para as regiões de saúde mental.

É curioso que a participação na CIB se dê preferencialmente em dias que a saúde mental está em pauta – esse é também um aspecto que denota a forma de relação da saúde mental com a saúde pública – afinal, para integrar-se a uma estratégia da saúde, é preciso que a saúde mental se apresente no debate, ainda que o tema não lhe seja pertinente.

Quanto à participação no CGR, metade das coordenações informou participar deste colegiado, e as que participam, também o fazem em algumas reuniões, quando o assunto em pauta refere-se à saúde mental. Somente a coordenação do RN informou participar de todas as reuniões já realizadas. No entanto, deve-se considerar que nem todos os estados possuíam CGR, já constituído no período de coleta das informações da pesquisa.

⁶⁰ AM, PA, PE, SE, MS, MT, TO, MG, RJ, SP e RS.

Ao longo da década de 1990, 8 estados aprovaram leis de saúde mental inspiradas no PL do Deputado Paulo Delgado, prevendo a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos em saúde mental. Estas leis foram aprovadas e sancionadas nos estados do RS (1992), CE (1993), PE (1994), DF (1995), MG (1995), PR (1995), RN (1995) e ES (1996).

Nos últimos 10 anos (de 1998 a 2009), 16 estados continuaram produzindo normativas de saúde mental, entre leis, resoluções e portarias de saúde mental **(Quadro 14)**.

Quadro 14: Principais tipos de produção normativa dos estados de 1998 a 2009 ⁶¹
(Anexo D - Quadro Descritivo 2 e 3)

	Produziu normativas nos últimos 10 anos	Lei estadual*	Portaria	Resolução	Decreto	Outros
Norte						
AC	sim	não especificou				
AM	sim	3.177/2007				
AP	sim	não especificou				
PA	sim	não especificou				
RR	não					
TO	sim	não especificou				
Nordeste						
AL	não					
CE	não	12.151/1993				
MA	não					
PB	sim	7.639/2004				
PE	não	11.064/1994				
PI	não					
RN	não	6.758/1995				
SE	não					
Centro-Oeste						
DF	sim	975/1995	86/2004			
GO	sim		040/2004			Projeto de leis/nº/2006
MS	sim				12.573/2008	
MT	sim		141/2003 086/2008	009/2001		
Sudeste						
MG	sim	11.802/1995 12.684/1997			42.910/2002	
RJ	sim	3.613/2001 3.944/2002		54/2000 175/2004 189/2007 235/2008		
SP	sim			84/2009 294/2007	54.067/2009	
Sul						
PR	sim	11.189/1995				
RS	sim	9.716/1992		075/2000 16/01 508/01 084/2006		Projeto de lei nº 200/2004
SC	sim		604/2002 024/2001 1.184/2005 398/2007	020/2009 022/2009 023/2009		

*Dada a sua importância, incluiu-se as leis estaduais produzidas entre 1992 a 1998.

⁶¹ As normativas de saúde mental aqui apresentadas foram aquelas citadas pelos estados no momento de preenchimento do questionário ou enviadas por técnicos e coordenadores, tendo sido também complementadas através de pesquisas aos *sites* das SES e demais ambientes da internet, o que não esgota o total das produções normativas destes estados. Há também aqueles estados que embora tenham indicado a produção de normativas, não as especificaram no momento de preenchimento do questionário e não enviaram documentos.

Entre as leis estaduais destacam-se a do estado de Amazonas (lei nº 3.177/2007), que “*dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e dá outras providências*”, Paraíba (lei nº 7.639/2004), que “*dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba*”, e Rio de Janeiro (3.944/2002) que “*dispõe sobre os direitos fundamentais das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental*”, esta última, de conteúdo bem similar à lei 10.216/2001.

A maior parte das portarias de saúde mental produzidas pelos estados está relacionada à criação de colegiados de atenção em saúde mental, de comissões de revisão das internações psiquiátricas involuntárias e de formação de Grupos de Trabalho para tratar da questão da desinstitucionalização.

Quanto às demais normativas, destacamos a deliberação CIB nº 022/2009 do estado de Santa Catarina, que aprova recursos financeiros do co-financiamento da atenção básica para apoiar a fase inicial de funcionamento de novos CAPS e de financiamento de CAPS microrregionais (que atendam a 2 ou mais municípios); a deliberação CIB nº 023/2009 do mesmo estado, que instituiu incentivo financeiro estadual aos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) para os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e Art. 6º⁶² da PT GM nº 154/2008 do Ministério da saúde, definindo dois tipos de NASF (NASF Santa Catarina 1 e NASF Santa Catarina 2); e o Decreto nº 12.573/2008 do estado de Mato Grosso do Sul, que determina o repasse de recursos do fundo estadual de saúde aos fundos municipais de saúde para a implementação de novos CAPS e adequação dos já existentes.

Estes documentos sugerem o esforço destes estados na garantia de mecanismos de pactuação de compromissos, na adoção de arranjos de gestão regional em saúde, e no fortalecimento dos municípios na gestão e prestação de serviços de saúde mental, principalmente através de apoio financeiro.

Assim, identifica-se que a coordenação federativa, com pactuação de compromissos, está também bastante articulada a uma capacidade de financiamento e indução dos estados. No entanto, o que acontece quando o estado não tem como propor compromissos a partir de recursos próprios? Existem muitas resoluções ligadas à destinação de recursos financeiros ao processo de desospitalização, mas será que esses

⁶² Art. 5º - Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família; Art. 6 - Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família (Brasil, MS, 2008).

recursos são realmente liberados? Esse é um imbróglio importante para a política de saúde mental.

Mecanismos e instrumentos utilizados para o fortalecimento dos municípios

Quando perguntado do tipo de relação estabelecida entre estado e municípios na condução da política de saúde mental, a maioria das respostas se concentrou na visita e supervisão dos municípios, participação em reuniões municipais e regionais, participação nas CIBs, e promoção de discussões com os municípios sobre temas relevantes para o desenvolvimento da política.

Quanto às ações desenvolvidas pelos estados para o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios na atenção em saúde mental, a formação e qualificação de profissionais e gestores, a supervisão clínico-institucional, a realização de treinamento em serviço, e a parceria na elaboração dos projetos e planos de ação, foram as respostas citadas por mais da metade dos estados. A definição de incentivos financeiros para apoio à gestão municipal⁶³ e a educação permanente em saúde mental⁶⁴ apareceu na resposta de 7 e 8 estados, respectivamente, e ambas as estratégias incluem os estados de AL, SE, MG, PR e RS.

Em relação ao apoio dos estados para os municípios na condução da política de saúde mental, verificou-se que poucos estados oferecem apoio quando o assunto se refere à questão financeira. Somente 8 estados afirmaram apoiar financeiramente a implantação de serviços extra-hospitalares⁶⁵, 2 prestam apoio financeiro para a formação de equipes de saúde mental⁶⁶, e somente 1 estado disse apoiar financeiramente a implantação dos programas do Ministério da Saúde⁶⁷. Na maioria dos estados o apoio se resumiu à capacitação e treinamento de profissionais de saúde mental, elaboração de projeto técnico para a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares, e controle da distribuição de medicamentos psiquiátricos nos municípios.

No entanto, quando o assunto se refere ao tipo de apoio prestado pelos estados para o desenvolvimento de uma política de saúde mental nos municípios com menos de 20.000 habitantes, o financiamento das ações de saúde mental na atenção básica é

⁶³ AL, SE, MS, MG, PR, RS e SC.

⁶⁴ AP, AL, PB, PE, SE, MG, PR e RS.

⁶⁵ PA, AL, MS, MT, MG, SP, RS e SC.

⁶⁶ TO e MG.

⁶⁷ MG.

indicado na resposta de mais da metade dos estados⁶⁸. Além desse tipo de apoio, também foram identificadas estratégias de implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental, coordenação da articulação com os municípios numa política regional em saúde mental, e formação de recursos humanos em saúde mental.

Talvez contribua para este fato a ênfase que vem sendo dada pelo governo federal ao desenvolvimento de uma política de atenção básica, principalmente através dos NASF e PSF. Já ressaltamos, em momento anterior, a importância do papel dos estados no desenvolvimento de uma política de saúde mental nestes municípios, que, não podendo contar com um CAPS, buscam a articulação das ações de saúde mental na atenção básica.

Neste sentido, observamos que parece haver um esforço dos estados na construção de seus marcos legais e na articulação com o Ministério da saúde e municípios, principalmente através de sua participação ativa nos fóruns de deliberação da política. No entanto, ainda que o estado exerça algum tipo de apoio aos municípios, principalmente qualificando profissionais, controlando a distribuição de medicamentos psiquiátricos nos municípios, e realizando supervisões e reuniões (conforme previsto nas normativas federais), quando o assunto se refere ao investimento de recursos financeiros, este ainda é insuficiente. Ainda assim, há algo sendo feito na metade dos estados no que tange aos pequenos municípios, ou seja, a coordenação federativa mostra-se presente no apoio à atenção básica. Mas as estratégias que se apresentam são suficientes? Onde estão os pactos? Qual o papel dos estados na coordenação das negociações com os municípios e o governo federal? Parece-nos que ainda não há um papel em exercício.

4.4. Papel dos estados na coordenação da atenção em saúde mental⁶⁹

A atuação dos estados na coordenação da atenção em saúde mental foi analisada de acordo com os mecanismos e instrumentos utilizados para a integração e organização da assistência em saúde mental no território, tais como 1) reestruturação da assistência e implantação de mecanismos de referência e contra-referência entre serviços de saúde mental; 2) intersetorialidade; e 3) participação social.

⁶⁸ AC, PA, PB, RN, SE, GO, MS, MT, TO, RJ, SP, PR, RS e SC. O estado do MA e DF indicaram não apoiar o desenvolvimento de uma política de saúde mental nestes municípios.

⁶⁹ A partir deste item a coordenação do estado do CE não respondeu mais ao questionário. Neste sentido, contamos a partir de agora com 23 estados participantes.

Em relação à reestruturação da assistência em saúde mental, 10 estados afirmaram ter liderado um processo de reestruturação dos hospitais psiquiátricos anterior à implementação do PNASH/2002 e do PRH/2004⁷⁰, principalmente através da avaliação da qualidade do atendimento hospitalar e da redução do porte dos hospitais.

Para a maioria dos estados, a apresentação destes programas possibilitou a definição de mudanças na política para os macro-hospitais, principalmente por ter orientado uma ação nesta área e por possibilitar a criação de novos incentivos extra-hospitalares, embora para alguns estados estas mudanças ainda não sejam suficientes.

No que diz respeito aos mecanismos de organização do sistema de saúde mental, somente 6 estados afirmaram possuir uma central de regulação de internação psiquiátrica, entre eles, RR, RN, MG, RJ, SP e PR. Assim, verifica-se que as centrais de regulação de internação psiquiátrica estão concentradas na região sudeste, que, historicamente, abriga um grande parque manicomial.

No entanto, é importante destacar que, se tratando da existência de Centrais de Regulação de serviços de saúde em geral, de acordo com dados disponibilizados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, Ministério da saúde, 2010), verificou-se que todos os estados possuem este tipo de central de regulação.

Assim, a inexistência de centrais de regulação de internação psiquiátrica pode estar associada ao tamanho da rede assistencial de saúde mental dos estados. Não é por acaso que em todos os estados da região sudeste, onde se concentra o maior parque manicomial do país, existam centrais de regulação de internação psiquiátrica. Além disso, alguns estados, como RS, por exemplo, podem estar fazendo a inclusão dos leitos de saúde mental na central de regulação de leitos do estado⁷¹.

Os usos da central de regulação enquanto mecanismo de organização da assistência em saúde mental podem ser vistos no **Quadro 15**.

⁷⁰ PA, PB, PE, MT, TO, MG, RJ, SP, PR e RS. O estado do AC não soube informar e RR não respondeu.

⁷¹ No site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, encontramos a informação de que entre as ações da Seção de Saúde Mental e Neurológica, assim denominada a área da SES responsável pela gestão da política de saúde mental no estado, encontra-se a inclusão dos leitos de saúde mental na Central Estadual de Regulação de Leitos, de modo a efetivar a Resolução CIB/RS nº 75 de 2000, que organiza o fluxo de internação hospitalar em saúde mental no estado.

