

O FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE MENTAL APÓS O PACTO DA SAÚDE¹

Maria Lúcia Teixeira Garcia²

Resumo:

O artigo analisa o financiamento das ações e dos serviços em saúde mental brasileiro, partindo de revisão de literatura e pesquisa documental. Dados do Ministério da Saúde indicam um gasto com Saúde Mental de 1 bilhão, oitocentos e doze milhões, setecentos e setenta mil reais em 2011 (28,80% com assistência hospitalar e 71,20% com assistência extrahospitalar). A política de saúde mental brasileira propõe a organização de uma rede articulada de serviços que forneçam atenção psicossocial à todas as pessoas com transtornos mentais. Os gastos aqui expressam dois pólos da questão: de um lado, a garantia do direito constitucional de acesso aos serviços de saúde mental à 72% da população. Por outro, a 28% de brasileiros esse direito é negado. Os gastos extrahospitalares em saúde mental mantêm-se superiores aos gastos com internação, mas o avanço da reforma psiquiátrica se faz lento no país.

Palavras-chave: Política de saúde mental; financiamento; governo Lula

FEDERAL FINANCING OF MENTAL HEALTH AFTER THE COVENANT HEALTH

Abstract:

Through literature review and documental research, this study analyses the funding of mental health care actions and services. Data from the Brazilian Ministry of Health indicate that the mental health care expenditure is 1 billion eight hundred and twelve million, seven hundred

¹ Pesquisa financiada pelo CNPq

² Assistente social, doutora em Psicologia (USP) e docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFES. Editora da revista Argumentum e colaboradora na revista Temporalis (Abepss).

seventy thousand reais (28,20 % on hospital care and 71,20% on out-of-hospital care). The Brazilian mental health policy proposes the organization of a full care network composed of instruments to provide psychosocial care to people with mental disorders. These expenditures express two sides to this question: On the one hand, granting 72% the population the constitutional right to access health care services. On the other hand, the fact that 28% of Brazilians are denied this right. The out-of-hospital mental health care expenditure is higher than the hospitalization expenditures, but the advancement of psychiatric reform becomes slow in our country.

Keywords: Mental health policy; funding; Lula's government

1. Introdução:

A Seguridade Social, um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social, atende a reivindicações históricas da classe trabalhadora. A saúde, como um dos tripés da Seguridade, é regida pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação e controle social. Em 1990, a saúde se atualizou como dimensão de direito social a partir da redefinição constitucional e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS - Lei Orgânica da Saúde 8080 e 8142). Entretanto, as revisões constitucionais ocorridas nessa década reformaram o Estado, provocando mudanças nas funções estatais no campo social, que haviam sido recém-definidas. “Essa contra-reforma na prática mudou a dimensão de direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado” (MENDONÇA, GIOVANELLA, 2007, p. 6). Tal processo evidencia a disputa em torno de dois projetos societários: o da reforma sanitária (cabe ao *Estado democrático de direito* a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social), e o modelo médico assistencial privatista estruturado em concepção da democracia restrita

(restrição dos direitos sociais e políticos com a concepção de *Estado mínimo*). Este modelo defende que “o enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (BRAVO, 2009, p. 9). As necessidades de financiamento e gestão da política de saúde são desafios colocados no contexto de reestruturação do Estado que retira direitos sociais, compromete os princípios de justiça social e reduz o seu papel, comprometendo as diretrizes que orientam a consolidação do SUS.

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detêm um sistema público e universal. Por exemplo, em 2008, enquanto o SUS gastou 3,24% do Produto Interno Bruto (PIB), o gasto público em saúde em países como Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália foi, em média, de 6,7% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008)³. No Brasil, país dependente e subdesenvolvido, o SUS foi criado quando ainda a dívida externa, bem como a inflação elevada, era um constrangimento maior, e, no plano mundial, o ideário neoliberal e a dominância da valorização financeira⁴ começavam a reger as relações econômicas e sociais (MENDES, MARQUES, 2009). Organizado por subsistemas verticais - rede de atenção básica, estratégia de saúde da família, saúde mental, AIDS, etc (CAMPOS, 2010), o SUS apresenta como um de seus nós o financiamento das ações em saúde. O foco aqui será pensar o financiamento das ações e serviços em saúde mental, partindo de revisão da literatura sobre o tema e pesquisa documental (utilizando dados da saúde mental disponibilizados no *site* do Ministério da Saúde relativos ao financiamento da área).

