

O Financiamento Federal em Saúde Mental no Brasil após aprovação da Lei de saúde mental

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira¹

A institucionalização dos direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais no Brasil ocorre com a aprovação da Lei 10. 216/2001, conhecida como a Lei de Saúde Mental, quais sejam, a reversão do modelo hospitalar e a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária, que garanta o processo de reinserção social da pessoa com sofrimento psíquico. O objetivo deste artigo é analisar os gastos de saúde mental a nível federal no Brasil a partir da Lei de Saúde Mental, a fim de identificar se o financiamento das ações e serviços reafirmam os princípios dessa lei. Pesquisa documental realizada em Relatório Nacional de Saúde Mental 2003-2006, 2007-2010, 2011-2014; Saúde Mental em Dados nº12; dados do E-SIC enviados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Analisamos ainda os sistemas de informações que se constituem em bancos de dados do governo Federal (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP). A partir de 2006 houve um aumento no percentual de recursos destinados a ações extra-hospitalares e diminuição das ações hospitalares, no entanto esta inversão não significa a consolidação da Lei 10.216/2001, considerando que ao longo dos anos tem sido gradualmente reduzido investimento em programas e serviços que promovam a reinserção social. Constata-se que o maior percentual de recursos destinou-se à aquisição de medicamentos, que em todos os anos representou um terço a mais do percentual gasto com ações extra-hospitalares, chegando em 2013 e 2014 a um percentual maior que 50%. Tal fato pode indicar a reprodução da lógica manicomial em que se cria novas instituições, mas estas não superam o paradigma médico-hospitalocêntrico-medicamentoso, tendo em vista a supremacia do corporativismo médico, a insuficiência de equipamentos de Saúde Mental nos Territórios e a influência das indústrias farmacêuticas. Nesse caso, podemos afirmar que

¹ Aluna do Programa de pós-graduação em política social (PPGPS) (doutorado) da Universidade Federal do Espírito Santo.

ocorreu a desospitalização (saída da instituição hospitalar), mas não a desinstitucionalização (superação da lógica manicomial), necessária para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e afirmação da Lei 10.216/2001.

Palavras-chave: saúde mental; desinstitucionalização; financiamento

Introdução

Este trabalho objetiva analisar os gastos da saúde mental em nível federal no Brasil a partir da aprovação da Lei 10.216 em 2001 (Lei da Saúde Mental) (Brasil, 2001), buscando identificar se o financiamento das ações e serviços reafirmam os princípios da referida lei, quais sejam, a reversão do modelo hospitalar e a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária, que atenda à necessidade da população que demanda pelos serviços de saúde mental.

Consideramos que os dados hoje disponíveis pela Organização Mundial da Saúde (Who, 2013) indicam que há divergência entre a necessidade de oferta de tratamento e o que é demandado pela população que sofre com transtornos mentais. Em seu plano 2013-2020 para a saúde mental, a OMS aponta que em países pobres entre 76% e 85% das pessoas que demandam pelo serviço não conseguem acessar o tratamento e nos países desenvolvidos esse percentual gira em torno de 35% a 50%. Esse quadro agrava-se ainda mais quando se avalia a qualidade do serviço prestado. Outro dado da OMS refere-se à despesa anual global com a saúde mental. A OMS registra o gasto de US\$ 2,00 pessoa/ano em países desenvolvidos e, no caso dos países subdesenvolvidos esse valor cai para US\$ 0,25 pessoa/ano. Há ainda um agravamento - 67% desses recursos são gastos com internações em hospitais psiquiátricos (usualmente associado à baixa qualidade de serviço e a violação de direitos humanos) (Who, 2013). Outro dado preocupante é que em apenas 49% dos países subdesenvolvidos existem movimentos sociais em defesa da saúde mental, enquanto que esses movimentos existem em 83% dos países desenvolvidos.

Esses dados nos leva a reflexão de que a Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil caracteriza-se por um processo lento e recente. Nesse processo, analisar os gastos federais possibilita entender os rumos que essa política vem assumindo no país.

A política de saúde mental brasileira e a questão do financiamento

O debate sobre a necessidade de reforma e implementação de uma política voltada para a pessoa com sofrimento mental no Brasil, foi colocada em pauta quando grupos de profissionais, familiares e pessoas com transtornos mentais se mobilizaram denunciando o tratamento desumano oferecido às pessoas com sofrimento mental. Esses grupos iniciaram um debate em torno da necessidade de uma Reforma Psiquiátrica que reorganizasse todo o processo de cuidar do sujeito com sofrimento e que assegurasse a reversão do modelo com garantia de financiamento (Vasconcelos, 2008).