Quadro 15: Usos da central de regulação de internação psiquiátrica nos estados

	Possui central de regulação de internação psiquiátrica	A central estabelece protocolo assistencial único	A central estabelece a regionalização das vagas	A central identifica as reinternações	A central possibilita o uso das informações para o planejamento das ações
Norte					
AC	não	x	x	x	x
AM	não respondeu				
AP	não	x	x	x	x
PA	não	x	x	x	x
RR	sim	sim	sim	sim	sim
TO	não	x	x	x	x
Nordeste					
AL	não	x	x	x	x
MA	não	x	x	x	x
PB	não	x	x	x	x
PE	não	x	x	x	x
PI	não	x	x	x	x
RN	sim	não	não	não	não
SE	não	x	x	x	x
Centro-Oeste					
DF	não	x	x	x	x
GO	não	x	x	x	x
MS	não	x	x	x	x
MT	não	x	x	x	x
Sudeste					
MG	sim	sim	sim	N/S	sim
RJ	sim	sim	não	sim	sim
SP	sim	não	sim	não	não
Sul					
PR	sim	sim	sim	sim	outros**
RS	não respondeu*				
SC	não	x	x	x	x

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

* Embora não tenha respondido a questão, no site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, encontramos a informação de que entre as ações da Seção de Saúde Mental e Neurológica, assim denominada a área da SES responsável pela gestão da política de saúde mental no estado, encontra-se a inclusão dos leitos de saúde mental na Central Estadual de Regulação de Leitos, de modo a efetivar a Resolução CIB/RS nº 75 de 2000, que organiza o fluxo de internação hospitalar em saúde mental no estado.

** não especificado

Para as coordenações dos estados do RJ e RR, a central tem sido um importante instrumento de controle de leitos. Para MG, embora a central possibilite o planejamento das ações, o faz ainda com muitas restrições. Já SP e RN apontam que a Central seria apenas um instrumento de controle de leitos.

Entre as maiores dificuldades apontadas pelos estados para diminuir o número de reinternações, estão o número de serviços extra-hospitalares menores que a demanda e a dificuldade do CAPS se constituir como um serviço de atenção à crise. Também outros estados destacam que a não continuidade do atendimento extra-hospitalar por parte do paciente e da família, a relutância da atenção básica em atender os pacientes e/ou encaminhar ao CAPS e ambulatórios, a falta de leitos de curta duração para urgência, o número excessivo de leitos contratados, juntamente com a forte influência de entidades ligadas às categorias médica- hospitalares, constituindo um movimento de resistência à reforma psiquiátrica, somam-se aos fatores acima assinalados.

Intersetorialidade

Em relação à intersetorialidade, enquanto instrumento de integração do cuidado em saúde mental, verificou-se a existência, em todos os estados participantes, de áreas da Secretaria Estadual de Saúde parceiras da coordenação de saúde mental, como a atenção básica, DST/AIDS, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, entre outras.

Foi identificada na maior parte dos estados a existência de projetos e parcerias da coordenação de saúde mental com outras secretarias estaduais e demais entidades, como projetos de saúde mental articulados com universidades, secretarias de assistência social, esportes, educação, defesa social, cultura, habitação, segurança pública, assim como parcerias com ONGs, Tribunal de Justiça e Ministério Público.

Em 6 estados, PA, AL, GO, TO, MG e PR, existem projetos que não contam com a parceria da coordenação de saúde mental e da Secretaria estadual de saúde, principalmente projetos que envolvem o atendimento e assistência a usuários de álcool e drogas, desenvolvidos por entidades religiosas, filantrópicas e subsecretaria antidrogas.

Também 10 estados estabelecem parcerias com o governo federal no desenvolvimento de ações não previstas nas normativas⁷², como fóruns de saúde mental, censos psiquiátricos e capacitação profissional, principalmente por meio da Área Técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

⁷² AM, RR, AL, PE, DF, GO, TO, RJ, RS e SC.

Em relação à participação social, verificamos que somente em 7 estados o conselho estadual de saúde possui uma comissão estadual de saúde mental ou Reforma Psiquiátrica⁷³. Este fato é esperado, visto que a criação de uma comissão específica de saúde mental no interior do conselho de saúde é facultativa, embora a sua criação indique uma articulação do estado com outros atores envolvidos no desenvolvimento de uma política de saúde mental.

Todos os estados participantes apresentam os resultados da política de saúde mental ao conselho estadual de saúde. No entanto, esses dados devem ser analisados com cautela, pois vimos que em muitos estados o plano de saúde mental não é apresentado ao CES. Este fato sugere que a articulação dos estados com o conselho de saúde, e não somente na área de saúde mental, acontece apenas na fase de divulgação final dos resultados da política, e não no processo inicial de sua formulação, onde o plano deveria ser apresentado, compartilhado e aprovado junto ao conselho, o que merece a indicação de novos estudos.

Por outro lado, mais da metade dos estados afirmaram desenvolver ações que integram a comunidade na discussão da política de saúde mental⁷⁴, a partir da articulação com conselhos estaduais e municipais, com o colegiado de políticas de atenção psicossocial, além de promover eventos abertos de capacitação e encontros anuais de profissionais, familiares e usuários.

Pelo que foi exposto, podemos afirmar que a organização da atenção em saúde mental representa um dos grandes desafios para os estados. Embora a reestruturação da assistência psiquiátrica se desenvolva por meio dos programas do Ministério da saúde, como o PNASH e PRH, ainda são necessárias ações que visem à integração da assistência no território, assegurando o atendimento e cuidado em saúde mental na rede extra-hospitalar.

Apesar da importância do CAPS enquanto serviço estratégico na reorganização da assistência em saúde mental no território, ainda existem barreiras que o impedem de se constituir como um serviço de atenção à crise.

Apesar disso, boa parte dos estados apresenta articulação com outras áreas, dentro e fora da secretaria estadual de saúde, e também com conselhos de saúde e

⁷³ AM, PE, MG, RJ, PR, RS e SC. O estado de PA não soube informar.

⁷⁴ AM, PA, AL, PI, RN, DF, MS, TO, MG, RJ, SP, PR e SC.

colegiados de atenção psicossocial, propondo o desenvolvimento de projetos e ações de saúde mental.

4.5. Papel dos estados no financiamento em saúde mental

A atuação dos estados no financiamento em saúde mental foi analisada segundo os processos de alocação de recursos próprios na atenção em saúde mental, tais como, 1) participação no financiamento do SUS; 2) critérios utilizados para a alocação de recursos próprios destinados às ações de saúde mental; e 3) promoção da programação pactuada e integrada da assistência à saúde.

Em relação ao montante de recursos próprios destinados à saúde, somente 8 estados, entre eles, AP, RR, AL, DF, GO, MS, MT, definem percentual de recursos da saúde para o financiamento das ações de saúde mental (**Quadro 16**).

A definição de critérios para a alocação de recursos próprios para o financiamento das ações de saúde mental foi indicada por 12 estados. Entre os critérios utilizados, estão os municípios mais populosos, indicado pelos estados de AL e MT; municípios de fácil acesso geográfico e com unidades psiquiátricas desativadas, indicado pelos estados de GO, MG e RJ; municípios com carência de serviços e ações de saúde mental, indicado pelos estados de PA, AL, MG, SP e SC; e, finalmente, municípios com dificuldade de custear sozinhos serviços extra-hospitalares, indicado pelos estados de PA e SE.

Quadro 16: Financiamento em saúde mental

	Define percentual de recursos da saúde p/financiamento das ações de saúde mental	Define critérios para a alocação de recursos próprios p/financiamento das ações de saúde mental	Os recursos financeiros federais destinados às ações de saúde mental estão previstos na PPI
Norte			
AC	não	não	N/S
AM	não	não	não
AP	sim	não	não
PA	não	sim	sim
RR	sim	N/S	N/S
TO	não	sim	sim
Nordeste			
AL	sim	sim	sim
MA	não	N/S	N/S
PB	não	não	não
PE	não	não	sim
PI	não	não	sim
RN	não	não	sim
SE	não	sim	não
Centro-Oeste			
DF	sim	não	sim
GO	sim	não	não respondeu
MS	sim	sim	sim
MT	sim	sim	sim
Sudeste			
MG	sim	sim	N/S
RJ	não	sim	sim
SP	não	sim	sim
Sul			
PR	não	sim	não
RS	não	sim	N/S
SC	não	sim	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

N/S – não sabe informar

Também em 12 estados os recursos financeiros federais destinados às ações de saúde mental estão previstos na PPI, através da celebração de convênios, de repasse de recursos para os municípios que não estão no exercício pleno da gestão, da pactuação de serviços extra-hospitalares em saúde mental, e de repasse de recursos para a implementação de CAPS.

Apesar das normativas e diretrizes da política de saúde mental destacarem a necessidade do repasse de recursos financeiros das secretarias estaduais de saúde aos municípios para a implementação das ações de saúde mental e de definir um percentual mínimo nos respectivos orçamentos anuais e plurianuais para a saúde mental, esta é uma função ainda muito frágil no âmbito dos estados, embora também no âmbito federal existam dificuldades de se garantir recursos para a área.

A discussão do financiamento surge mais incisivamente na coordenação federativa, no entanto, apenas para tratar da distribuição dos recursos destinados à área, não tratando de recursos novos. Sendo o financiamento uma função demasiadamente importante que compromete as demais funções, e dada a dificuldade de muitos estados barganharem recursos, o que gera uma fragilidade da área de saúde mental no interior da SES, identifica-se a necessidade de desenvolver uma política de investimentos para o setor.

4.6. Papel dos estados no acompanhamento e monitoramento em saúde mental

A atuação dos estados no monitoramento e acompanhamento foi analisada de acordo com os processos de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde mental, tais como: 1) mecanismos e instrumentos utilizados para o acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde mental; e 2) acompanhamento e avaliação de indicadores dos serviços de saúde mental.

Mecanismos e instrumentos utilizados para o acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde mental

A maior parte das coordenações estaduais emite relatórios técnicos contendo o acompanhamento e monitoramento da política de saúde mental em seu estado, no entanto, nem todas as coordenações divulgam os resultados destes relatórios às coordenações de saúde mental dos seus municípios.

Entre os principais tipos de acompanhamento e monitoramento exercido pelos estados, destacam-se a supervisão clínico-institucional dos serviços de saúde mental, a elaboração de diagnósticos e o controle da distribuição de medicamentos psiquiátricos nos municípios.

Além disso, 13 estados afirmaram possuir Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental. Vale lembrar que a criação deste grupo foi estabelecida pela portaria GM nº 799/00 com o objetivo de viabilizar o controle e aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde mental, tendo sido reforçada a importância desta normativa junto ao relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Também dois estados informaram não exercer nenhum tipo de controle sobre as ações e serviços de saúde mental, embora um desses estados tenha indicado emitir relatórios técnicos contendo o acompanhamento da política de saúde mental em seu estado. Da mesma forma, embora uma coordenação tenha informado possuir Grupo Técnico, não assinalou emitir relatórios técnicos sobre o acompanhamento da política de saúde mental em seu estado, o que gera dúvidas, visto que a emissão de relatórios é uma atribuição básica dos grupos técnicos (**Quadro 17**).

Quadro 17: Acompanhamento e monitoramento em saúde mental

	Emite relatórios técnicos contendo o acompanhamento da política de saúde mental	Disponibiliza dados dos relatórios às coordenações de saúde mental dos municípios	Possui Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental
Norte			
AC	sim	não	não
AM	sim	sim	sim
AP	N/S	N/S	não
PA	sim	sim	sim
RR	sim	sim	não
TO	sim	sim	não
Nordeste			
AL	sim	sim	sim
MA	não	não	não
PB	sim	sim	sim
PE	sim	não	sim
PI	sim	sim	sim
RN	sim	não	sim
SE	sim	sim	sim
Centro-Oeste			
DF	sim	não	não
GO	sim	não	não
MS	sim	não	não
MT	não	não	sim
Sudeste			
MG	sim	sim	sim
RJ	sim	sim	sim
SP	sim	não	não
Sul			
PR	sim	sim	sim
RS	sim	N/S	não
SC	sim	sim	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

N/S – não sabe informar

No que diz respeito à avaliação dos serviços de saúde mental nos estados⁷⁵, foram feitas perguntas abertas com relação à situação das instalações físicas, disponibilidade de profissionais, modelo assistencial, atendimento à crise e clientela dos CAPS.

Em relação às instalações físicas, 13 estados indicaram que as instalações físicas dos CAPS encontram-se entre regulares e adequadas, 7 estados indicaram que as instalações encontram-se precárias e improvisadas em espaços alugados, e 2 estados indicaram possuir realidade distintas, ou seja, CAPS com instalações adequadas e serviços em condições ruins.

Quanto à disponibilidade de profissionais, 16 estados a consideraram precária pela dificuldade de contratação de psiquiatras, pela grande rotatividade de técnicos sem vínculo efetivo, e pelo fato da maioria dos CAPS possuir somente a equipe mínima, no entanto, não suficiente para o atendimento de suas demandas.

Com relação ao atendimento à crise, 19 estados apontam a dificuldade dos CAPS de se constituir como um serviço de atenção à crise, principalmente pela falta de preparo dos profissionais, o que leva ao encaminhamento dos casos de crise para os hospitais psiquiátricos.