³ Dados do World Health Report (OMS, 2006) informam que a participação do setor público nas despesas com saúde era inferior à do setor privado em 7 dos 9 países com população maior que 100 milhões de habitantes (e o Brasil entre eles, com somente 45,3% das despesas sob responsabilidade do setor público).

⁴ A partir dos anos 1980, o capital portador de juro regressou forte, após o período do pós-guerra em que ficou reprimido, determinando um “novo” papel ao Estado – o de assegurar o pleno crescimento de sua forma parasitária e fictícia. O Brasil não escapou a esse quadro. Para uma compreensão teórica do capital portador de juros e do capital fictício, ver Marques e Nakatani (2009).

2. A política nacional de Saúde Mental e o seu financiamento

O Ministério da Saúde aponta que 3% da população sofre de transtorno mental severo ou persistente e que cerca de 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008). Em relação ao uso de álcool e substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde considera que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. No entanto, o Ministério da Saúde gastou, em 2009, 2,57% do orçamento anual do SUS com a saúde mental (BRASIL, 2010), enquanto o relatório de 2003-2006 indicava um percentual de 4,55 para 2010 (diferença de quase 2%). Em 2011, o percentual gasto foi de 2,51 (BRASIL, 2012).

Esse cenário acima descrito deve ser analisado com o pessimismo da razão e o otimismo da vontade (conforme sugere Gramsci). Esses dados iniciais nos revelam ao mesmo tempo, um longo processo de luta e avanço da área da saúde mental na direção da implementação da reforma psiquiátrica, por outro, desnuda um área tencionada por múltiplos e contraditórios interesses. Fazer essa análise requer inscrever nosso objeto historicamente.

Foi a partir da instituição do SUS, na Constituição Federal em 1988, e suas posteriores legislações para a sua implementação, que se gestaram as possibilidades para que, em 1991, o Ministério da Saúde assumisse a responsabilidade pela formulação e implementação da política na área da saúde mental, através da instituição da Coordenação Nacional de Saúde Mental (BORGES, BAPTISTA, 2008). Iniciou-se aí a construção pública da política de saúde mental no Brasil, inserida num contexto de “[...] efervescência teórico-ideológica em torno do direcionamento da reforma psiquiátrica brasileira e, no que tange ao sistema de saúde, momento de regulamentação e implementação das leis que regem o SUS” (BORGES, BAPTISTA, 2008, p. 458). A Coordenação nacional de saúde mental do MS promoveu mudanças visando incorporar os princípios do movimento da reforma psiquiátrica, mesmo

antes da aprovação da lei de reforma psiquiátrica. A primeira delas foi alterar o financiamento da área de saúde mental, com a adoção da Portaria SNAS/MS 189/91, que modificou a tabela de procedimentos do SUS. Nesta, o MS propunha a melhoria da qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; diversificando métodos e técnicas terapêuticas estruturando uma rede extrahospitalar e comunitária de serviços. Para assegurar a integralidade da atenção aos sujeitos com transtorno mental, e considerando a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, o MS aprovou os Grupos e Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), na área de Saúde Mental. Estabeleceu ainda a sistemática para as internações em Psiquiatria, tentando controlar o prolongado tempo de internação, incluiu novos procedimentos (tais como, atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior e/ou de nível médio; atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial; atendimento em oficinas terapêuticas; visita domiciliar por profissional de nível superior, entre outros). Essa portaria definiu que os estabelecimentos de saúde que prestassem serviços de saúde mental, integrantes do SUS, submeter-se-iam periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnicos dos níveis federal, estadual e/ou municipal. Outra mudança foi a regulamentação do funcionamento dos serviços de saúde (Portaria SNAS/MS 224/92). Nesta, o MS definiu regras para o atendimento ambulatorial e hospitalar no SUS. Em suas disposições gerais, a portaria proíbe a existência de espaços restritivos, celas fortes⁵; garante a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; exige o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes.