A institucionalização da proteção e dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais, no Brasil, ocorre com a aprovação da Lei da Saúde Mental (10.216 de 2001), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira². Essa lei, que apesar de não assegurar todas as aspirações do movimento pela Reforma Psiquiátrica, revoga a arcaica legislação de saúde mental vigente até então e define um novo modelo de atenção à saúde mental. A Lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental, requerendo a garantia de recursos financeiros para a constituição de um conjunto de dispositivos assistenciais de base comunitária (Brasil, 2001). A aprovação da Lei da saúde mental ocorre num momento em que o financiamento apresentava-se como um dos temas mais polêmicos e controversos na agenda política da saúde. Significa dizer que a análise do financiamento da política de saúde mental requer considerar o modo particular em que se constituiu o SUS, num cenário de contrarreforma de direitos sociais e consolidação do ideário neoliberal que implicou na garantia de recursos insuficiente para a implantação do SUS, desde a sua constituição e, a partir de 2000, o (des) financiamento por parte da esfera Federal (Behring & Boschetti, 2006; Carvalho, 2013)³.

A Lei 10.216 representou um marco na configuração da política de saúde mental impulsionando uma série de portarias interministerial para constituição de serviços de base comunitária e redirecionamento de recursos da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar. Mas, antes da aprovação dessa lei, o Ministério da Saúde, na direção do processo de desinstitucionalização, havia editado a Portaria 106 de Fevereiro de 2000,

² A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005).

³ Sugiro aprofundar essa discussão em Marques & Mendes (2010) e Carvalho (2013).

que prevê a instituição de casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade, destituídos de laços familiares, denominados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Eles se colocam como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade (Brasil, 2004). Após a aprovação da Lei 10.216, o Ministério da Saúde edita uma série de portarias com o objetivo de efetivar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A portaria nº 52 de 2002 institui o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS, possibilitando a redução progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos, especialmente nos hospitais de maior porte, além do descredenciamento de alguns hospitais psiquiátricos; a portaria 2.276 de 2002 cria a Comissão Nacional de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS; a portaria nº 336 de 2002 estabelece três modalidades de serviços para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com garantia de financiamento; a Lei Federal 10.708 de 2003 cria o Programa de Volta Para Casa, garantindo auxílio ao usuário do programa para assisti-lo no retorno para Casa. Tais normativas vêm na direção da configuração e consolidação de um conjunto de dispositivos assistenciais extra-hospitalares de atenção à pessoa com transtornos mentais (Brasil, 2004).

Mais recentemente o Ministério da Saúde editou a portaria n. 3.088 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A portaria tem como uma de suas principais funções atender ao Decreto 7.508 de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Esse decreto institui a organização das Regiões de Saúde que deve conter, no mínimo, ações e serviços de: 1) atenção primária; 2) urgência e emergência; 3) atenção psicossocial; 4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; 5) vigilância em saúde. Significa dizer que, em atendimento ao Decreto 7.508 de 2011, estados e municípios devem organizar-se para garantir que cada Região de Saúde disponha de

uma Rede de Atenção Psicossocial o que teoricamente aponta para um avanço da saúde mental (Brasil, 2011).

A portaria 3.088/11 propõe uma estrutura de ações e serviços que atende aos princípios da reforma psiquiátrica principalmente nos dois últimos níveis de atenção dessa portaria, que aponta para a necessidade do poder público de implementar Estratégias Desinstitucionalizantes com maiores investimentos nos SRTs e no Programa de Volta para Casa e promover a Reabilitação Psicossocial com iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (Brasil, 2011).

A estruturação de Rede de Atenção psicossocial impõe a garantia de orçamento específico para a construção do conjunto de dispositivos assistências previstos na portaria. Desse modo, nossa atenção se volta para os gastos públicos da saúde mental.

Ao considerarmos os gastos orçamentários da saúde mental nosso questionamento se centra na reafirmação e nos princípios da Lei da Saúde Mental. As questões prioritárias são: os recursos estão sendo direcionados para tratamentos que visam, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, considerando ser este um dos pilares que sustenta a lei? Os repasses de recursos para a rede hospitalar têm sido condicionados à garantia de tratamento em regime de internação que oferece assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, como inscritos na lei 10.216 de 2001?

Assim, o objetivo deste artigo é analisar o financiamento da saúde mental em nível federal, identificando se o direcionamento dos gastos realizados vem se configurando para a consolidação da lei 10.216 (2001), a partir da aprovação dessa lei.

Metodologia

Para o alcance dos objetivos propostos realizamos pesquisa documental utilizando: Relatório Final da IV CNSM; Relatório Nacional de Saúde Mental 2003-2006, 2007-2010, 2011-2014; Saúde Mental em Dados nº11; dados do E-SIC enviados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Analisamos ainda os sistemas de informações que se constituem em bancos de dados do governo Federal (Departamento de

Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS e Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP).

Nosso recorte temporal foram os gastos realizados pelo governo Federal com as ações e serviços de saúde mental no período de 2001 a 2014, considerando que o ano de 2001 é demarcado pela aprovação da Lei 10.216 (Lei de Reforma Psiquiátrica que reorienta a política de saúde e mental brasileira). Construímos uma série histórica dos gastos em saúde mental nos últimos 14 anos.

Os gastos com a saúde mental realizados pelo governo federal com procedimentos ambulatoriais encontram-se registrados no DATASUS. Até 2012 estes gastos eram identificados por 20 procedimentos que contemplam os atendimentos ambulatoriais. Mas, a Portaria 854 (agosto de 2012), exclui 09 procedimentos e inclui 19 procedimentos. Na composição da série histórica relacionamos 39 procedimentos ambulatoriais.