Com relação ao modelo assistencial,⁷⁶ para 15 estados o modelo ainda refletiria uma tendência à internação, estando também centrado no atendimento ambulatorial e medicamentoso, e com dificuldades de articulação do trabalho em rede. Foi citado um caso em que os CAPS do estado funcionariam como uma espécie de serviço “rígido”, que não atenderia certos tipos de clientela, mas selecionaria as mesmas, encaminhando casos de crise aos prontos-socorros, por exemplo, ou exigindo a abstinência como pré-requisito ao tratamento dos usuários de álcool e drogas.

Já em relação à clientela⁷⁷, as respostas foram bastante variadas, sendo que a maior parte dos estados informou ser a clientela bastante diversificada, constituída principalmente por psicóticos e neuróticos, mas também por demandas encaminhadas pela justiça. Outras respostas indicaram a presença de demanda reprimida, principalmente no atendimento a usuários de álcool e drogas.

⁷⁵ A coordenação do estado do MA não respondeu este item.

⁷⁶ A coordenação do estado do RS não respondeu a essa pergunta.

⁷⁷ A coordenação do estado do RS não respondeu a essa pergunta.

Estabelecendo um balanço sobre o papel dos estados no acompanhamento e monitoramento em saúde mental, podemos dizer que as normativas e diretrizes da política nacional de saúde mental definem um papel mais claro dos estados nesta função, desde o *momento germinativo*, com a criação dos Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) nas três esferas do governo, e na supervisão, controle e avaliação dos serviços de saúde mental. Atualmente, nos parece que esta é uma função ligeiramente amadurecida pelos estados, principalmente pelo seu papel na emissão de relatórios técnicos e na supervisão e acompanhamento dos serviços de saúde mental.

4.7. Papel dos estados na prestação de serviços em saúde mental

A atuação dos estados na prestação de serviços em saúde mental foi analisada segundo a gestão e definição de serviços de saúde mental de iniciativa própria.

A maior parte das coordenações possui a gestão de um serviço de saúde mental, principalmente de hospitais psiquiátricos, ambulatórios de saúde mental e CAPSad. Também 9 estados disseram ter assumido a gestão de um determinado serviço de saúde mental por situação de carência ou omissão por parte do gestor municipal⁷⁸, ocorrendo, sobretudo, nas regiões norte e nordeste, indicando a importância estratégica dos estados enquanto atores responsáveis pela prestação de serviços quando da ausência e/ou incapacidade municipal (**Quadro 18**).

⁷⁸ AM, AP, RR, MA, PB, RN, PI, MT, e SP. O estado do AC não respondeu.

Quadro 18: Prestação de serviços de saúde mental

	Possui a gestão de um serviço de saúde mental	Assumiu a gestão de um serviço por situação de carência/ou omissão do gestor municipal	Definiu serviços de saúde mental de iniciativa própria	Possui experiência exitosa na área de saúde mental
Norte				
AC	sim	não respondeu	sim	sim
AM	sim	sim	não respondeu	não
AP	sim	sim	sim	sim
PA	sim	não	sim	sim
RR	sim	sim	não	sim
TO	sim	não	sim	não
Nordeste				
AL	sim	não	não	sim
MA	sim	sim	não	não respondeu
PB	sim	sim	não	sim
PE	sim	não	não	não
PI	sim	sim	não	sim
RN	sim	sim	sim	sim
SE	não	não	sim	sim
Centro-Oeste				
DF	sim	não	sim	sim
GO	sim	não	sim	sim
MS	não	não	não	não
MT	sim	sim	não	sim
Sudeste				
MG	sim	não	sim	sim
RJ	sim	não	sim	sim
SP	sim	sim	não	sim
Sul				
PR	sim	não	sim	sim
RS	sim	não	sim	sim
SC	sim	não	sim	sim

Fonte: Elaboração própria a partir do questionário aplicado junto às coordenações estaduais de saúde mental.

Além disso, ainda verifica-se o forte peso da gestão estadual de leitos SUS psiquiátricos, quando comparados com o número de leitos de gestão municipal e federal. Destacam-se os estados de MG, com 546 leitos SUS estaduais; PE, com 795 leitos SUS estaduais; RJ, com 812 leitos SUS estaduais⁷⁹; e SP, com 2.507 leitos SUS estaduais (Brasil, CNES, 2010)⁸⁰.

Se o número de leitos SUS sob gestão estadual é grande nestes estados, o número de leitos psiquiátricos privados existentes é ainda maior, o que os torna os estados com o maior número de leitos psiquiátricos totais do país, incluindo os de gestão municipal, estadual e federal vinculados ao SUS, e os privados conveniados ao SUS (**Tabela 4**).

Quando observamos o número de leitos psiquiátricos privados existentes, identificamos como ainda é forte o peso da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro, principalmente nas regiões sul e sudeste, que abriga um grande parque manicomial, representando a ausência do poder público na assistência em saúde mental e a continuidade de uma “indústria da loucura”, sendo este um desafio importante para a nossa reforma.

Estes dados ratificam a importância dos estados no planejamento da rede de saúde mental e na articulação com os municípios, conduzindo as desospitalizações psiquiátricas e garantindo cuidados extra-hospitalares aos pacientes em processo de desinstitucionalização. Também indicam a necessidade de continuidade do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica e de redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos no país, embora em alguns estados já se verifique o esforço no desenvolvimento de ações nesta área.

⁷⁹ Ressalta-se que no estado do RJ o número de leitos SUS municipais é maior do que o número de leitos SUS estaduais.

⁸⁰ É importante destacar que os dados do CNES, disponíveis na *Sala de Situação em Saúde* do Ministério da saúde, apresentam valores divergentes quanto ao número real de leitos psiquiátricos por esfera administrativa nos estados.

Tabela 4: Número de leitos psiquiátricos por esfera administrativa*. Brasil, 2010.

	Federal SUS	Estadual SUS	Municipal SUS	Privados conveniados SUS	Privados existentes	Leitos totais
Norte						
AC	0	71	2	1	2	75
AM	0	126	1	0	2	129
AP	0	16	0	0	0	16
PA	4	121	10	3	45	182
RR	0	12	0	0	0	12
RO	0	35	0	0	4	40
TO	0	10	3	160	170	183
Nordeste						
AL	0	160	0	720	840	1.000
MA	0	108	104	560	697	910
PB	0	244	32	837	1.005	1.281
PE	12	795	9	2.805	3.048	3.865
PI	0	166	7	223	245	430
RN	3	158	174	367	480	841
SE	8	0	5	296	368	381
BA	10	640	25	868	1057	1.732
CE	2	170	22	955	1.097	1.291
Centro-Oeste						
DF	2	109	0	0	414	526
GO	15	15	43	1.255	1787	1.860
MS	4	10	9	295	418	441
MT	0	122	7	84	86	215
Sudeste						
MG	39	546	25	2.096	3.635	4.245
RJ	124	812	1.353	4.788	6.800	9.232
SP	16	2.507	255	9.832	12.452	15.266
ES	0	241	1	408	587	829
Sul						
PR	0	244	31	2.348	3.019	3.296
RS	76	200	127	1.561	2.440	2.873
SC	0	475	35	641	940	1.450

Fonte: Sala de situação em saúde do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) /DATASUS/MS. Acesso em 5 de abril de 2010.

*É importante destacar que os dados do CNES, disponíveis na *Sala de Situação em Saúde* do Ministério da saúde, apresentam valores divergentes quanto ao número real de leitos psiquiátricos por esfera administrativa nos estados.

A definição de serviços de saúde mental de iniciativa própria estadual, ou seja, não formulados inicialmente pelo Ministério da Saúde, foi verificada em 13 estados⁸¹, o que demonstra um grande protagonismo e autonomia por parte destes estados na criação de modelos próprios, que atendam às especificidades e necessidades de seus territórios⁸².

Entre os exemplos de programas e serviços de saúde mental de iniciativa própria estadual, citamos o *Programa Vida em Casa* do estado do DF, que beneficia pacientes com mais de dois anos de transtorno psicótico grave, e pertencente a famílias extremamente carentes, oferecendo atendimento residencial aos pacientes na fase aguda do transtorno, sem a necessidade de internação; o *Programa de Apoio a Desinstitucionalização* do RJ e a Resolução SESDEC nº 189, do mesmo estado, que estabelece o co-financiamento para as ações de saúde na atenção básica, incluindo indicadores de saúde mental; o *Programa Saúde Mais Perto de Você* do RS, que destina recursos financeiros para leitos psiquiátricos e de dependência química em hospitais gerais; no RN, a *Planilha de Busca Ativa na Atenção Básica*, em parceria com os municípios, cuja proposta é de que todos os CAPS do estado façam um matriciamento das ações de saúde mental na atenção básica, sendo um instrumento de coleta de informações sobre os problemas de saúde mental apresentados no território, e, no mesmo estado, a implementação de uma CAPSi -ad; o *Programa de atenção integral ao louco infrator (PAILI)* no estado de GO, que atua de forma a auxiliar os juízes da execução penal, acompanhando os pacientes julgados e absolvidos pela justiça criminal, mas que, em razão da doença mental, são submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial; e o *Projeto saúde mental itinerante* do estado do AP, que visa o deslocamento de equipes com o objetivo de prestar assistência aos municípios distantes da capital e que não possuem serviços de saúde mental.

Também foram identificadas experiências exitosas na área de saúde mental em diferentes estados, como o fechamento do Hospital Estadual Teixeira Brandão e a implantação de 28 serviços residenciais terapêuticos no município de Carmo - RJ; o fechamento do Hospital Psiquiátrico em Caicó - RN e sua transformação em CAPS III; o fechamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro em Campina Grande - PB e a implantação da rede de saúde mental do município, assim como a premiação do grupo

⁸¹ AC, AP, PA, RN, SE, DF, GO, TO, MG, RJ, PR, RS e SC.

⁸² Promover políticas de saúde mental instituindo um modelo único pode vir a ser um equívoco. A idéia de um modelo assistencial único torna-se inviável em um país com grande diversidade regional, cultural, política, social e econômica como o Brasil. Afinal, a reforma do modelo assistencial em saúde mental deve expressar a diversidade, a mistura e a interação.

de teatro CAPTE do CAPS III de João Pessoa pelo Ministério da Cultura; e o descredenciamento do Hospital Psiquiátrico de Alfenas - MG.

Embora nos documentos e diretrizes da política nacional de saúde mental a prestação de serviços seja uma função quase ausente aos estados, somente verificada no seu papel em definir e programar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas, verificamos que os estados têm assumido seu papel enquanto executores de serviços de saúde mental, não apenas naqueles voltados ao atendimento de usuários de álcool e drogas, mas também na gestão de leitos psiquiátricos, além do desenvolvimento de iniciativas e experiências exitosas na área.

4.8. Principais desafios dos estados na condução da política de saúde mental

Entre os principais desafios apresentados pelos estados na condução da política de saúde mental, destacam-se a escassez de recursos federais, estaduais e municipais; a baixa cobertura de CAPS, principalmente de CAPSad e CAPSi; a dificuldade de articulação dos programas municipais de saúde mental com outras áreas e setores; a ausência de profissionais capacitados; a diminuição do número de psiquiatras disponíveis no mercado; a pouca permeabilidade da formação em saúde ao debate da Reforma Psiquiátrica; a presença de uma cultura institucional que gera dificuldades para a reformulação do modelo, e a falta de prioridade da política de saúde mental frente às demais políticas do estado.

Também solicitamos que cada estado realizasse um balanço sobre os principais pontos necessários ao aprimoramento de sua política de saúde mental. De maneira geral, as respostas foram muito parecidas nos 23 estados.

Entre as respostas mais freqüentes, verificou-se a necessidade de investimentos financeiros na rede extra-hospitalar e na área de avaliação e monitoramento, necessidade de capacitação de recursos humanos para a área, credenciamento de novos leitos em hospitais gerais e priorização da política de saúde mental nas três esferas de governo.

Neste sentido, estabelecendo um balanço dos principais desafios apresentados pelos estados, não é por acaso que a função de financiamento é considerada a mais precária e a que mais carece de prioridade. Como vimos, dada a fragilidade desta função pouco atribuída aos estados, é de se esperar que os estados tenham dificuldades de barganhar recursos e de garantir uma contrapartida própria para investimentos no setor,

o que muitas vezes compromete o desenvolvimento de uma política de saúde mental no estado.

A ausência de recursos humanos capacitados para o trabalho em saúde mental encontra respaldo na falta de comprometimento destes profissionais com os princípios da reforma psiquiátrica e na precariedade de seus vínculos.