O período compreendido entre 1990 e 1996 marcou o início da articulação de atores na discussão em torno da política de saúde mental, constituição de grupos de trabalho

⁵ A despeito da portaria, as celas forte permaneceram como recursos em algumas instituições psiquiátricas (como registram dados de literatura em 2002). Outro aspecto aqui é que alguns autores qualificam a decisão desta portaria como "*técnica*" e não política (desconsiderando o valor heurístico e de defesa dos direitos dos usuários contra abusos e violências que caracterizavam o regime asilar) (LOUGON, 2006).

diferenciados, parcerias formais e informais e diálogo com consultores. O que se almejava era acelerar o processo de implementação da reforma psiquiátrica no país. Realiza-se em 1992 a II CNSM. Além disso, é nesse momento que se dá a ascensão de debates e audiências referentes ao projeto de Lei nº 3657/89, o que deu visibilidade aos grupos de interesse envolvidos – Movimento de Reforma Psiquiátrica⁶ e indústria da loucura⁷ –, bem como o desenvolvimento de propostas de atuação política, e também de sua oposição. Outro aspecto que caracteriza o período é a atuação da coordenação de saúde mental do MS na organização da assistência hospitalar tendo como norte o viés da desospitalização (por meio de ações de avaliação e acreditação hospitalar). Foram criadas no período as primeiras portarias na perspectiva de reorientação da atenção. Dessa forma, por mais que a construção efetiva de um modelo assistencial vislumbrado pelo movimento pela reforma psiquiátrica não se concretizara, o MS preparava as condições para urdir consensos em torno da política de saúde mental (BORGES, BAPTISTA, 2008). Acrescentaríamos que também se fortalecerão no período as resistências às propostas de mudanças, articuladas em torno da Federação dos Hospitais Particulares e da Associação Brasileira de Psiquiatria. A contradição se evidencia pelo duplo processo – de um lado, tentativas de diminuição dos custos da assistência psiquiátrica dos hospitais psiquiátricos públicos, de outro, o repasse de recursos públicos para o setor privado, mediante os convênios estabelecidos, “[...] para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos” (BISNETO, 2007, p. 43).

⁶ O MRP desnudavam ante a todos como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência pela Estado autoritário (AMARANTE, ROTELLI, 1992).

⁷ No Brasil, os efeitos da política de privatização da saúde nos anos 1960 e 70, criaram um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos ao mesmo tempo que é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais, por outro a ação da Federação Brasileira de Hospitais (instituição Privada) através de Mandado de Segurança vem impedindo que as penalidades impostas pelo Ministério da Saúde às instituições psiquiátricas (avaliadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares [PNASH] como não adequadas ao processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS) de redução do percentual das diárias de internações psiquiátricas sejam aplicadas.

Inicia-se entre 1990 e 1996 o processo de reestruturação sistemática do arcabouço normativo que regulamentava a assistência psiquiátrica no Brasil. Após as portarias 189/91 e 224/92 (que regulamentaram os serviços CAPS e NAPS)⁸, os serviços de atuação comunitária foram ampliando-se (TENÓRIO, 2002). Os desafios colocados eram os de atender às reais necessidades projetadas, com um acesso universal, e a inversão da lógica manicomial (que não se desconstrói só com a criação de novos serviços). Esse contexto tem como marco inicial a realização de um encontro entre coordenação nacional de saúde mental e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a fim de elaborar um documento que pautasse a política de saúde mental a ser adotada no Brasil. Em tal momento, identificava-se que a política de saúde mental deveria superar: a) a assistência de má qualidade, custosa, tanto ao nível financeiro quanto social; b) o modelo iatrogênico, com a diversificação dos recursos terapêuticos, bem como o fomento da descentralização, apostando-se nesta “[...] como potencializadora de novas relações políticas e culturais” (BORGES, BAPTISTA, 2008, p. 458). Partia do pressuposto que a questão 'saúde mental' seria resolvida no nível local - o município. Faltava definir como se daria o financiamento da rede nesse nível da gestão.