Quanto aos gastos realizados com procedimentos hospitalares, até 2008, constitui-se por 10 procedimentos. Em 2008 a Portaria nº 3.192 (dezembro de 2008) inclui 02 procedimentos. Em 2010 a Portaria nº 480 (setembro de 2010) cria 01 procedimento E, em 2012 a Portaria nº 953 (setembro de 2012) cria 06 procedimentos. Na composição da série histórica relacionamos 19 procedimentos hospitalares.

Os gastos com os procedimentos ambulatoriais realizados nos ambulatórios especializados (incluindo os CAPS) encontram-se disponibilizados no sistema DATASUS, bem como os procedimentos hospitalares (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS). Como afirmado os registros sofrem alterações no sistema a partir da edição de portarias que exclui e inclui procedimentos.

Os gastos com Medicamentos Especializados em Saúde Mental, considerados alto custo, podem ser identificados no DATASUS sobre medicamentos específicos da saúde Mental (Ziprasidona 40mg e 80 mg; Quetiapina 300 mg; Risperidona 1 mg, 2 mg e 3 mg; Clozapina 25 mg e 100 mg; Olanzapina 5 mg e 10 mg; Quetiapina 5 mg, 25 mg, 100 mg e 200 mg).

Com o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial, a partir de 2010 o Ministério da Saúde define 05 ações com garantia de repasse de recurso para

implantação de Rede Psicossocial. Até então, os repasses para os Centros de Atenção Psicossocial efetuados fundo a fundo para estados e municípios eram incorporados no teto da média complexidade, baseado no cálculo definido na portaria 2.867 de 2008, utilizando o Fundo das ações estratégicas e Compensações (FAEC). A partir de 2010, o Ministério da Saúde define as ações: 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental (previsto para pagamento de novos pontos de atenção da rede psicossocial); 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental (previsto para eventos e convênios da área); 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (planos orçamentários 0002- Crack é Possível Vencer e, 000F – Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/ Crack); 8535 - Estruturação de Unidade de Atenção Especializada em Saúde (Plano orçamentário 0009 - Crack é Possível Vencer); 20AI- Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa). Para algumas dessas ações o repasse passa a ser feito de forma mais efetiva a partir do segundo semestre de 2012.

Para análise dos programas que compõem as ações hospitalares os 19 procedimentos identificados no SIH-SUS foram categorizados em 04 ações, a saber: Proc. Hospitalares Psiquiátricos (PT); Procedimento internação álcool e drogas; Tratamento Hospital Geral; Hospital dia.

Para análise dos programas que compõem as ações extra-hospitalares os 39 procedimentos identificados no SIA-SUS foram categorizados em 07 ações, a saber: Medicamentos; Ações de Reinserção social; centro de atenção psicossocial; ações ambulatoriais em saúde mental, convênios e eventos; enfrentamento ao crack e outras drogas e gastos com novos pontos de atenção da RAPS.

Definimos como variáveis: gastos com ações de saúde mental em geral e por tipo (hospitalares e extra-hospitalares); serviços implantados por tipo caracterizando se a intenção de redução gradual dos leitos em hospitais públicos vem se concretizando; gastos com medicação em SM em relação aos gastos totais extra-hospitalares, percentual de serviços residenciais terapêuticos implantados em relação ao número de usuários com internação prolongadas, percentual de auxílios liberados do Programa de Volta Para Casa em relação ao número de usuários com internação prolongadas, gastos com saúde mental em relação à necessidade de cobertura assistencial, percentual

investido na saúde mental em relação ao percentual investido na saúde. Como técnica de análise utilizou-se a análise estatística descritiva para os dados coletados na fonte primária: DATASUS, SIOPS, SIGA Brasil.