Finalmente, a falta de prioridade da política de saúde mental frente às demais políticas e setores pode ser considerada em função da cultura político-econômica brasileira que prioriza investimentos em setores estratégicos, com rápido retorno financeiro, como o hospitalar, além da resistência cultural ao movimento da reforma psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação pretendeu estudar a forma como os estados brasileiros têm desempenhado seu papel na política de saúde mental, quais as estratégias de articulação desenvolvidas com os demais atores e suas principais dificuldades. Tendo em vista a existência de dilemas decorrentes da especificidade de nossa estrutura federativa e da estratégia de descentralização da saúde, que enfatizou principalmente o papel dos municípios, admite-se, como pressuposto deste estudo, a importância da esfera estadual no desenvolvimento da política e na articulação e construção de uma rede de serviços de saúde mental. Diante disso, nos cabe retomar algumas questões centrais: De que forma os estados têm desempenhado seu papel na política de saúde mental? Eles têm sido capazes de diversificar as estratégias e instrumentos preconizados pela política nacional de modo a atender as especificidades regionais e a mudança do modelo assistencial em saúde mental? Eles têm desempenhado função relevante na descentralização da política de saúde mental e na organização do sistema de serviços de saúde nesta área? Que recursos e instrumentos os estados possuem para exercer esse papel? Quais as suas principais dificuldades?

Questiona-se o quanto a atuação dos estados na política de saúde mental é possível diante da complexidade do federalismo brasileiro, do processo de descentralização da saúde e de indefinições de seu papel na área de saúde mental.

Neste sentido, o estudo do papel dos estados em uma política específica objetiva discutir o modo com os estados lidam com estes dilemas na prática da gestão e quais as potencialidades e limites da condução estadual da política de saúde mental.

No Brasil, a condução estadual da política de saúde mental em um país federativo, marcado pela diversidade de instrumentos de indução nacional e por fortes desigualdades regionais, representa uma tarefa complexa. Estas diferenças pedem olhares específicos para cada região no desenvolvimento das políticas de saúde mental.

Em geral, as coordenações estaduais de saúde mental têm uma trajetória recente, a maioria constituindo um papel mais atuante a partir dos 2000, e outras, a partir da segunda metade dos 2000, o que se expressa especialmente na função de formulação e planejamento em saúde mental.

São coordenações pequenas, em boa parte, indicando possíveis fragilidades em alguns estados na condução da política, mas em alguns casos, podendo indicar uma estratégia de fortalecimento dos municípios.

Alguns estados apresentam uma trajetória assistencial em saúde mental mais antiga, são parques manicomiais há décadas, enquanto outros não têm nada a ofertar e, por isso, estão iniciando suas funções. São problemas diferentes. No primeiro caso, o desafio é conseguir desmontar uma estrutura manicomial e constituir uma rede extra-hospitalar efetiva, o que parece ter sido difícil, dada a crítica aos CAPS em se constituir como um serviço que ofereça resolutividade aos casos de crise. No segundo caso, o desafio é angariar recursos para iniciar a construção de uma rede que seja coerente com os princípios da reforma psiquiátrica.

A regionalização não é uma diretriz que se expresse na discussão da saúde mental, na verdade, não fica claro como a saúde mental se insere neste debate, embora em alguns estados ocorra maior inserção. Para muitos estados, subentende-se que a regionalização estaria associada à inserção das ações de saúde mental nas regiões de saúde, ou então, inserida nas propostas de regionalização da saúde prevista no plano estadual de saúde. A organização da saúde mental a partir do modo de pensar a gestão da saúde pública muitas vezes engessa o modelo de atenção, dificultando a construção de um modelo que consiga compreender os fluxos de pessoas, o que na saúde mental é particularmente importante.

Os estados da região Norte reforçam a necessidade de um olhar diferenciado do Ministério da Saúde para a região amazônica, o que remete ao debate da regionalização, problematizando a definição de fronteiras regionais mais amplas que a própria saúde, articulando-se ao debate sobre desenvolvimento regional. Assim, nos indagamos se a dificuldade de inserção da regionalização no debate da saúde mental não seria uma fragilidade da saúde em geral, que não inclui as especificidades da saúde mental, ou da própria saúde mental, que deveria estabelecer um diálogo, criando critérios mais próprios e inclusivos.

O Colegiado de Coordenadores parece ter sido uma inovação importante dos últimos tempos, considerando que, desde 2003, parece ter se intensificado o papel dos estados, inclusive nas normativas.

A articulação da área de saúde mental com a política de atenção básica, principalmente a partir dos NASF, aparece como um ponto positivo e bastante presente nos estados, o que mostra a importância de uma política nacional na orientação das demais políticas. Além disso, boa parte dos estados apresenta articulação com outras áreas, dentro e fora da secretaria estadual de saúde, e com outros setores, propondo o desenvolvimento de projetos, planos e ações de saúde mental.

A relação dos estados com os municípios é bastante controversa, sugerindo um padrão de hierarquia administrativa que se sobrepõe a qualquer prática de diálogo ou busca de parceria, principalmente na questão do financiamento, o que compromete as outras funções.

Não se fala muito em uma política de educação permanente, que, desde 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), foi uma área priorizada e que possibilitou a captação de novos recursos para a formação e qualificação dos profissionais de saúde. O fato da saúde mental não ter se integrado a este debate é um problema, visto que há uma queixa dos estados em relação à qualificação de profissionais para atuar na atenção, e ainda, com um perfil mais próximo às necessidades da área. Além disso, a existência de projetos em disputa entre o Ministério da Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental impede que investimentos em educação permanente sejam incorporados.

Também merece destaque a ênfase no controle burocrático por parte dos estados, que emite relatórios, apresenta ao conselho, mas não propõe construções conjuntas. Isso é muito estranho no âmbito de uma política que pretende realizar uma mudança cultural e das práticas em saúde. Como fazer isso sem a total implicação dos profissionais da rede? Da comunidade? E dos gestores?

A função de financiamento é efetivamente a mais frágil de todas, comprometendo qualquer projeto de mudança mais contundente no desenho do modelo assistencial nos estados. Como os estados vão pactuar novos compromissos se não conseguem garantir recursos? Este fato também denuncia que infelizmente a gestão em saúde ainda é muito pautada na definição de incentivos, um dos maiores imbróglios da gestão do SUS. Além disso, nos faz pensar que o papel que a saúde mental ocupa nos estados é ainda muito frágil. Há alguma inovação, mas com muita dificuldade.

Outros desafios à atuação dos estados na condução da política de saúde mental estão relacionados à: 1) Iniquidade na oferta e no acesso à rede CAPS (principalmente nos estados da região norte) e dificuldade dos CAPS se constituir como um serviço de atenção à crise, aliada à fragilidade no planejamento integrado entre os três níveis, visto que há uma divergência de avaliação sobre a necessidade de implantação de novas unidades em alguns estados; 2) ausência de profissionais capacitados e pouca permeabilidade da formação em saúde ao debate da reforma psiquiátrica, que encontra respaldo na falta de comprometimento destes profissionais com os princípios da reforma e na precariedade de seus vínculos; 3) escassez de recursos federais, estaduais e municipais; 4) presença de uma cultura institucional que gera dificuldades para a

reformulação do modelo; 5) falta de prioridade da política de saúde mental frente às demais políticas do estado; 6) dificuldade de articulação dos programas municipais de saúde mental com outras áreas e setores.

Neste sentido, a construção teórica realizada e a análise do papel dos estados permitem inferir que a superação dos desafios relacionados ao processo de condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios, na elaboração de políticas que atendam à especificidade de cada região, macro ou micro-região, e da promoção de um planejamento ascendente e participativo.

Estados que possuem maior poder de indução política dentro de uma determinada região, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, podem estar realizando parcerias para a elaboração de planos de investimentos e de desenvolvimento institucional com os estados e municípios menos favorecidos da região.

Dentro deste aspecto, vale lembrar que as coordenações dos estados de RR, PB, RN, DF e MG indicaram a realização de parcerias com outros estados na elaboração de um plano regional de saúde mental. Também vimos que estados da região Norte têm se articulado no sentido de desenvolver estratégias de saúde mental que atendam às especificidades da região da Amazônia Legal.

É importante citar, mesmo que não tenha sido apontado pelas coordenações, o Projeto de *Reorganização das Ações de Saúde Mental no Vale do São Francisco*, que envolve a Universidade Federal do Vale do São Francisco, o Ministério da Saúde e os municípios da região. É um projeto que apóia os municípios da Macro-Regional Assistencial de Juazeiro e Petrolina (27 municípios do norte da Bahia e 30 município do sertão de Pernambuco) na criação de uma rede de atenção psicossocial e realiza vários processos de formação dos profissionais e de pesquisa em saúde mental, tendo em vista o processo de desinstitucionalização na região (Brasil, Ministério da Saúde, 2007). Este e os exemplos acima apontam para o desenvolvimento de estratégias que podem ser seguidas nas demais regiões do país, com o objetivo de atender as necessidades e especificidades em saúde mental.

Além disso, é necessário o desenvolvimento de uma política de investimentos para o setor que permita a assunção de um papel mais ativo dos estados no financiamento em saúde mental, possibilitando investimentos na rede extra-hospitalar e a pactuação de novos compromissos para o desenvolvimento da política.

Finalmente, ainda deve-se superar a existência de uma cultura institucional que gera dificuldades para a formulação do modelo assistencial em saúde mental, sendo necessário o seu enfrentamento para a continuidade a uma reforma compromissada com os princípios do SUS e da luta antimanicomial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira**. In: BENEVIDES, Maria Victoria; KERCHE, Fábio; VANNUCHI, Paulo (Orgs.). Reforma política e cidadania. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. Revista de Sociologia Política, Curitiba, v.24, p. 41-67, 2005.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. **Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências**. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB), São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Panorama ENSP/FIOCRUZ, 1998.

ARRETCHE, Marta T.S. **O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas**. In: A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e Políticas Sociais no contexto da Globalização. Gerschman, S e Vianna, M. L.W, organizadoras. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.

ARRETCHE, Marta T.S. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 331-345, 2003.

BAPTISTA, Tatiana Wargas; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Legislativo e a Saúde**. In: MATTA, G.C & PONTES, A.L.C. Políticas de saúde: A organização e a operacionalização do Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BAPTISTA, Tatiana Wargas. **Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3): 615-626, 2007.

BOBBIO, N. *et al.* **Dicionário de Política**. Brasília, UNB; São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 2000.

BORGES, Camila Furnaletti; BAPTISTA, Tatiana Wargas. **O modelo assistencial em saúde mental: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(x): 1-13, 2008.

BORGES, Camila Furnaletti. **Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991.** Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 63, de 30 de abril de 1993.** Cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 145 de 25 de agosto de 1994.** Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental (GAP).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. **Resolução nº 159, de 6 de julho de 1995.** Aprova o Plano de Apoio à Desospitalização.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 15 de 17 de janeiro de 1996.** Ratifica a proibição de novas internações em hospitais psiquiátricos cadastrados no Grupo Internação em Psiquiatria III.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. **Resolução nº 272 de 5 de março de 1998.** Reafirma a desospitalização, aprova a convocação da Conferência Nacional de Saúde, aprova a redução dos leitos e estabelece metas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999.** Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de saúde mental.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.** Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 799, de 19 de julho de 2000.** Institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000.** Cria o grupo de procedimentos na tabela SIA/SUS para o acompanhamento de Pacientes em Residências Terapêuticas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002.** Institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS II e CAPS i II e CAPS ad II.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002.** Aprova o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002.** Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002.** Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 457, de 16 de abril de 2003.** Institui Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui auxílio- reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1455, de 31 de julho de 2003.** Destina incentivo financeiro, repassado fundo a fundo, para todos CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde até o final do exercício de 2003.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.** Institui a Política de Saúde no Sistema Penitenciário buscando implantar ações e serviços de atenção básica nos estabelecimentos prisionais brasileiros, incluindo os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.** Regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, definindo os critérios de inclusão de beneficiários no Programa, o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários, a operacionalização do pagamento do auxílio-reabilitação e as competências federais, estaduais e municipais.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004.** Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.935, de 16 de setembro de 2004.** Destina incentivo financeiro antecipado para Centros de Atenção Psicossocial em fase de implantação, e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005.** Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.612, de 9 de setembro de 2005.** Aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.759, de 25 de outubro de 2007.** Estabelece as diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações indígenas e cria o Comitê Gestor.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.899, de 11 de setembro de 2008.** Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição Federal (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde/NOB-SUS 92**. Brasília: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2. 925, de 9 de junho de 1998**. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário nacional sobre o direito à saúde mental – regulamentação e aplicação da Lei nº. 10.216/2001**. Brasília: Comissão de Direitos Humanos e Terceira Secretaria da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público Federal/Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2001e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde**. Gestão em Saúde - Estabelecimentos/CNES, 2010.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís; RIBEIRO, José Mendes. **A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, v.50, n.3, p. 32-55, 1999.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. **Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(3): 452- 453, 2001.

SCOREL, S; NASCIMENTO, D. R; EDLER, F. C. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N.T. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8(2): 371-378, 2003.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourde. **Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90**. Tempo Social, São Paulo, v.11, n.2, p.63-83, 1999.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias. **Estados federativos e políticas públicas**. In: LIMA, Luciana Dias. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, p.31-60, 2007.

LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas; PEREIRA, Adelyne Maria. **O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008. Mimeo.

LIMA, Luciana Dias; KUSCHNIR, Rosana; PEREIRA, Adelyne Mendes. **Análise de experiências estaduais em curso de regionalização e construção de redes de serviços de saúde**. Relatório Final. Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC – RJ, 2009.