Considerando o financiamento global da saúde mental no SUS, este cresceu nos últimos 10 anos. Foi, porém, a partir da lei 10.216, de 2001, que uma inflexão visível se estabeleceu: os recursos foram migrando do hospitalar para o extra-hospitalar, como manda a mudança do modelo, de tal modo que, no final de 2006, pela primeira vez, o componente territorial e comunitário (CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, centros de convivência) superou o hospitalar. Cabe lembrar que há apenas 10 anos atrás, em 1997, a proporção hospitalar/extra-hospitalar era de 92% a 8% dos recursos financeiros, caracterizando uma psiquiatria pública edificada quase exclusivamente sobre as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

⁸ A denominação NAPS foi extinta em 2002 pela portaria 336/2002 (ANAYA, 2004), permanecendo somente o termo CAPS.

Nos últimos 30 anos, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos evoluíram de um modelo altamente centralizado para um sistema descentralizado, em que a responsabilidade pela implementação de políticas e prestação de serviços foi transferida das estruturas centrais para as locais. Esse processo afetou também a configuração dos sistemas de muitos países em desenvolvimento. Em regra, observam-se dois aspectos principais da descentralização: reformas orientadas para a contenção de custos e a eficiência; recurso a contratos com prestadores de serviços públicos e privados. Esse modelo de descentralização tem um impacto que é *mister* situá-lo nas particularidades da SM. Muitas vezes, os problemas mentais são crônicos e, por isso, a probabilidade da sua repetição por longos períodos requer a garantia efetiva do serviço. Entretanto, no Brasil nos momentos de crise o que se tem apresentado próximo à população tem sido a polícia – para o momento de contenção do sujeito em crise –, e o hospital psiquiátrico – para a sua contenção e exclusão. Para substituir esse modelo é fundamental a implantação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial III –, com leitos que permitem a hospitalidade noturna, funcionando ininterruptamente. Entretanto, este dispositivo existe implantado apenas em 13 estados da federação (BRASIL, 2010). Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (realizada em Brasília em 2010) vários indicativos de mudanças na legislação infraconstitucional (exemplo, a resolução 373 de 2009) visando ampliar o número de CAPs nos estados, especialmente de CAPs III e CAPsi, bem como assegurar a implantação de CAPs III em todo o território nacional. Tal demanda justifica-se pela diferença no processo de expansão dos CAPs no país (gráfico 1). Em termos percentuais a expansão de CAPs I e de CAPs III cresceu em média 69% de 2006 para 2010 (entretanto, o déficit de CAPs III permanece como um desafio para a política de saúde mental)⁹.

⁹ Para o MS a expansão dos CAPs III ficou aquém do **esperado** para o período, constituindo-se um dos principais desafios para os próximos anos. Um dos fatores indicados pelo MS é que este tipo de dispositivo é o de maior complexidade da rede.

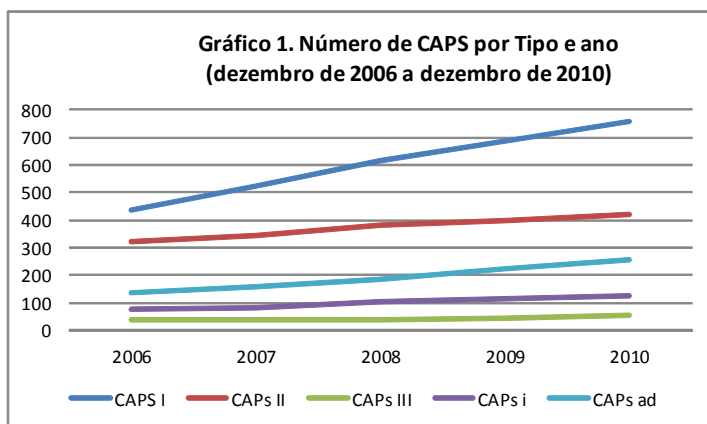


Gráfico 1. Número de CAPs por tipo e ano

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS (2011).