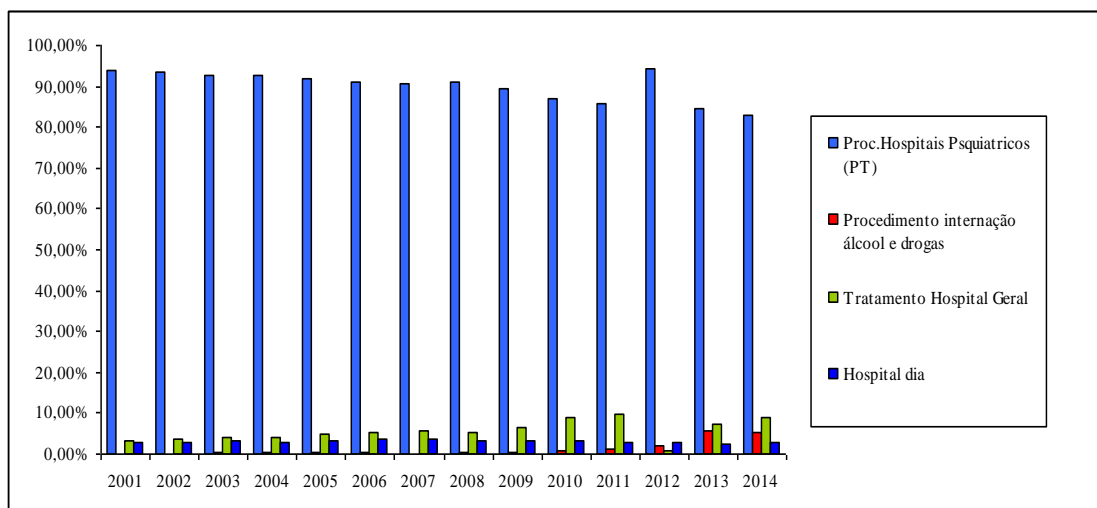
Resultado e discussão

O percentual de gastos com o Programa de Saúde Mental (GSM), em relação aos recursos destinados à saúde, girou em torno de 2,45% em 2001 a 2,51% em 2012, variando para menos e para mais em alguns anos (Brasil, 2012). Esse percentual indica que o Brasil segue um parâmetro observado em nível mundial, a despeito do relatório de gestão de 2007-2010 propor que até 2010 o percentual de gastos para a saúde mental chegasse a 4,55% do orçamento geral da saúde (Brasil, 2012). Estamos de acordo que é necessária uma melhora significativa do percentual destinado à saúde mental atendendo à recomendação da OMS que define um percentual de 5%, desempenho este que só se observa em alguns dos países europeus. Considerando a recomendação da OMS, o Ministério da Saúde precisaria ampliar a proporção GSM em 100%. Principalmente se considerarmos que o aumento do percentual de recursos destinados às ações extra-hospitalar, no período, se deve a realocação de recursos dos serviços hospitalares para os serviços de base comunitária não significando que ocorreu, o aumento de repasse de recursos para a área de saúde mental em relação ao montante destinado à saúde.

Quanto à natureza dos gastos em Saúde Mental, estes foram maiores em pagamento de despesas hospitalares até 2005. Somente em 2006 os gastos federais extra-hospitalares ultrapassaram os gastos com assistência hospitalar. A partir de 2006 os gastos com ações e serviços extra-hospitalares tornaram-se significativamente crescente em todos os anos com exceção de 2014 quando ocorre uma redução em relação ao ano anterior, mas permanece crescente em relação aos gastos hospitalares. No ano de 2006 o governo federal investiu 54% do orçamento da saúde mental nas ações extra-hospitalares, o que significou uma inversão dos gastos na assistência em saúde mental (Brasil, 2012). No referido ano os gastos extra-hospitalares registrou-se em R\$519.692.606,59 e os hospitalares R\$442.906.974,17. Nos anos que se seguiram os gastos extra-hospitalares mantiveram tendência crescente. Em 2014 registrou-se o gasto de R\$ 1.705.428.857,16 bilhão com ações extra-hospitalares representando percentual de 79,89% do total de gasto com saúde mental.

Os gastos com as ações hospitalares destinaram-se a Procedimentos Hospitalares Psiquiátricos (PT), Procedimento internação álcool e drogas, Tratamento Hospital Geral, Diagnostico em psiquiatria Hospital Geral, Serviços em Hospital de Reabilitação – ad, Hospital dia.

Gráfico 1- Gastos com ações hospitalares



Fonte: DATASUS (SIH-SUS)

A maior parte dos recursos destinados às ações hospitalares direciona-se a procedimentos realizados em hospitais psiquiátricos. Vale destacar que a maioria desses hospitais são instituições privadas conveniadas ao SUS. Essa realidade expressa o modelo dual assumido pela política de saúde brasileira em que o Estado partilha com o mercado a execução da política. O Sistema Único de Saúde brasileiro se constituiu dependente dos hospitais privados e filantrópicos para assegurar atendimento aos cidadãos. Mais de 60% dos leitos são de instituições particulares que se conveniam com o SUS e 80% dos recursos destinados à saúde são gastos com a alta e média complexidade. Menos de 40% dos leitos do SUS são públicos (municípios, estados, universidades ou da União) (Campos, 2008). A saúde mental segue a mesma lógica. A maior parte dos leitos psiquiátricos pertence à iniciativa privada conveniada ao SUS, o que demonstra um forte investimento do Estado no mercado privado de saúde.

A partir de 2010 registra-se um percentual de 0,79% de gastos hospitalares com internação álcool e drogas. Nos anos que se seguiram o percentual desse gasto aumentou gradativamente chegando em 2014 a 5% do total de gastos hospitalares. A destinação de gastos com esse procedimento é resultante do Plano Integrado de

Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas regulamentado pelo decreto Federal n. 7637 de outubro de 2010. Dentre as metas definidas no plano destaca-se a abertura de 2.500 leitos em hospitais gerais destinados ao atendimento de usuários de crack e outras drogas para atendimento em casos de intoxicação aguda. O plano previu gasto anual para essa ação de R\$ 40.051.200,00, entretanto o máximo que se alcançou foi o valor de 26.338.391,06 em 2013 e, em 2014 o valor gasto com essa ação foi de 24.076.147,98.