LIMONGI, F. P. **“O Federalista”: remédios republicanos para males republicanos**. In: WEFFORT, Francisco (Org.). Os Clássicos da Política. São Paulo: Ática, 1995.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e Unificação: moldando o novo Ministério da Saúde**. In: MACHADO, Cristiani Vieira. Direito Universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, p.73-98, 2007a.

MACHADO, Cristiani Vieira. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (9): 2113-2126, 2007b.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas. **Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G.C & PONTES, A.L.C. Políticas de Saúde: A organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p.139-162, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OFICINA de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. 2001.

Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Dilemas Federativos e Regionalização na saúde: O papel do Gestor Estadual do SUS em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

RELATÓRIO do II Fórum Amazônico de Saúde Mental. Palmas – Tocantins, 2 a 4 de agosto de 2006.

SANTOS, Maria Thereza da Cunha. **A Reforma Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 90: As tramas da política**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, Celina. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(3): 431-442 2002.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 9(1): 25-59, 2002.

UGÁ, Maria Alice; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1597-1609, 2006.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(3): 493-507, 2002.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Autorização das Coordenações Estaduais de Saúde Mental

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro, para fins de aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, que a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde _____ está de acordo com o desenvolvimento da Pesquisa de mestrado intitulada “O papel dos estados na Política de Saúde Mental no Brasil”, da aluna Aline Gabriela Simon, sob orientação da Prof.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Atenciosamente,

Local, ___ de _____ de _____.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
Termo de Consentimento
(Secretarias Estaduais de Saúde)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**O papel dos estados na Política de Saúde Mental no Brasil**” desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo **central** do estudo é “analisar o papel dos estados na política de saúde mental brasileira, considerando as diretrizes nacionais e as estratégias adotadas pelos estados na condução desta política específica”.

Os objetivos **específicos** da pesquisa são:

- 1 – Identificar as atribuições previstas nas diretrizes políticas e normativas de saúde mental apresentadas pelo Ministério da Saúde quanto às funções dos estados nesta área.
- 2 – Identificar iniciativas estaduais de conformação de modelos assistenciais em saúde mental que não estão previstos na normativa federal.
- 3 – Discutir os desafios e analisar as implicações do papel dos estados na conformação do modelo assistencial em saúde mental.

A sua participação consistirá em responder um questionário eletrônico à pesquisadora do projeto. Este questionário faz parte do conjunto de instrumentos utilizados na elaboração da dissertação de mestrado intitulada “O papel dos estados na Política de Saúde Mental no Brasil”. A sua seleção se deve à sua atuação na Coordenação Estadual de Saúde Mental, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo o levantamento de informações, análise documental e de bases de dados. O levantamento dessas informações desempenha um papel importante para a compreensão da atuação dos estados na política de saúde mental no Brasil em âmbito regional.

O questionário eletrônico estará disponibilizado numa página na internet apenas às Coordenações de Saúde Mental dos Estados, que, mediante senha, terão acesso. As informações obtidas por meio do questionário eletrônico serão processadas pela pesquisadora da pesquisa e analisadas em conjunto com as outras fontes de dados. Destaque-se que a análise dos resultados será de responsabilidade da pesquisadora.

Os nomes dos participantes não serão citados no trabalho, embora exista a possibilidade de os mesmos serem identificados em decorrência do cargo que ocupam.

Ressaltamos que a sua participação como colaborador trará uma imensa contribuição para a compreensão do papel dos estados na política de saúde mental.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Aline Gabriela Simon – Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

E-mail: linegabriela@yahoo.com.br

Tels: (0XX) 21-24017947

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Tatiana Wargas de Faria Baptista – Orientadora - ENSP/FIOCRUZ

Contato com a Orientadora

E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Tels: (0XX) 21-25982849

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

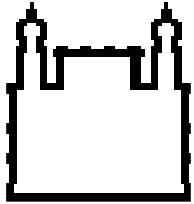
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ
Av. Leopoldo Bulhões, 1.480 – Andar Térreo
Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome do participante)

Anexo C – Questionário para as Coordenações de Saúde Mental dos estados



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública

O PAPEL DOS ESTADOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

QUESTIONÁRIO PARA AS COORDENAÇÕES DE SAÚDE MENTAL DOS ESTADOS

Ano de aplicação: 2009

Prezado Coordenador(a) de Saúde Mental,

A pesquisa ‘**O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil**’ está sendo desenvolvida pela mestranda Aline Gabriela Simon sob orientação de Tatiana Wargas de Faria Baptista na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) no Programa de Saúde Pública.

O **objetivo** da pesquisa é analisar o papel dos estados na política de saúde mental brasileira, considerando as diretrizes nacionais e as estratégias adotadas pelos estados na condução desta política específica.

Este é um tema de grande importância no momento atual quando se busca fortalecer o papel dos estados na condução das políticas públicas de saúde. Nos últimos anos o foco principal dos estudos na grande área de saúde pública têm sido as experiências municipais ou a condução da política nacional. Na área de saúde mental são escassos os estudos que evidenciam o que tem sido o esforço do ente estadual na construção da política de saúde mental.

A principal ferramenta para a execução desta pesquisa é a aplicação de um questionário. O Questionário que estamos lhe enviando constitui peça importante da pesquisa que, junto com outros instrumentos (análise de dados secundários, oferta de serviços, documentos oficiais), proporcionará uma visão abrangente sobre o papel dos estados na política de saúde mental.

A identidade dos respondentes e entrevistados será rigorosamente preservada na preparação e divulgação dos dados finais.

Trata-se de um instrumento auto-aplicável e **nossa orientação para melhor preenchimento do mesmo é que se recorra à equipe de saúde mental para a resposta das questões**. Em caso de dúvidas, favor registrá-las através dos e-mails e telefones disponíveis abaixo.

Solicitamos sua colaboração em responder, o mais prontamente possível o Questionário, **devolvendo-o até o dia 1 de dezembro**. Sua colaboração é muito importante para conhecermos o papel dos estados no desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil.

Agradecemos sua gentileza e atenção.

Aline Gabriela Simon – Mestranda da subárea de Políticas Públicas e Saúde da ENSP/FIOCRUZ

E-mail: linegabriela@yahoo.com.br

Tatiana Wargas de Faria Baptista – Pesquisadora DAPS/ENSP/FIOCRUZ

E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Tels: (XX)21-2598-2849

Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715

Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Por favor, antes de responder ao questionário leia o termo de consentimento e identifique ao final o nome do Coordenador e a matrícula do mesmo.

O questionário **contém 7 blocos**, com questões, na maioria, objetivas.

As questões objetivas são de três tipos:

- sim ou não
- com mais de uma opção de escolha
- com escala

Fique atento aos enunciados e às solicitações de documentos.

Trata-se de um questionário longo, mas de fácil preenchimento. Qualquer dúvida ou problema no questionário entre em contato com a coordenação da pesquisa nos telefones ou emails abaixo:

Aline Gabriela Simon – Mestranda da subárea de Políticas Públicas e Saúde da ENSP/FIOCRUZ

E-mail: linegabriela@yahoo.com.br

Tels: (XX)21-2401-7947

Tatiana Wargas de Faria Baptista – Pesquisadora DAPS/ENSP/FIOCRUZ

E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Tels: (XX)21-2598-2849

IDENTIFICAÇÃO DA UF E RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO

- 1) Identificação do estado:
- 2) Tels. Contato: (aberta)
- 3) E-mail contato: (aberta)
- 4) Principais responsáveis no preenchimento das informações (pelo menos dois nomes que possam ser localizados em caso de dúvida):
- 5) Data de preenchimento:

DADOS GERAIS SOBRE A COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO

Para fins do estudo utilizaremos a denominação de Coordenação de Saúde Mental para designar a área ou setor responsável pela gestão das políticas de saúde mental nos estados. Especifique o nome utilizado em seu estado: _____

1) Há quanto tempo existe a Coordenação de Saúde Mental?

- () menos de 1 ano
- () de 1 a 3 anos
- () de 3 a 6 anos
- () de 6 a 10 anos
- () mais de 10 anos

2) Onde se localiza a Coordenação no organograma da secretaria? _____

3) Nome do coordenador de saúde mental (no momento do preenchimento): _____

4) Há quanto tempo o coordenador está no cargo? ____ ano ____ mês

5) Quantos membros há na equipe? _____ (listar de 1 a 20, mais de 20)

6) A Coordenação incorporou novos profissionais desde a sua formação?

sim

não

não sabe informar

7) Quando foi a última entrada de profissionais para a equipe? _____ ano

8) Existem profissionais na equipe que acompanharam todo o percurso da coordenação ou boa parte dele desde a sua formação?

sim

não

não sabe informar

9) Quantos são esses profissionais? _____

10) Qual o vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Coordenação? (**assinale quantas julgar necessário**)

- servidores públicos do estado
- servidores públicos cedidos pelo município ou governo federal
- contrato temporário com renovação periódica
- prestação de serviços
- terceirizado
- Outros. Especifique: _____

11) Qual a situação de vínculo que prevalece? (**assinale apenas uma alternativa**)

- servidores públicos do estado
- servidores públicos cedidos pelo município ou governo federal
- contrato temporário com renovação periódica
- prestação de serviços
- terceirizado
- Outros. Especifique: _____

12) A situação de vínculo empregatício de alguma forma interfere na organização da política de saúde mental do estado?

- sim
- não
- não sabe informar

BLOCO 1: FORMULAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL

1 - O estado possui um plano de saúde mental?

sim (neste caso, **anexar o documento ou enviar por fax**, se possível). (Se positivo, responder as questões 2 a 10. Se negativo, pular para a questão 11).

não

não sabe informar

2 - De quando é o plano? _____ (designar o ano)

3 - O plano estadual de saúde mental foi apresentado ao Conselho Estadual de Saúde?

sim não não sabe informar

4 - O plano está em vigor?

sim não não sabe informar

5 - O plano em vigor está articulado com a política de regionalização em saúde?

sim, as ações de saúde mental estão inseridas nas regiões de saúde

não, pois não existe uma política de regionalização em saúde

não, o plano não está articulado a política de regionalização em saúde

6 – Na avaliação da coordenação o plano tem orientado as ações em saúde mental?

sim, em todas as ações

sim, em algumas áreas. Especifique as áreas: _____

não. Justifique: _____

7. O plano de saúde mental do estado foi elaborado: (**assinale apenas uma alternativa**)

pela coordenação de saúde mental do estado

pela coordenação estadual de saúde mental em parceria com as coordenações municipais de saúde mental

pela coordenação estadual de saúde mental, com as demais áreas da secretaria estadual de saúde e com os municípios

Outro. Especifique: _____

8 – Quando foi elaborado o primeiro plano de saúde mental do estado? _____ (designar o ano)

9 – Quantos planos de saúde mental já foram elaborados pelo estado? _____

10 – O plano estadual de saúde mental em vigor insere-se numa proposta de regionalização da saúde? (**Assinale apenas uma alternativa**)

sim, o plano de saúde mental insere-se na proposta de regionalização da saúde prevista no plano estadual de saúde.

não, o plano de saúde mental não insere-se na proposta de regionalização da saúde prevista no plano estadual de saúde.

não, o plano de saúde mental insere-se no contexto do plano estadual de saúde, mas este não definiu uma proposta de regionalização da saúde.

11 - A coordenação de saúde mental trabalha com a definição de regiões de saúde para organizar a política de saúde mental? (Se positivo, responder a questão 12. Se negativo, pular para a questão 13)

- sim, utilizando as diretrizes da regionalização da saúde
- sim, utilizando critérios próprios da saúde mental para a definição das regiões
- não
- não sabe informar

12 – Quais os critérios utilizados na definição das regiões de saúde para a organização da política de saúde mental no estado? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- porte populacional
- elementos geográficos (físicos, naturais, etc)
- epidemiológico
- as regiões de saúde do estado
- a divisão político-administrativa do estado
- oferta e complexidade dos serviços de saúde mental no estado
- Outros. Especifique: _____

13 - Existe parceria entre municípios do estado na elaboração de um plano regional para orientar a política de saúde mental?

sim (Se positivo, responder a questão 14. Se negativo, pular para a questão 15)

não

não sabe informar

14 - Quais municípios compõem esta parceria? _____ (aberta)

15 - Existe parceria com outros estados na elaboração de um plano regional para orientar a política de saúde mental?

sim (Se positivo, responder a questão 16. Se negativo, pular para a questão 17)

não

não sabe informar

16 - Quais estados compõem esta parceria? _____ (aberta ou UFs como opção)

17 – O estado apresenta uma cobertura de serviços extra-hospitalares que atenda as necessidades dos municípios?

sim (Se positivo, responder a questão 18. Se negativo, pular para a questão 19).

não

não sabe informar

18 - Há uma identificação das regiões com maior e menor cobertura?