Para a OMS (2003), o financiamento em saúde mental deve considerar três recomendações-chaves: a) recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o encerramento parcial de hospitais; b) investimento em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade, e; c) cobertura financeira de um certo nível de cuidados institucionais, depois de estabelecidos os serviços de base comunitária. Ou seja, construir uma transição adequada nos blocos de financiamento do Pacto, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários continuem em expansão (enfrentando o desafio do acesso com qualidade). Por isso, consolidar mecanismos para a transição do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)¹⁰ é crucial para a PNSM; quadro que se

¹⁰ O objetivo inicial do FAEC era o de privilegiar o financiamento de ações estratégicas definidas no nível federal, cujos recursos não estão contidos nos tetos dos estados e municípios, funcionando como recursos “extrateto”. Este fundo é composto tanto por recursos não executados no custeio da assistência (“as sobras dos tetos”) como por novos recursos federais, alocados especificamente para o FAEC, com vista à ampliação de sua abrangência. Quanto à destinação dos recursos, inicialmente o FAEC se volta para a indução do aumento de oferta de poucas ações estratégicas, sem que a realização dessas ações pese sobre os tetos financeiros de estados e municípios (pagamento “extrateto”). Entre 1999 e 2002 são acrescentadas novas ações para financiamento pelo FAEC, que sofre mudanças qualitativas, relacionadas à sua finalidade e escopo. Aos poucos, diversas ações de alta complexidade e alto custo passam a ser financiadas com recursos desse fundo federal, momento em que houve uma expressiva expansão dos recursos deste fundo, por meio de novos aportes de recursos, mas também da retirada de recursos dos tetos estaduais e municipais. A operacionalização do pagamento das ações

modifica em 2008 com a portaria GM 2867/08. Assim, os procedimentos dos CAPS passaram a ser financiados pelos recursos realocados para o teto financeiro dos municípios (MS, 2011)

No bloco de gestão do Pacto pela Saúde, estão assegurados os incentivos para a expansão da rede. O desafio é o custeio. Os gastos federais absolutos em saúde mental (e saúde em geral) vêm crescendo consistentemente ao longo dos últimos anos, mas a proporção dos gastos com Programa de Saúde Mental (GSM)/ Gastos Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) vem se mantendo praticamente estável (em torno de 2% e 2,5%) (Brasil, 2010). Estamos de acordo que é necessária uma melhora significativa da proporção GSM/ASPS (a OMS recomenda uma taxa de 5%, desempenho este que só se observa em alguns dos países europeus). Considerando a recomendação da OMS, o MS precisa ampliar a proporção GSM/ASPS em 100%.

O relatório de gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde propõe que o pacto pela saúde assegure a manutenção e a ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar. Dito de outra forma, que os recursos destinados ao modelo comunitário não se limitem aos recursos financeiros e humanos, transferidos do componente hospitalar. O relatório avança indicando a necessidade de ampliação no biênio 2007-2009 dos recursos destinados à saúde mental, para pelo menos 3% do orçamento da saúde, passando em 2010 para, no mínimo, 4,5%. O relatório propõe que seja garantido recurso de outros ministérios para projetos intersetoriais voltados para a saúde mental nas áreas de cultura, lazer, esporte, trabalho, desenvolvimento social, entre outros (BRASIL, 2007).

financiadas pelo FAEC apresenta a peculiaridade de ser feita em geral pós-produção. Assim, mesmo os municípios e estados habilitados às condições mais avançadas de gestão, no caso de procedimentos do FAEC, recebem em seus fundos apenas os recursos correspondentes à produção efetivamente realizada, para então remunerarem os prestadores. A existência desse fundo federal de recursos representa um mecanismo importante de regulação da política pelo gestor federal do SUS, à medida que permite em algumas situações: (a) o pagamento de ações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, por fora dos tetos de estados e municípios; (b) o remanejamento de sobras; (c) a cobertura de eventual extrapolação de tetos por estados e municípios; e (d) a remuneração de atendimento fora do estado de origem dos pacientes. A criação do FAEC caracterizou uma estratégia do MS de recentralização dos recursos da assistência, uma vez que representa a introdução de um mecanismo de financiamento assumido diretamente pelo Ministério da Saúde, em um sentido oposto ao aumento das transferências automáticas que vinha ocorrendo