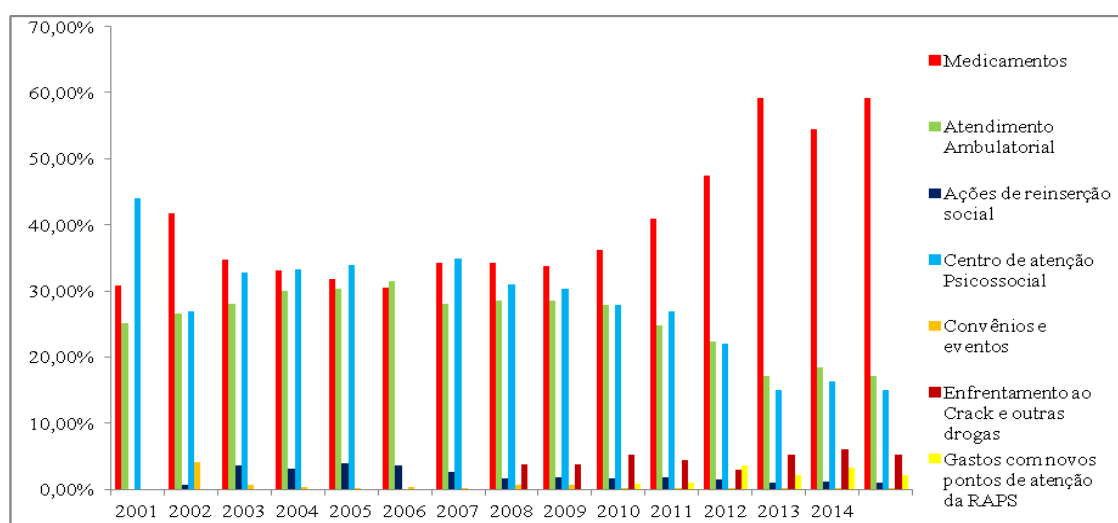
O gasto com atendimento psiquiátrico em hospital geral se manteve abaixo dos 5% até 2005, com pequena elevação no percentual a partir de 2006, chegando em 2014 a 8,8% do percentual gasto com ações e serviços hospitalares. Apesar da Política Nacional de Saúde Mental preconizar que a internação, quando se fizer necessária, ocorra preferencialmente nos Hospitais Gerais, de forma articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal, apenas 10,8% leitos psiquiátricos encontram-se disponíveis em hospitais gerais, do montante de 36.194 leitos. Atualmente, encontram-se habilitados em Hospitais Gerais 3.910 leitos de psiquiatria, distribuídos em 646 Hospitais por todo país. Assim, ao contrário do que preconiza a Política de Saúde Mental, as internações prioritariamente são feitas em hospitais psiquiátricos de iniciativa privada, considerando que a maior parte dos leitos encontra-se disponível nessas estruturas.

Em relação à ação hospital-dia, o atendimento é regulamentado pela Portaria/SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que propõe um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. Os procedimentos realizados no hospital-dia são remunerados pelo SIH-SUS e por esse motivo relacionamos os gastos com essas atividades no conjunto das ações hospitalares. Esse dispositivo assistencial representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório e se propõe a desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, composta por 01 médico, 01 enfermeiro outros 04 profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos.

Os percentuais de investimentos com os hospitais dia oscilou entre dois a três por cento dos gastos com saúde mental no período analisado, com tendência decrescente nos últimos três anos, como demonstra a Figura 2. Pressupõe-se que com a criação de CAPS, regulamentado a partir de 2002, a demanda atendida pelo dispositivo assistencial hospital-dia passa a ser direcionado para a atenção diária nos CAPS.

Em relação às ações extra-hospitalares, a partir de 2012 gradativamente o percentual destinado a essas ações foi superior a 70% do montante de recursos destinados à saúde mental, seguindo na direção da inversão dos gastos na assistência em saúde mental proposta na lei 10.216, mas ainda não alcançou o patamar proposto na deliberação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, qual seja, de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar (Brasil, 2010). Mas, para além de percentuais, é mister refletir em que são gastos os valores na rubrica ações extra hospitalares.

Gráfico 2 - Ações extrahospitalares em Saúde Mental



Fonte: DATASUS (SIA-SUS)

Os gastos com as ações extra-hospitalares destinaram-se às despesas com medicamentos, atendimento ambulatorial, ações de reinserção social, centro de atenção psicossocial, convênios e eventos, pesquisa, enfrentamento ao Crack e outras drogas.

Ao analisar a série histórica do gasto total com saúde mental no período de 2001 a 2014, constata-se que o aumento do percentual de recursos destinados às ações extra-hospitalares, no período, se deve a realocação de recursos dos serviços hospitalares para os serviços de base comunitária, pois os recursos do Programa de Saúde Mental se mantiveram na média de 2,54% do total do orçamento da Saúde. Ou seja, em geral não ocorreu o aumento de repasse de recursos para a área de saúde mental em termos percentuais e sim um reordenamento das despesas (Brasil, 2012).

Merece destaque os gastos com medicamentos que, a partir de 2008, foi o item que absorveu maior percentual dos gastos extra-hospitalares, ficando acima dos gastos com os CAPs. O gasto com medicamentos em todos os anos representou mais de 30% dos gastos com ações extra-hospitalar e a partir de 2010 esse percentual aumentou significativamente representando em 2013, 59% do total gasto. Em 2014 o percentual foi de 54% do total de gasto com ações extra-hospitalar. O percentual gasto com medicamentos nos leva a refletir sobre o debate apontado por vários autores, de que apesar dos esforços para a efetivação do modelo psicossocial de atendimento, ainda permanece nos serviços assistenciais de saúde a hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional (Amarante, 2007; Tenório, 2000).