- sim
- não
- não sabe informar

19 - Que estratégias têm sido adotadas pelo estado para atender às necessidades de cobertura de serviços nos municípios? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- coordenação da pactuação da oferta de serviços com outros municípios
- arranjo de novos dispositivos assistenciais e aporte de recursos financeiros numa parceria do estado com o governo federal
- arranjo de novos dispositivos assistenciais com aporte de recursos financeiros estaduais
- aporte de recursos humanos e materiais do estado para os municípios
- ampliar as ações do Programa de educação permanente/continuada
- estímulo à formação de Fóruns regionais de interlocução permanente entre o estado e os municípios
- o estado tem tido dificuldades para adotar estratégias para esses casos
- Outros. Especifique: _____

20 – Que áreas da política de saúde mental são prioritárias no seu estado? **(Colocar em escala de 1 a 10 o que é mais prioritário. Se existir igual prioridade pode ser assinalado a mesma escala. Só assinalar o que for pertinente ao caso)**

- Álcool e drogas
- Infância e a adolescência

- Atenção Básica
- Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar de grande porte
- Atenção em saúde mental no Hospital Geral
- Formação de recursos humanos
- Assistência farmacêutica em saúde mental
- Saúde mental da população indígena
- Suicídio e depressão
- Geração de renda e inclusão social pelo trabalho
- Violência doméstica
- Política anti-racismo
- Direitos humanos
- Manicômios judiciais
- Desinstitucionalização
- Outros. Especifique: _____ (aberta)

21 – Considerando o diagnóstico situacional dos municípios e o perfil de cada serviço assistencial, que ações são prioritárias para o estado no âmbito da política de saúde mental? **(Colocar em escala de 1 a 10 o que é mais prioritário. Se existir igual prioridade pode ser assinalado a mesma escala. Só assinalar o que for pertinente ao caso)**

- promover a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo I
- promover a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II

- promover a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo III
- promover a ampliação de Centros de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes (CAPSi)
- promover a ampliação de Centros de atenção em saúde mental aos usuários de álcool e drogas (CAPSad)
- promover a criação de Serviços Hospitalares de Referência de atenção aos usuários de álcool e drogas (SHR-ad)
- incentivar a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
- incentivar a criação de ambulatórios de saúde mental
- diminuir número de leitos em hospitais psiquiátricos
- aumentar número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais
- promover a criação de Centros de Convivência e Cultura
- promover a constituição de fóruns de saúde mental
- promover a criação de núcleos de capacitação e formação de recursos humanos em saúde mental
- participar das rodas de discussão de educação permanente
- estimular a criação de programas de geração de renda e cooperativas de trabalho
- promover pesquisas em saúde mental
- Outros. Especifique: _____(aberta)

22 – O número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que o estado possui atende às necessidades do seu território? **(Considere os diferentes tipos de CAPS previstos e os parâmetros que o seu estado utiliza)**

- sim
- não (Se negativo, responder a questão 23)
- não sabe informar

23 – Que tipos de CAPS seriam necessários implantar em seu estado de modo a atender às suas necessidades? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo I
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo II
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo III
- Centros de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes (CAPSad)
- Centros de atenção em saúde mental aos usuários de álcool e drogas (CAPSi)

BLOCO 2: COORDENAÇÃO FEDERATIVA

1 - A Coordenação de Saúde Mental do seu estado participa do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM)?

- sim, em todas as reuniões
- sim, em algumas reuniões (Se positivo, responder a questão 2. Se negativo, pular para a 3)
- nunca participou
- desconhece a existência do Colegiado
- não sabe informar

2 – Considera que as discussões travadas no âmbito do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental contribuem para o encaminhamento das demandas do estado?

- sim, na maior parte das vezes. Exemplifique: _____
- sim, em algumas situações específicas. Especifique: _____
- não
- não sabe informar

3 – Seu estado possui um Colegiado Estadual de Coordenadores de Saúde Mental?

- sim (Se positivo, responder a questão 4. Se negativo, pular para a 5)
- não
- não sabe informar

4 – Considera que as discussões travadas no âmbito do Colegiado Estadual de Coordenadores de Saúde Mental contribuem para o encaminhamento das demandas dos municípios do seu estado?

sim, na maior parte das vezes. Exemplifique: _____

sim, em algumas situações específicas. Especifique: _____

não

não sabe dizer

5 - A Coordenação de Saúde Mental do seu estado participa das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

sim, em todas as reuniões

sim, em algumas reuniões quando o assunto em pauta refere-se à saúde mental

nunca participou

não sabe informar

6 - Em caso positivo, qual(is) o(s) principal(is) assunto(s) de saúde mental abordado(s) na CIB? (**Assinale quantas achar necessário**)

incentivos financeiros para implantação de unidades substitutivas de saúde mental

pactuação de metas para as regiões de saúde mental

metas e incentivos para desospitalização psiquiátrica

pactuação da realocação de recursos financeiros destinados às internações psiquiátricas aos serviços substitutivos

Outros. Especifique: _____

7 - A Coordenação de Saúde Mental do seu estado participa das reuniões dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)?

- sim, em todas as reuniões já realizadas
- sim, em algumas reuniões quando o assunto em pauta refere-se à saúde mental
- nunca participou das reuniões
- o estado não tem Colegiados de Gestão Regional
- não sabe informar

8 - O estado apóia o desenvolvimento de uma política de saúde mental nos municípios com menos de 20.000 habitantes?

- sim (Se positivo, responder a questão 9. Se negativo, pular para a questão 10)
- não
- não sabe informar

9 - Que tipos de apoios estão previstos para os municípios com menos de 20.000 habitantes? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- apoio e financiamento às ações de saúde mental na atenção básica (PSF, NASF, outros)
- apoio à implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde mental
- coordenação da articulação dos municípios numa política regional em saúde mental
- promover a implantação de serviços de emergência psiquiátrica
- promover a implantação de serviços de atendimento domiciliar em saúde mental
- promover a formação de recursos humanos em saúde mental
- promover a implantação de ambulatório ampliado de saúde mental

promover núcleos de educação permanente em saúde mental

Outros. Especifique: _____

10 - O estado produziu algum tipo de normativa (leis, portarias, resoluções) de saúde mental nos últimos dez anos (de 1998 a 2009)?

sim (Se positivo, responder a questão 11. Se negativo, pular para a questão 12)

não

não sabe informar

11 – Quais as normativas estaduais produzidas? (Especificar no quadro abaixo as normativas produzidas - identificar o número e o conteúdo/área de cada documento. Ex: Lei 1800 – regula a política de saúde mental no âmbito do estado. Outro ex: Resolução 27 – define incentivos financeiros para a abertura de CAPS do tipo III). **(Por favor, anexar documentos ou mandar por fax, se possível).**

Ano/Documento	Lei estadual	Portaria	Resolução	Decreto	Outro. Especifique:	Outro. Especifique:
1998						
1999						
2000						
2001						
2002						
2003						
2004						
2005						
2006						
2007						
2008						
2009						

12 – Existe alguma normativa anterior a 1998 produzida pelo estado que mereça ser destacada?

sim. Especifique (tipo, número e conteúdo da normativa. Ex: Resolução 27 – define incentivos financeiros para a abertura de CAPS do tipo III):

_____ (anexar o documento ou mandar por fax, se possível)

não

não sabe informar

13 - Considera que alguma normativa de seu estado serviu de exemplo ou parâmetro para uma normativa federal?

sim. Especifique (tipo, número e conteúdo da normativa. Ex: Resolução 27 – define incentivos financeiros para a abertura de CAPS do tipo III):

_____ (anexar o documento ou mandar por fax, se possível)

não

não sabe informar

14 - Quando uma normativa do Ministério da Saúde chega ao estado como se dá sua incorporação na política estadual de saúde mental? (**Assinale apenas uma alternativa**)

o estado segue à normativa atendendo às orientações do Ministério

o estado busca se adaptar à normativa conforme suas condições e realidade loco-regional

o estado tem encontrado dificuldades de se adaptar às normativas nacionais, dada as especificidades da política local

não tem uma opinião formada sobre o assunto

Outros. Especifique: _____

15 - Como se estabelece a relação do estado com os municípios na condução da política de saúde mental? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- o estado participa de reuniões municipais ou regionais quando solicitado
- o estado promove discussões com os municípios sobre temas relevantes para o desenvolvimento da política
- o estado se utiliza do Colegiado estadual de saúde mental como o momento de debate com os municípios
- o estado visita e supervisiona os municípios
- o estado promove rodas de educação permanente a partir da articulações com os municípios
- a coordenação estadual de saúde mental participa das reuniões da Comissão Intergestores Bipartide (CIBs)
- Outros. Especifique: _____

16 - Que ações o estado desenvolve para fortalecer a capacidade institucional dos municípios na atenção em saúde mental? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- formação e qualificação de profissionais e gestores
- desenvolvimento de pesquisas em saúde mental
- realização de treinamento em serviço
- supervisão clínico-institucional
- educação permanente
- cessão de profissionais de saúde mental para atuar nos municípios
- constituição de Centros de Educação Permanente em saúde mental
- definição de incentivos financeiros para apoio à gestão municipal
- parceria na elaboração dos projetos e planos de ação

Outros. Especifique: _____

17 - Que tipo de apoio o estado presta aos municípios na condução da política de saúde mental? **(Assinale quantas julgar necessário)**

apoio financeiro para a implantação de serviços extra-hospitalares

apoio financeiro para a formação de equipes de saúde mental

apoio financeiro para a implantação dos Programas do Ministério da Saúde

capacitação e treinamento de profissionais de saúde mental

apoio na elaboração de um projeto técnico para a substituição do atendimento em hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares

apoio e controle da distribuição de medicamentos de saúde mental nos municípios

o estado tem tido dificuldades para prestar apoio aos municípios

Outros. Especifique: _____

BLOCO 3: COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

1 - No ano de **2002** o Ministério da Saúde iniciou um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS através do *Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria* (PNASH/Psiquiatria) e em **2004** através do *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS* (PRH). O estado já liderava um processo de reestruturação dos hospitais psiquiátricos antes das normativas nacionais?

- sim (Se positivo, responder a questão 2. Se negativo, pular para a questão 3)
- não
- não sabe informar

2 - Que ações já estavam em curso no seu estado? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- avaliação da qualidade do atendimento hospitalar
- redução do porte dos hospitais
- fechamento dos hospitais
- descredenciamento de leitos considerados impróprios para a atenção
- Outros. Especifique: _____

3 – A apresentação dessas normativas nacionais possibilitou a definição de mudanças na política para os macro-hospitais do seu estado? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- sim, porque orientou uma ação nessa área

- sim, porque possibilitou a criação de novos incentivos extra-hospitalares
- sim, mas ainda não suficiente para uma mudança substantiva do estado
- sim, mas foi possível porque o estado também investiu nessa política e buscou a parceria dos municípios
- não, a política nacional não possibilitou uma mudança no âmbito do estado
- Outros. Especifique: _____

4 – Existe no estado algum tipo de serviço referência para a crise em saúde mental?

