

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Ronaldo Alves Duarte
Professor do Curso de Serviço Social da Universidade do Estado de Minas Gerais – campus
Divinópolis.
Assistente Social do Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis -MG

Resumo

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar como estava sendo implementada a política de saúde mental brasileira em cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI), buscando identificar e compreender a sua organização local – o como e o porquê desta – e, ainda, que configurações particulares tal organização impunha à materialização da política nacional no âmbito local. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo que incluiu a abordagem de dezoito pessoas, subdivididas em três grupos distintos: gestores, conselheiros e trabalhadores. A pesquisa foi realizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais, nos municípios de Divinópolis, Conceição do Pará, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste e Perdígão. Entre outras constatações, verificou-se que implementação da política social de saúde mental pelos contextos estudados apresenta configurações muito específicas, fruto das particularidades dos municípios brasileiros.

Autorização legal: Pesquisa devidamente registrada e autorizada pelo COEP, via Plataforma Brasil, sob número de protocolo CAAE 61233316.5.0000.5243 e número de parecer 2.102.747.

Palavras-chave: Análise de Política; Regionalização e Municipalização da Saúde; Portadores de Sofrimento Mental

Apoio financeiro: CAPES

Introdução

No Brasil, o cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental privilegiou uma concepção hospitalocêntrica cuja principal estratégia de intervenção era o isolamento da pessoa de seu meio social e familiar, com o objetivo restrito de tratar a doença e eliminar os sintomas dela decorrentes. Prevalecendo até as décadas de 1970/1980, essa concepção chocou-se frontalmente, a partir daí, com um novo paradigma de cuidado preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Sob esse novo enquadramento, a transformação no modelo assistencial passou a apresentar uma proposta que dependia cada vez mais de uma participação mais efetiva da sociedade.

Nesse percurso, todas as mudanças empreendidas na e pela política de saúde mental brasileira ocorreram simultaneamente a diversas transformações sociais, culturais, demográficas e econômicas vivenciadas pelo país. Somou-se a isso, o fato de que a descentralização político-administrativa e a regionalização das ações e serviços de saúde postas como princípios e diretrizes do SUS fizeram do município o espaço por excelência de execução das ações e prestação direta de serviços assistenciais em saúde.

Assim, o município passou a ser o principal ente federativo brasileiro responsável por implementar as políticas de saúde, o que incluía a saúde mental. Isso fez com que a enorme diversidade de realidade social, política, econômica e cultural dos municípios brasileiros influenciasse diretamente a forma como esta política seria implementada.

Diante desse cenário, surgiu o problema de pesquisa sobre o qual se deteve este estudo: como a política nacional de saúde mental, em vigor no Brasil deste início de século XXI, veio sendo implementada em nível loco-regional? Almejando alcançar respostas para a problematização acima apresentada, o trabalho de pesquisa realizado teve como objetivo geral analisar como estava sendo implementada a política de saúde mental brasileira em cinco municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI), buscando identificar e compreender a sua organização local – o como e o porquê desta – e, ainda, que configurações particulares tal organização impunha à materialização da política nacional no âmbito local.

Metodologia

A pesquisa foi realizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais, focando-se em cinco municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica (CISVI), sendo eles: Divinópolis, Conceição do Pará, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste e Perdígão.

Foram abordadas dezoito pessoas, subdivididas em três grupos distintos: gestores, conselheiros e trabalhadores. Participaram da pesquisa cinco gestores de saúde, sendo um gestor de cada um dos municípios

pesquisados. O critério de inclusão estabelecido para esse grupo foi o gestor estar em exercício na função de gestor municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. No que diz respeito aos Conselheiros de Saúde, também foram abordados cinco deles, sendo um de cada município. O critério de inclusão para este grupo, foi estar em exercício na função conselheiro municipal de saúde na ocasião em que ocorreu a coleta dos dados. Quanto aos trabalhadores, foram entrevistados oito deles, dentre os quais estavam técnicos de nível superior, tais como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

Tal qual ocorrido com os dois grupos anteriores, foram incluídos entre os trabalhadores, os profissionais que estavam exercendo sua função como servidores públicos municipais de saúde – concursados ou contratados – na ocasião em que ocorreu a coleta de dados. Quando da existência de múltiplos profissionais nos setores contemplados pela investigação, foi dada preferência ao servidor público municipal cuja prática profissional estivesse voltada para algum tipo de trabalho desenvolvido com a pessoa com transtorno mental. Finalmente, ainda em relação à composição do grupo de trabalhadores ouvidos na investigação, foi convidado um profissional de cada um dos municípios menores e quatro profissionais do município de Divinópolis, polo da região pesquisada.

Realizada entre os anos de 2016 e 2017, a coleta dos depoimentos dos três grupos participantes se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais “combin[aram] perguntas fechadas e abertas, em que o[s] entrevistado[s] teve[tiveram]a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender[em] à indagação formulada” (MINAYO, 2013, p. 261). As entrevistas possibilitaram recolher junto aos entrevistados, depoimentos capazes de subsidiar um melhor entendimento acerca das nuances loco-regionais da implementação da política nacional de saúde mental, dando visibilidade a aspectos que a restrição às pesquisas documental e bibliográfica não permitiria capturar. Todas as entrevistas foram registradas em gravador eletrônico, posteriormente transcritas e, em seguida, analisadas.