Amarante (2007) alerta sobre práticas psiquiátricas que torna qualquer sinal de sofrimento psíquico suscetível a objeto de práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e internações psiquiátricas. Nesse processo, a ampliação dos discursos e das práticas médico-psiquiátrico que antes estavam restritas ao âmbito hospitalar agora se expandem para um número cada vez maior de pessoas (Amarante, 2007). O autor alerta que a atitude invasiva da medicina capaz de produzir e agravar doença, somado aos interesses oriundos do complexo médico-industrial podem causar danos aos usuários do serviço (Amarante, 2007). Frente ao crescimento contínuo dos recursos destinados aos medicamentos de alto custo, resultante, na maioria das vezes, de especulações das indústrias farmacêuticas, a IV conferência Nacional de Saúde mental deliberou que o Ministério da Saúde elabore proposta de defesa de quebra de patentes para a produção de genéricos e distribuição dos mesmos na rede pública de saúde.

O gasto com CAPS ocupa o segundo lugar no percentual de gastos. Até o mês de junho de 2012 registrou-se em todo o país a existência de 1803 CAPS, entre eles 12 CAPS ad 24h, com estimativa de mais 100 novos CAPS habilitados até o final de 2012. Ainda sobre estes serviços, destaca-se a atualização do valor de custeio mensal e correção dos valores repassados aos CAPS já existentes, o que proporcionou que os mesmos tenham recebido em média o maior valor pago para seu custeio, desde 2002. Essa correção foi feita por meio da portaria nº 3.089 e 3.099 de 2011, que estabelece um novo tipo de financiamento para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o CAPS passa a ter o repasse financeiro fixo de acordo com o tipo de serviço. Entretanto, a edição das Portarias GM nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 - que estabelece novos

valores de financiamento para os CAPS – e nº 3099, de 23 de dezembro de 2011 - que repassa novos recursos aos CAPS já existentes, não garantiu aumento de recursos em termos percentuais do montante de recursos destinados aos serviços extra-hospitalares. Dito de outro modo, a partir de 2012 ocorre diminuição de recursos federais para custeio dos CAPS em termos percentuais. Em 2001 o percentual destinados aos CAPS do montante gasto com ações extra-hospitalares foi de 44,05%. No decorrer dos anos registrou-se diminuição em termos percentuais para essa ação, chegando em 2012 ao percentual de 22%, com significativa diminuição nos anos seguintes. Em 2014 registrou-se o percentual de 16,30% destinado para os CAPS do montante gasto com as ações extra-hospitalares. Dito de outro modo constata-se uma redução gradativa no investimento em CAPs entre 2001 e 2011 e acentuada entre 2012 e 2014. A redução de investimento em CAPS associada ao aumento do percentual investido em medicamentos revela que a despeito do cerne das atuais diretrizes nacionais de política pública de saúde mental apontar para a efetivação do modelo de atenção psicossocial, na prática a prioridade tem sido o modelo hegemônico médico-medicamentoso.

Em relação às ações ambulatoriais, observa-se redução no percentual destinado à referida ação no período analisado. Caracterizamos como ações ambulatoriais procedimentos de psicodiagnóstico, consulta em psiquiatria, acompanhamento ao deficiente Mental ou autismo, acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação, acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação, atendimento/acompanhamento em reabilitação do desenvolvimento psicomotor, atendimento em psicoterapia, terapia individual e oficinas terapêuticas (atendimentos realizados nos ambulatórios de saúde por profissionais especializados). Em 2001 registrou-se o percentual de 25,05% dos gastos com esses procedimentos. Até 2006 o percentual gasto com esses procedimentos foi crescente e nos anos que se seguem a tendência é decrescente representando, em 2014, 18,53% dos gastos com ações extra-hospitalares.

Observa-se que em 2013 e 2014 os gastos ambulatoriais reduziram significativamente. Essas ações são desenvolvidas nas unidades ambulatoriais de referência para os profissionais na atenção básica de saúde que contam ou não com outros dispositivos assistenciais, como as equipes dos NASFs, ou com as equipes de saúde mental dispostas no território.

Quanto às ações de reinserção social foram categorizadas incluindo os Incentivo a Serviço Residencial Terapêutico, Programa de volta para casa e Incentivo de Inclusão Social. Entre 2003 a 2006 o percentual gasto com essas ações variou entre 3,63 % em 2003 e 3,55% em 2006 do montante gasto com ações extra-hospitalares. A partir de 2007 o percentual gasto com as ações de reinserção social decresceu chegando em 2014 a 1,25% do montante gasto com as ações extra-hospitalares. As portarias que regulamentam estes programas não garantiram expansão desses serviços de forma satisfatória que caracterize avanço no processo de desinstitucionalização.