- sim (Se positivo, responder a questão 5. Se negativo, pular para a questão 6)
- não
- não sabe informar

5 – Qual o tipo de serviço de referência à crise? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- Centro de atenção psicossocial (CAPS)
- Centro de referência para atenção aos usuários de álcool e drogas
- Centro de referência para o atendimento de crianças e adolescentes
- Centro de atenção psicossocial do tipo III
- Hospital geral
- Hospital psiquiátrico
- Emergência Psiquiátrica
- Outros. Especifique: _____ (aberta)

6 - O estado definiu algum tipo de serviço(s) ou iniciativa(s) de saúde mental não previsto na normativa federal, ou seja, não previsto nos documentos do Ministério da Saúde?

sim. Especifique: _____ **(Faça uma breve descrição da proposta)**

não

não sabe informar

7 - O estado possui uma Central de regulação de internação psiquiátrica?

sim (Se positivo, responder as questões de 8 a 12. Se negativo, pular para a questão 13)

não

não sabe informar

8 - Desde quando funciona a Central de regulação de internação psiquiátrica? _____ ano não sabe informar

9 - A Central estabelece um protocolo clínico-assistencial único para as urgências e emergências em saúde mental?

sim

não

não sabe informar

10 - A Central estabelece uma central de vagas regionalizada de internação em saúde mental que estabeleça mecanismos de referência e contra-referência?

sim

não

não sabe informar

11 – A Central consegue identificar as reinternações?

sim

não

não sabe informar

12 – A Central possibilita o uso pela Coordenação das informações para uma prática de planejamento das ações? (**Assinale apenas uma alternativa**)

sim, mas ainda com muitas restrições

sim, tem sido um importante instrumento para o planejamento

não, a Central é apenas um instrumento de controle dos leitos

Outros. Especifique: _____

13 - O estado produz algum dado sobre os pacientes com mais de dois anos de internação?

sim (Se positivo, responder a questão 14. Se negativo, pular para a questão 15)

não

não sabe informar

14 – Qual é o número total de pacientes com mais de dois anos de internação no estado? _____ não sabe informar

15 – Quais as dificuldades do estado para diminuir o número de reinternações? (**Assinale quantas julgar necessário**)

número de serviços extra-hospitalares menor que a demanda

dificuldade dos CAPS se constituírem como um serviço de atenção à crise

cultura local

superlotação dos serviços extra-hospitalares

Outros. Especifique: _____

16 - O estado desenvolve algum programa estadual na área de saúde mental de iniciativa própria, que não tenha sido inicialmente formulado pelo Ministério da Saúde?

sim. (Se positivo, responder as questões 17 e 18. Se negativo, pular para a questão 19).

não

17 - Qual é o nome do(s) Programa(s) Estadual? _____

Especifique: _____ (**Faça uma breve descrição da proposta do Programa**)

18 - Existem parcerias com outros entes e entidades na condução deste programa?

sim. Especifique: _____

não

não sabe informar

19 – Existem áreas da Secretaria de Saúde parceiras da Coordenação de Saúde Mental no desenvolvimento da política de saúde mental no estado?

sim (Se positivo, responder as questões 20 e 21. Se negativo, pular para a questão 22)

não

não sabe informar

20 - Qual(is) área(s) da Secretaria de Saúde? _____ (aberta) (Ex: Vigilância sanitária, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher e da Criança, DST/AIDS e outras)

21 - Existem projetos, documentos, resoluções ou situações que tenham sido produzidos em parceria com essas áreas que possam expressar essa atuação conjunta?

sim (**Anexar o documento ou mandar por fax, se possível**)

não existe um documento formal, mas existe tal ação. Especifique: _____

não

não sabe informar

22 - Existem projetos ou parcerias da área de saúde mental com outras Secretarias do próprio estado ou Entidades (Universidades, Ministério Público, Organizações Não-Governamentais e outros)?

sim (Se positivo, responder as questões 23 e 24. Se negativo, pular para a questão 25)

não

não sabe informar

23 - Com que Secretaria(s) ou Entidade(s)? Especifique: _____ (Ex: Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer, Universidades, Ministério Público, ONGs, entidades filantrópicas).

24 - Que tipo de parcerias foi realizado com esta(s) Secretaria(s) ou Entidade(s)? Especifique: _____. **Anexar documento ilustrando a última parceria ou projeto em vigor que julgue importante.** (Exemplos de parceria: Projetos de geração de renda para usuários de saúde mental, financiamento de moradias, pesquisas em saúde mental, assistência domiciliar, cursos profissionalizantes, etc)

25 - Existem projetos no âmbito do estado voltados para a saúde mental desenvolvidos por outras áreas e Secretarias do estado ou Entidades **que não contem** com a parceria da Coordenação de saúde mental e da Secretaria Estadual de Saúde?

sim. Especifique: _____ (Se positivo, responder a questão 26. Se negativo, pular para a questão 27)

não

não sabe informar

26 - Que tipo(s) de projeto(s) é realizado por esta(s) Secretaria(s) ou área(s) ou Entidade(s)? _____ (Faça uma breve descrição do projeto)

27 - Existe parceria do estado com o governo federal na área da saúde mental para o desenvolvimento de outras ações não previstas nas normativas? (Ex: realização de censos, projetos, programas, fóruns etc.)

sim (Se positivo, responder a questão 28. Se negativo, pular para a questão 29)

não

28 - Com que Secretaria(s) ou área(s) do governo Federal? Especifique: _____ (ex: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Ministério da Cultura, Ministério do Trabalho, etc.)

29 - O Conselho Estadual de Saúde possui uma Comissão Estadual de Saúde Mental?

sim

não

não sabe informar

30 - A coordenação divulga os resultados da política de saúde mental ou fornece informações sobre a situação da política de saúde mental no estado ao Conselho Estadual de Saúde?

- sim, está previsto na programação do próprio Conselho
- sim, como rotina da Coordenação
- sim, quando solicitado
- não, nunca foi apresentado
- não sabe informar

31 – Existem ações da Coordenação de Saúde Mental do estado que visem integrar a comunidade à discussão da política de saúde mental em curso?

- sim. Especifique a ação: _____
- não
- não sabe informar

BLOCO 4: FINANCIAMENTO

1 – O estado define um percentual de recursos do orçamento da saúde para o financiamento e desenvolvimento das ações de saúde mental? **(Assinale apenas uma alternativa)**

- sim. Qual o percentual? _____
- não, o estado não define um percentual mínimo
- não, o estado investe os recursos conforme as demandas e necessidades que se apresentam
- não sabe informar

2 - O estado define critérios para a transferência e alocação de recursos próprios no desenvolvimento das ações de saúde mental nos municípios? **(Assinale apenas uma alternativa)**

- sim, para investimentos e custeio (Se positivo, responder a questão 3. Se negativo, pular para a questão 4)
- sim, apenas para custeio
- sim, apenas para investimentos
- não, o estado não aloca recursos próprios no desenvolvimento das ações de saúde mental nos municípios
- não sabe informar

3 - Qual (ais) critério(s) utilizado(s)? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- municípios mais populosos
- municípios de fácil acesso geográfico

- municípios com unidades psiquiátricas desativadas
- municípios com carência de serviços e ações de saúde mental
- municípios com dificuldade de custear sozinho serviços extra-hospitalares
- Outros. Especifique: _____

4 - As prioridades do gasto estadual no desenvolvimento das ações de saúde mental incidem sobre que áreas? **(Colocar em escala de 1 a 10 o que é mais prioritário. Se existir igual prioridade pode ser assinalado a mesma escala. Só assinalar o que for pertinente ao caso)**

- atenção diária (CAPS e NAPS)
- moradia (Serviços Residenciais Terapêuticos, lares abrigados)
- atenção básica (NASF, PSF, Equipes matriciais de referência em saúde mental)
- leitos psiquiátricos em hospital geral
- atenção à dependência química
- atenção à infância a à adolescência
- programas de geração de renda e cooperativas de trabalho
- assistência farmacêutica em saúde mental
- assistência domiciliar
- cuidadores de saúde mental
- centros de formação e capacitação em saúde mental
- pesquisa em saúde mental
- promoção de fóruns, publicações, boletins informativos e campanhas de saúde mental

não existem prioridades do gasto estadual para o desenvolvimento das ações de saúde mental

Outros. Especifique _____

5 – Qual a relação dos gastos em saúde mental do estado comparando os recursos destinados à assistência extra-hospitalar e à assistência hospitalar?

(Considere apenas o orçamento estadual) **(Assinale apenas uma alternativa)**

os gastos com a assistência extra-hospitalares superam os gastos com a assistência hospitalar. Informe o percentual se for possível: _____

os gastos com a assistência hospitalar superam os gastos com a assistência extra-hospitalar. Informe o percentual se for possível: _____

os gastos com assistência hospitalar e extra-hospitalar se equivalem

não sabe informar

6 - O recursos financeiros federais destinados ao desenvolvimento das ações de saúde mental estão previstos na Programação Pactuada e Integrada (PPI)?

sim. Especifique de que forma: _____

não

não sabe informar

BLOCO 5: ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

1 - A coordenação emite relatórios técnicos contendo análises, avaliações e o acompanhamento da política de saúde mental do seu estado?

sim (Se positivo, responder as questões 2 e 3. Se negativo, pular para a questão 4)

não

não sabe informar

2 – Com que frequência são feitos esses relatórios? _____ não sabe informar

3 - Estes dados são disponibilizados às coordenações de saúde mental dos municípios?

sim

não

não sabe informar

4 - O estado possui um Grupo Técnico de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental?

sim

não

não sabe informar

5 - Qual(is) o(s) principal(ais) tipo(s) de acompanhamento e monitoramento que o estado exerce sobre as ações e serviços de saúde mental? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- supervisão clínico- institucional dos serviços de saúde mental
- realização de censos clínicos e psicossociais de pacientes internados em hospitais psiquiátricos
- controle do número de leitos e da rotatividade
- elaboração de diagnósticos
- controle da reserva de leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos, privados e filantrópicos credenciados ao SUS
- controle da distribuição de medicamentos psiquiátricos nos municípios
- controle da internação de usuários de álcool e drogas em hospitais gerais
- controle e definição dos serviços de saúde mental que atuam como porta-de- entrada
- controle da porta-de-entrada das internações hospitalares
- estabelecimento de protocolos de regulação para as urgências e emergências em saúde mental
- supervisão e avaliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
- o estado não exerce controle sobre as ações e serviços de saúde mental
- Outros. Especifique: _____

6 – O estado participou do Projeto **AVALIAR CAPS** realizado nos anos 2004-2005?

- sim
- não
- não sabe informar

7 - Na avaliação da coordenação estadual, qual é a situação dos CAPS em funcionamento no estado (estaduais e municipais). Descreva brevemente o panorama da situação de acordo com as questões indicadas a seguir:

7.1 - Com relação às instalações físicas: _____

7.2 - Com relação à disponibilidade de profissionais: _____

7.3 - Com relação ao modelo assistencial: _____

7.4 - Com relação ao atendimento à crise: _____

7.5 - Com relação à clientela: _____

BLOCO 6: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

1 - O estado possui a gestão de algum serviço de saúde mental?

- sim (Se positivo, responder a questão 2. Se negativo, pular para a questão 3)
- não
- não sabe informar

2 - De que tipo? (**Assinale quantas julgar necessário**)

- hospital psiquiátrico
- centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo I
- centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo II
- centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo III
- centro de atenção psicossocial no atendimento aos usuários de álcool e drogas (CAPSad)
- centro de atenção psicossocial no atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi)
- ambulatórios de saúde mental
- serviços residenciais terapêuticos (SRTs)
- Outros. Especifique: _____

3 - Houve alguma situação em que o estado teve que assumir a gestão de um serviço de saúde mental por situação de carência de serviços de saúde mental e/ou de omissão do gestor municipal?

sim (Se positivo, responder a questão 4. Se negativo, pular para a questão 5)

não

não sabe informar

4 - Qual foi o tipo de serviço? (**Assinale quantas julgar necessário**)

centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo I

centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo II

centro de atenção psicossocial (CAPS) do tipo III

centro de atenção psicossocial no atendimento aos usuários de álcool e drogas (CAPSad)

centro de atenção psicossocial no atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi)

serviços residenciais terapêuticos (SRTs)

ambulatórios de saúde mental

hospital psiquiátrico

Outros. Especifique: _____

5 - Qual o número total de leitos psiquiátricos no estado? _____ não sabe informar

6 - Quantos são os leitos de longa permanência ocupados? _____ não sabe informar

7 - O estado possui alguma experiência exitosa na área de saúde mental? (Entende-se por experiência exitosa uma prática de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental).

sim (Se positivo, responder as questões 8 e 9)

não

não sabe informar

8 - Qual(is) experiência(s)? _____ (Ex: projetos, criação de serviços, programas etc) **(Faça uma breve descrição da experiência).**

9 - Este projeto é desenvolvido em parceria com outras Secretarias ou demais entidades?

sim. Especifique a parceria: _____

não

não sabe informar

BLOCO 7: FUNÇÕES DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

1 - Quais são as principais funções do seu estado na política de saúde mental no momento? **(Colocar em escala de 1 a 10 as principais funções. Se existir igual prioridade pode ser assinalado a mesma escala. Só assinalar o que for pertinente ao caso)**

- controle do número de leitos e da rotatividade
- controle, avaliação e acompanhamento das ações e serviços de saúde mental
- supervisão dos municípios
- supervisão dos SRTs
- inspeção física de leitos
- executar serviços na área de saúde mental
- controle e definição dos serviços de saúde mental que atuam como porta-de-entrada no estado
- aporte de recursos financeiros para os municípios
- aporte de recursos humanos e materiais para os municípios
- investimento na formação e capacitação de recursos humanos para a saúde mental
- formular políticas conforme as especificidades regionais
- Outro. Especifique: _____

2 - Onde estão os principais desafios na condução da política de saúde mental no seu estado? **(Assinale quantas julgar necessário)**

- recursos federais escassos
- recursos estaduais escassos

- recursos municipais escassos
- baixa cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- baixa cobertura de Centro de Atenção Psicossocial no atendimento aos usuários de álcool e drogas (CAPSad)
- baixa cobertura de Centro de Atenção Psicossocial no atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi)
- dificuldade de articulação dos programas municipais de saúde mental com outras áreas e setores
- resistência da população.
- ausência de profissionais capacitados
- diminuição no número de psiquiatras disponíveis no mercado
- pouca permeabilidade da formação em saúde ao debate da Reforma Psiquiátrica
- normatização da política no âmbito nacional – rigidez normativa
- a saúde mental não é uma política prioritária frente às demais áreas da saúde no estado
- pouca adesão das coordenações municipais de saúde mental na implantação dos programas federais de saúde mental
- pouca adesão das coordenações municipais de saúde mental na implantação dos programas estaduais de saúde mental
- cultura institucional gera dificuldades para a reformulação do modelo.
- Outros. Especifique: _____

Anexo D – Ilustrações

Quadro Descritivo 1. Principais portarias e outros documentos legais federais da política nacional de saúde mental no período 1990-2009.