Para a análise dos depoimentos coletados, adotou-se a perspectiva de leitura dos discursos proposta pelo filósofo francês Michel Foucault, perspectiva mais produtiva para verificar que política era *construída* ou que política era *fabricada* pelos discursos proferidos acerca dela (Cf. FOUCAULT, 1995,1996).

Resultados e Discussão

A análise dos discursos reunidos neste estudo possibilitou a constatação de que o sistema de saúde municipal das cidades que compõem o consórcio estudado, embora se oriente pelas diretrizes e princípios do SUS, tem uma estrutura organizacional de serviços de saúde de acordo com as características particulares que possuem e com a capacidade instalada de que dispõem. Nesse contexto, as particularidades estruturais, administrativas, políticas, sociais e econômicas de cada um dos cinco municípios, somadas à fragilidade política e institucional do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapeçerica – no que diz respeito aos serviços e ações na área da saúde mental – fizeram com que a política de saúde mental no âmbito dessas cidades fosse implementada seguindo trajetórias locais bastante particulares.

Nesse âmbito, a investigação realizada permitiu verificar que o principal desdobramento dessa conjuntura foi a ocorrência de diversos vazios assistenciais na área da saúde mental, sobretudo em relação aos serviços e ações para o público infante-juvenil e para as pessoas com problemas decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas, público este que, como tem sido amplamente reconhecido pela sociedade e pelas fontes governamentais, é o que tem mais necessitado das ações do Estado no Brasil recente.

Em relação à organização da política de saúde mental no grupo de municípios investigados, constatou-se que ela não tem sido planejada a partir de critérios técnicos alinhados com aquilo que foi preceituado pela Regionalização, sobretudo, no que diz respeito à formação das Regiões e Redes de Saúde com acessibilidade e integralidade. Ao contrário disso, a investigação permitiu constatar que o que impera é a supremacia de interesses pessoais e político-partidários. Configura-se, assim, um elemento que tem impactado negativamente a implementação da política de saúde mental nas cidades pesquisadas, uma vez que, por um lado, há uma sobrecarga do município de Divinópolis que, por ser polo, assume o atendimento em saúde mental de uma população de outras quatro cidades, sem entretanto, receber recursos financeiros para tal. Por outro lado, coloca a saúde mental dos demais municípios em uma situação de vulnerabilidade, já que as ações e os serviços prestados nesta área ficam à mercê da ‘boa vontade’ de grupos de interesse político-partidários específicos, cuja tomada de decisão, como já mencionado, não se orienta por critérios técnicos e/ou comprometidos com os princípios da Regionalização da política de saúde, tampouco com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Dentre os principais fatores condicionantes da implementação da política de saúde mental no contexto dos municípios pesquisados, destacam-se: falta de institucionalidade da política pública de saúde mental (alguns municípios, sequer têm Planos Municipais de Saúde, por exemplo); enorme fragilidade das instâncias de controle social como os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde, que existem nos municípios como ‘figura ilustrativa’ meramente para cumprir as exigências da legislação; falta de experiência e de preparo técnico dos gestores municipais de saúde para gerirem uma política pública com a complexidade que possui a política de saúde; grande fragilidade administrativa apresentada pelos municípios, sobretudo os com pequena quantidade de habitantes, que não possuem equipe técnica para auxiliar o gestor municipal de saúde a desencadear o processo de implementação da política pública de saúde; excesso de funcionários contratados, em detrimento dos concursados, gerando uma enorme rotatividade entre os trabalhadores e fazendo com que se perpetue, por parte dos recém-contratados, um contínuo ‘aprendizado’ sobre a política pública de saúde mental; forte interferência de forças político-partidárias e de alguns segmentos conservadores locais, sobretudo no que diz respeito às ações voltadas para o público com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e

outras drogas; ausência de cooperação entre os entes federados, sobretudo entre os próprios municípios.

Conclusões

A atual política pública de saúde mental brasileira, – orientada pela perspectiva do cuidado integral, descentralizada adotando a perspectiva da regionalização e organizada em conformidade com as Redes de Saúde – é resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos inúmeros atores sociais e políticos presentes nesta área. Logo, como ocorre com qualquer política pública e social, sem se manter isolada e imune aos efeitos da conjuntura social, econômica, política e cultural, essa política veio sendo forjada em um complexo jogo de disputas de poderes marcado por momentos ora de aceitação, ora de resistências. Como consequência disso, quando *lidos* os contextos dos cinco municípios analisados na investigação que deu origem a este texto, foi possível confirmar que, quando da implementação desta política social pelos municípios, em características loco-regionais bastante específicas, surgem configurações muito particulares na execução da política de saúde mental brasileira.

Nestes termos, a investigação empreendida possibilitou a comprovação do argumento das hipóteses iniciais do estudo, confirmando que, por um lado, os ganhos político-sociais das pessoas com transtorno mental ocorridos desde a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, vieram repercutindo em um alinhamento da política social brasileira de saúde mental com a perspectiva do cuidado integral; por outro lado, essa repercussão materializada no discurso legislativo tem evidenciado, quando da implementação desta política social pelos municípios estudados, configurações muito específicas da execução da política de saúde mental brasileira. Cenário que precisa ser cada vez mais conhecido e divulgado para que os ajustes refinamentos inerentes à execução de uma política pública como a de saúde mental possam, de fato, resultar em melhorias efetivas do atendimento do usuário.

Referências bibliográficas

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Arqueologia do saber**. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p