O Programa de Incentivo aos Serviços Residenciais Terapêuticos regulamentado pela Portaria nº106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, prevê o acolhimento de pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nessas estruturas hospitalares. O mecanismo de financiamento existente, do Ministério da Saúde, assegura dois tipos de repasse financeiro para os SRTs: 1) repasse fundo a fundo de incentivo no valor de 10 mil reais por cada módulo implantado com oito moradores. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários e é tido como recurso de investimento; 2) e o custeio das Residências terapêuticas, que é feito por meio da realocação das Autorizações para Internações Hospitalares - AIHs - dos leitos psiquiátricos de longa permanência descredenciados do SUS para o Programa de Saúde Mental. Esse último mecanismo revelou-se insuficiente, pois as realocações das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica não são automática, mas depende de pactuações entre os gestores municipais e estaduais para garantir que o recurso seja, de fato, utilizado para o custeio dos SRTs e permaneça no fundo estadual ou municipal. Em alguns estados ou regiões, tal pactuação foi efetiva, porém em diversos municípios com número importante de leitos as pactuações não se realizaram satisfatoriamente (Brasil, 2011).

Outro grande problema desse mecanismo de financiamento é que municípios e/ ou regiões que não possuem leitos psiquiátricos do SUS não têm a possibilidade de fazer esse tipo de captação de recurso, independente de terem demanda para implantação de módulos. Não havendo o financiamento a partir das AIHs desativadas, o gestor local tem que alocar outros recursos do teto municipal ou estadual para a manutenção desses

módulos (Brasil, 2011). Frente à necessidade de superar esse mecanismo de financiamento das SRTs e de possibilitar o processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde lançou, em dezembro de 2011, a Portaria nº 3.090, que estabelece nova proposta de financiamento para os SRTs, antes custeados apenas por recurso proveniente da realocação das AIHs. Atualmente os SRTs possuem, além de recurso para implantação, verba mensal para manutenção repassada para os municípios que mantêm os SRTs, por meio de transferências fundo a fundo. Esse repasse é desvinculado dos recursos oriundos das AIHs desativadas (Brasil, 2012).

O custeio é garantido pela portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - que alterou a portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 – e garante o repasse de recursos de incentivo de custeio no valor de R\$20.000,00 para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nas modalidades I e II. Para manutenção do serviço fica estabelecido recurso financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de oito moradores de SRT Tipo I e R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de dez moradores de SRT Tipo II (Brasil, 2011). Como já afirmado, a implantação e expansão das estratégias desinstitucionalizantes tem sido um dos principais desafios no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Em 2011 registrou-se 625 SRTs em todo País, sendo essa uma baixa cobertura evidenciando a necessidade de significativa expansão do número de residências (Brasil, 2012).

O Programa de Volta Para Casa encontra-se regulamentado pela lei nº10. 708, de 31 de julho de 2003 e a partir da Portaria/GM nº 3088, a rede de Atenção Psicossocial no componente de Estratégias de Desinstitucionalização que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio previsto na portaria é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa". Em 2008 foi publicada a portaria GM 1.954 que reajustou o valor do auxílio de reabilitação psicossocial de R\$240,00 para R\$320,00. Nos municípios com hospitais psiquiátrico em processo de fechamento há um grande contingente de pessoas cadastradas no PVC e morando em SRTs. Em 2012 registrou-se 4.085 beneficiários cadastrados no Programa, entretanto o cadastro de pessoas no programa é lento e não responde a realidade dos usuários que se encontram internados por longos anos. Apesar

dos avanços nos últimos anos, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é baixo, pois apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício.

Quanto ao gasto com Enfrentamento ao Crack e outras drogas esse tem registro a partir de 2008 com um percentual de 3,76% do montante gasto com as ações extra-hospitalares. Em 2010 com o destaque dado ao abuso de outras drogas, em especial o crack, e com a definição deste tema como uma das prioridades na agenda do governo federal houve um aumento no percentual gasto com as ações de enfrentamento ao Crack representando um percentual de 5,32% dos gastos com ações extra-hospitalares. Em 2010 o Ministério da Saúde dispôs de recursos decorrentes da Medida Provisória nº 498, de 28 de julho de 2010 para as ações de enfrentamento ao Crack. Tal medida estabeleceu recursos no montante de R\$ 90 milhões para o Ministério da Saúde e R\$ 35 milhões para a Secretaria Nacional sobre Drogas, para ações em saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas. Em setembro de 2010 o Ministério da Saúde lança a portaria nº 2.841 que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas CAPS ad III, e em 2012 o Ministério da Saúde lança duas portarias que regulamenta os serviços voltados para ações de saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas, sendo a portaria nº 121 e 130. A partir de 2008 novos dispositivos de atenção foram criados com o objetivo de responder às demandas dos usuários de drogas e também ao desafio colocado com o consumo de crack no Brasil. A IV CNSM 2010, deliberou que o Ministério da Saúde e demais órgãos competentes devem estabelecer, mediante portarias, resoluções e decretos, a normatização do funcionamento técnico, administrativo e clínico, assim como o devido financiamento dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, as estratégias de combate ao Crack e outras drogas têm aumentado a força das Comunidades Terapêuticas (CTS), que têm se colocado no cenário atual disputando o fundo público.