	Documentos
1.	GM nº 423, de 29 de março de 1990
2.	GM nº 974, de 16 de julho de 1990
3.	SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991
4.	SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992
5.	SNAS nº 247, de 27 de fevereiro de 1992
6.	GM nº 1106, de 19 de outubro de 1992
7.	SAS nº 407, de 30 de junho 1992
8.	SAS nº 408, de 30 de dezembro 1992
9.	SAS nº 47, de 18 de março de 1993
10.	SAS nº 63, de 30 de abril de 1993
11.	SAS nº 88, de 21 de julho de 1993
12.	Resolução CNS nº 93, de 2 de dezembro de 1993
13.	SAS nº 180, de 28 de dezembro de 1993
14.	SAS nº 19, de 7 de fevereiro de 1994
15.	SAS nº 22, de 10 de fevereiro de 1994
16.	GM nº 1107, de 14 de junho de 1994
17.	Resolução CNS nº 116, de 9 de junho de 1994
18.	Resolução CNS nº 128, de 4 de agosto de 1994
19.	Resolução CNS nº 129, de 4 de agosto de 1994
20.	Resolução CNS nº 130, de 4 de agosto de 1994
21.	SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994
22.	SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994
23.	Resolução CNS nº 134, de 1º de setembro de 1994

24.	GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994
25.	Resolução CNS nº 145, 17 de novembro de 1994
26.	SAS nº 229, 16 de dezembro de 1994
27.	Resolução CNS nº 159, 06 de julho de 1995
28.	SAS nº 66, 17 de julho de 1995
29.	SAS nº 93, 22 de agosto de 1995
30.	SAS nº 94, 24 de agosto de 1995
31.	SAS nº 15, de 17 de janeiro de 1996
32.	SAS nº 119, de 12 de julho de 1996
33.	Resolução CNS nº 194, de 07 de agosto de 1996
34.	SAS nº 193, de 17 de outubro de 1996
35.	Resolução CNS nº 210, de 05 de dezembro de 1996
36.	Resolução CNS nº 215, de 06 de fevereiro de 1997
37.	Resolução CNS nº 272, de 05 de março de 1998
38.	GM nº 2.925, de 9 de junho de 1998
39.	GM nº 3.902, de 30 de outubro de 1998
40.	GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999
41.	Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999
42.	Resolução CNS nº 298, de 02 de dezembro de 1999
43.	GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000
44.	SAS nº 116, de 10 de abril de 2000
45.	GM nº 397, de 12 de abril de 2000
46.	GM nº 799, de 19 de julho de 2000
47.	SAS nº 272, de 28 de julho de 2000
48.	SAS nº 306, de 31 de agosto de 2000.
49.	GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000
50.	GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001

51.	GM nº 94, de 25 de janeiro de 2001
52.	GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001
53.	SAS nº 111, de 3 de abril de 2001
54.	GM nº 469, de 6 de abril de 2001
55.	Resolução CNS nº 310, de 05 de abril de 2001
56.	Recomendação CNS nº 007 de 05 de abril de 2001
57.	Recomendação CNS nº 013, de 05 de abril de 2001
58.	Recomendação CNS nº 014, de 05 de abril de 2001
59.	Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001
60.	GM nº 843, de 8 de junho de 2001
61.	SAS nº 382, de 13 de setembro de 2001
62.	GM nº 1.058, de 18 de julho de 2001
63.	GM nº 1.086, de 27 de julho de 2001
64.	SPS/SAS nº 67, de 27 de agosto de 2001
65.	GM nº 1.842 de 03 de outubro de 2001
66.	GM nº 1.844, de 03 de outubro de 2001
67.	GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002
68.	SAS nº189, de 20 de março de 2002
69.	SAS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002
70.	GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002
71.	GM nº 626, de 1º de abril de 2002
72.	GM Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002
73.	GM nº 816, de 30 de abril de 2002
74.	GM nº 817, de 30 de abril de 2002
75.	SAS nº 305, de 3 de maio de 2002
76.	GM nº 1.467, de 14 de agosto de 2002
77.	Resolução CNS nº 318, de 05 de setembro de 2002
78.	GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002

79.	SAS nº 709, de 4 de outubro de 2002
80.	SAS nº 728, de 10 de outubro de 2002
81.	SAS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002
82.	GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002
83.	GM nº 457, de 16 de abril de 2003
84.	Recomendação CNS nº 004, de 08 de maio de 2003
85.	Recomendação CNS nº 006, de 08 de maio de 2003.
86.	Recomendação CNS nº 008, de 08 de maio de 2003
87.	Recomendação CNS nº 009, de 08 de maio de 2003.
88.	Decreto de 28 de maio de 2003
89.	SAS nº 150, de 18 de junho de 2003
90.	Recomendação CNS nº 012, de 03 de julho de 2003
91.	Recomendação CNS nº 013, de 03 de julho de 2003
92.	GM nº 1.455, de 30 de julho de 2003
93.	Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003
94.	SE nº 391, de 7 de agosto de 2003
95.	Deliberação CNS nº 002, de 04 de setembro de 2003
96.	GM Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003
97.	GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003
98.	GM nº 1.947, de 10 de outubro de 2003
99.	GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003
100.	GM nº 2.078, de 31 de outubro de 2003
101.	GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004
102.	GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004
103.	GM nº 358, de 9 de março de 2004
104.	GM nº 1.102, de 4 de junho de 2004
105.	Resolução CNPCP nº 3, de 04 de maio de 2004

106.	Resolução CNPCP nº 5, de 04 de maio de 2004
107.	GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004
108.	GM nº 1.628, de 4 de agosto de 2004
109.	GM nº 2.068, de 24 de setembro de 2004
110.	Recomendação CNS nº 004, de 07 de outubro de 2004
111.	GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004
112.	GM nº 222, de 14 de fevereiro de 2005
113.	GM nº 245, de 17 de fevereiro de 2005
114.	GM nº 246, de 17 de fevereiro de 2005
115.	Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005
116.	GM nº 429, de 22 de março de 2005
117.	Portaria nº 304, de 13 de junho de 2005
118.	Portaria nº 305, de 13 de junho de 2005
119.	GM nº 1.027, de 1 de julho de 2005
120.	GM nº 1028, de 1º de julho de 2005
121.	GM nº 1.059, de 4 de julho de 2005
122.	GM nº 384, de 5 de julho de 2005
123.	GM nº 1.174, de 7 de julho de 2005
124.	GM nº 395, de 7 de julho de 2005
125.	Portaria nº 396, de 7 de julho de 2005
126.	GM nº 1.169, de 7 de julho de 2005
127.	GM nº 1.612, de 9 de setembro de 2005
128.	Resolução CNS nº 355, de 15 de setembro de 2005
129.	GM nº 466, de 6 de março de 2006
130.	GM nº 678, de 30 de março de 2006
131.	GM nº 1097, de 22 de maio de 2006
132.	Portaria Interministerial nº 1055, de 17 de maio de 2006
133.	GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006

134.	Portaria nº 748, de 10 de outubro de 2006
135.	Portaria Interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006
136.	GM nº 524, de 8 de março de 2007
137.	Portaria nº 303, de 7 de maio de 2007
138.	Resolução CNS nº 377, de 14 de junho de 2007
139.	GM nº 2759, de 25 de outubro de 2007
140.	GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008
141.	GM nº 1.899, de 11 de setembro de 2008.
142.	GM nº 2.629, de 28 de outubro de 2009.

Quadro Descritivo 2. Principais leis estaduais de saúde mental

Leis estaduais		
RS	Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992	Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.
CE	Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993	Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.
PE	Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994	Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.
RN	Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995	Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências.
MG	Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995	Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.
PR	Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995	Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.
DF	Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995	Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.
ES	Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996	Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências.
MG	Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997	Altera a Lei no 11.802, de 19 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências.
RJ	Lei nº 3.613, de 18 de julho de 2001	Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.
	Lei nº 3.944, de 10 de setembro de 2002	Dispõe sobre os direitos fundamentais das pessoas usuárias do serviço de saúde mental, e dá outras providências.
PB	Lei nº 7.639, de 23 de julho de 2004	Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba e dá outras providências.
AM	Lei nº 3.177, de 11 de outubro de 2007	Dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e dá outras providências.

Este quadro não esgota o total das produções normativas destes estados.

Quadro Descritivo 3. Principais portarias e outros documentos legais estaduais da política de saúde mental no período 1998-2009.

	Documentos	
SC	Portaria nº 024, de 5 de janeiro de 2001	Constitui comissão para formular a proposta da “Política Estadual de Saúde Mental”, para apreciação pelo Conselho Estadual de Saúde.
	Portaria nº 604, de 10 de julho de 2002	Constitui Comissão de Revisão de Internações Involuntárias de pessoas acometidas de transtornos mentais.
	Portaria nº 1.184, de 25 de novembro de 2005	Constitui o Colegiado de Políticas de Atenção Psicossocial para participar na elaboração do Plano Estadual de Saúde Mental e na definição das estratégias para a sua implementação.
	Portaria nº 398, de 31 de julho de 2007	Institui, em âmbito interinstitucional, o Grupo de Trabalho Interinstitucional com a finalidade de acompanhar e avaliar o processo de desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos.
	Deliberação CIB nº 20, de 2009	Destina incentivo financeiro estadual ao fortalecimento da atenção básica, através do Programa Saúde da Família (PSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
	Deliberação CIB nº 022, de 24 de abril de 2009	Aprova recursos financeiros do co-financiamento da atenção básica para apoiar a fase inicial de funcionamento de novos CAPS e de financiamento de CAPS microrregionais.
	Deliberação CIB nº 023, de 24 de abril de 2009	Instituiu incentivo financeiro estadual aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e Art. 6º da PT GM nº 154/2008 do Ministério da saúde, e define dois tipos de NASF (NASF Santa Catarina 1 e NASF Santa Catarina 2).
RJ	Deliberação CIB nº 54, de 14 de março de 2000	Aprova a primeira etapa do Programa de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para pacientes psiquiátricos de longa permanência.
	Resolução SESDEC nº 235, de 3 de março de 2008	Institui plano estadual de apoio à desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro atrelado à estruturação da rede substitutiva de saúde mental em base territorial.
	Deliberação CIB nº 175, de 11 de março de 2004	Aprova a criação da Comissão de Avaliação e acompanhamento do teto de atenção psicossocial extra-hospitalar no estado do Rio de Janeiro.
	Resolução SESDEC nº 189, de 6 de dezembro de 2007	Estabelece o co-financiamento para as ações de saúde na atenção básica, incluindo indicadores de saúde mental.
MT	Resolução CIB nº 009 de 25 de maio de 2001	Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação e implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso.
	Portaria SES/GS nº 141, de 11 de agosto de 2003	Regulamenta o financiamento do Programa de incentivo à microregionalização da saúde.

MT	Portaria GBSES nº 086, de 16 de junho de 2008	Institui o Colegiado Estadual de Coordenadores de Saúde Mental do Estado do Mato Grosso.
MS	Decreto nº 12.573, de 26 de junho de 2008	Dispõe sobre o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para os Centros de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
MG	Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002	Este Regulamento dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos dos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes e regulamenta as internações, especialmente a involuntária.
DF	Portaria nº 86, de 2004	Oferece atendimento residencial aos pacientes na fase aguda do transtorno, sem a necessidade de internação.
GO	Portaria nº 040, de 2004	Institui Comissão Estadual Revisora das internações psiquiátricas involuntárias.
	Projeto de lei s/nº, de 2006	Dispõe sobre os direitos fundamentais das pessoas acometidas de transtornos mentais, determina a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede atenção integral à saúde mental e dá outras providências.
RS	Resolução CIB nº 075, de 2000	Organiza o fluxo de internação hospitalar em saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul.
	Portaria SES nº 508, de 2001	Regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção a dependentes de substâncias psicoativas do Estado do Rio Grande do Sul.
	Portaria SES nº 16, de 2001	Cria o Comitê de Peritos em Psicofármacos, para apoio à política farmacêutica em saúde mental.
	Projeto de lei nº 200, de 2004	Introduz alterações na Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul.
	Resolução CIB nº 084, de 2006	Pactua a Política e o Plano de Ação Estadual de Enfrentamento à Violência Doméstica.
SP	Resolução SS nº 294, de 29 de agosto de 2007	Institui Grupo de Trabalho para construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.
	Resolução SS nº 84, de 29 de maio de 2009	Institui Grupo de Trabalho para coordenar as ações de regularização de Registro Civil de nascimento dos pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo
	Decreto nº 54.067, de 27 de fevereiro de 2009	Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, o Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Baixada Santista e dá providências correlatas.

Este quadro não esgota o total das produções normativas destes estados.