Ao analisarmos para onde o recurso está sendo direcionado não é claro para nós que a inversão do investimento da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar tem caminhado na direção da consolidação da Lei 10.216 de 2001, considerando que investimento em ações de reinserção social, essencial à consolidação da lei, bem como, investimentos na criação de dispositivos assistenciais que promova o processo de reinserção social, têm sido gradativamente reduzido ao longo dos anos.

Considerações finais

O percentual de recursos destinado à saúde e, no interior dessa política, o gasto realizado na saúde mental ao longo dos anos, desnuda a prioridade dada à política social por parte do Estado, considerando que a despeito do direito constituído e regulamentado por portarias, não se garantiu recursos satisfatórios para implementação dos serviços. Nesse sentido, destacamos a necessidade de ampliação dos recursos destinados à saúde mental para possibilitar a implantação da rede assistencial proposta pela portaria 3.099 de 2011, que caminha na direção da consolidação da proposta da Reforma Psiquiátrica.

O Percentual de gastos destinados às ações hospitalares, a despeito de termos alcançado reversão em relação aos gastos extra-hospitalares, denuncia violação dos princípios da Reforma, considerando: 1) O número de pacientes que ainda continuam internados em Hospitais Psiquiátricos, esperando a criação de residências terapêuticas e, em contrapartida o reduzido percentual destinado a este serviço, e de modo geral, para as ações de reinserção social, que além dos incentivos para as residências terapêuticas contemplam o Programa de Volta para Casa e o Incentivo de Inclusão social; 2) a desproporcionalidade entre os gastos com procedimentos em hospitais psiquiátricos e os gastos com tratamento em hospitais gerais, tidos como dispositivo prioritário pelos defensores da Reforma Psiquiátrica, no caso da necessidade de internação.

Chama-nos atenção o percentual de recursos destinados à aquisição de medicamentos, que representou em todos os anos um terço a mais do percentual gasto com ações extra-hospitalares, chegando em 2013 e 2014 a um percentual maior que 50%. Tal fato pode indicar a reprodução da lógica manicomial em que se cria novas instituições, mas estas não superam o paradigma médico-hospitalocêntrico-medicamentoso, tendo em vista a supremacia do corporativismo médico, a insuficiência de equipamentos de Saúde Mental nos Territórios e a influência das indústrias farmacêuticas. Essa realidade nos leva a compreensão de que a mudança paradigmática ainda está em processo, carecendo de superação da lógica curativa e assistencialista. Nesse caso, podemos afirmar que ocorreu a desospitalização (saída da instituição hospitalar), mas não a desinstitucionalização (superação da lógica manicomial), necessária para a consolidação da Reforma sanitária.

O processo de redução de leitos desenvolvido ao longo dos anos configurou-se como um importante instrumento em defesa da PSM brasileira na luta pela desospitalização,

mas estamos longe de consolidarmos a proposta do movimento pela Reforma Psiquiátrica, principalmente quando consideramos a ampliação de leitos contratados nas CTRs (ação recente do governo federal para intervenção na problemática do crack). As Comunidades Terapêuticas ganharam espaço com o lançamento do Plano “Crack, é possível vencer”, do Governo Federal, como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010. O plano coloca na agenda da política de saúde mental do país a discussão das internações involuntárias, realizadas por meio das comunidades terapêuticas, que se apresenta para os defensores da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, como uma das formas de privatização da saúde mental, retorno aos manicômios e à hospitalização como desafios para a política de saúde mental, em particular, e para a Reforma Psiquiátrica em Geral.

A luta por mais recurso na saúde mental para construção e manutenção de serviços extra-hospitalar reflete a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos. Revela o comprometimento da gestão do fundo público com os interesses do capital, evidenciando um Estado comprometido com os interesses da classe dominante, ainda que dispense algumas ações para atender as pressões das classes subalternas.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Behring, E., & Boschetti, I. (2006). *Política Social: fundamentos e histórias*. São Paulo: Cortez.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001). *Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Portaria n.º 52, de 20 de janeiro 2004*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Carta de Brasília 2005: Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas*. Retirado de <http://www.rolim.com.br/2002/pdfs/poamericas.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. (Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde ed.). Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Portaria n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html
- Brasil, Ministério da Justiça (2011). *Decreto N.º 7.426, de 7 de Janeiro de 2011*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7426-7-janeiro-2011-609936-normaatualizada-pe.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde (2012). *Saúde Mental em Dados 11*. (Ano 8, No 11. Informativo Eletrônico). Retirado de <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>
- Campos, G.W.S. (2008). *O público e o privado na saúde brasileira*. Retirado de <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=174>
- Carvalho, G. (2013). *Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012*. In: Retirado de

<http://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>

Marques, R. M., & Mendes, A. N. (2010). O SUS versus as diretrizes da política econômica. *SER Social*, 11 (25), 55-81.

Tenório, F. (2000). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História ciência, saúde*, 9 (1), 25-59.

Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens Psicossociais volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Who, Organização Mundial de Saúde (2013). *Estatísticas sanitárias mundiais*. Retirado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1.