Na tentativa de novas bases para uma gestão compartilhada em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto da Saúde¹¹ (portaria/GM n° 399 de 22 de fevereiro de 2006). A idéia central do Pacto pela Saúde é implementar reformas institucionais no SUS – nas três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), substituindo as habilitações propostas na NOB/96 e NOAS/2001 pelo Termo de Compromisso e Gestão¹². São objetivos do Pacto pela Saúde: estabelecer um novo acordo de financiamento; definir responsabilidades, metas sanitárias, e responsabilidade compartilhada nas três esferas de governo na produção da saúde levando em consideração a realidade de cada estado e município, ou seja, a condição de gestão (Santos e Andrade, 2007). Para os secretários de saúde as ações consideradas prioritárias foram: reafirmação dos compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; valorização da saúde; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 (que estabelece recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde) e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

2.1. O Financiamento da Saúde Mental após o Pacto da Saúde – 2007-2009

Em muitos países, os defensores de saúde mental e as partes interessadas estão preocupados com quatro áreas: acesso, qualidade, resultados e eficiência (WHO, 2003). Estes traduzem as seguintes perguntas-chave. 1. São pessoas que precisam de serviços que recebem deles? (ACCESS), 2. São pessoas que recebem os serviços adequados de alta qualidade? (QUALIDADE); 3. É a sua saúde mental melhorando? (RESULTADOS), 4. São serviços prestados de forma eficiente? (EFICIÊNCIA). Através de revisão bibliográfica, pesquisa documental, este estudo analisa o financiamento das ações de saúde mental e serviços. Dados

¹¹ É sustentado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

¹² As três esferas de governo passam a ser responsáveis pela integralidade das ações, garantidas através da pactuação solidária entre estados e municípios. No termo de compromisso de gestão, municípios e estados definem as ações que se propõem realizar, bem como pactuam recursos para viabilizar as ações.

do Ministério da Saúde do Brasil indicam que a despesa com cuidados de saúde mental é de 1 bilhão quatrocentos e noventa e quatro milhões de reais (ou em torno de US \$ 796.460.177) - R \$ 482 milhões em cuidados hospitalares e R 1012 milhões dólares em extrahospitalar¹³).

A política de saúde mental brasileira propõe a organização de uma rede de atenção integral composta de instrumentos para proporcionar atendimento psicossocial a pessoas com transtornos mentais. Esses gastos expressar dois lados para essa pergunta: por um lado, garantia 67% da população o direito constitucional de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, o fato de que 33% dos brasileiros são negados esse direito. Assim, todas as pessoas que precisam de serviços não recebê-los (ACESS). O fora-de-hospitalar despesas com cuidados de saúde mental é maior do que os gastos com hospitalização, mas o avanço da reforma psiquiátrica torna-se lenta em nosso país. As pessoas que recebem os serviços adequados, estes eram de alta qualidade. Mas, estes serviços não são para todos (qualidade).

O Pacto pela Saúde introduziu mudanças importantes nas formas de transferência de recursos a estados e municípios, agrupando os recursos de custeio transferidos em Blocos de Financiamento: a) Bloco da Atenção Básica; b) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco da Vigilância em Saúde; d) Bloco da Assistência Farmacêutica; e) Bloco de Gestão. As novas regras foram regulamentadas pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). A saúde mental situa-se no bloco de gestão (artigo 31) que define “o componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados: I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial; II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; III - implantação

¹³ São itens de despesa extrahospitalar: medicamentos essenciais; medicamentos excepcionais; psicodiagnóstico; consulta em psiquiatria; terapias em grupo; terapias individuais; Hospital-dia; Oficinas Terapêuticas; residências terapêuticas; Centros de Atenção Psicossocial; Acompanhamento de deficiência mental e Autismo; Incentivo financeiro para implantação do CAPS; Incentivo financeiro para implantação de Residências Terapêuticas; Incentivo financeiro para inclusão Social; Programa de Volta para Casa; Incentivo Financeiro para as Qualificações dos Caps; Pesquisa e Outros.

de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS ad” (Brasil, 2007, sp).

Tomando como exemplo a implantação de CAPs III em nosso sistema tripartite, o governo federal repassa um terço do custo deste dispositivo assistencial, e os governos estaduais e municipais assumem o restante da conta. Na verdade, no quadro atual, só municípios muito engajados politicamente conseguem conquistar o apoio financeiro de seus respectivos estados, ou assumem sozinhos os dois terços do custo do serviço, dado que hoje poucos governos estaduais têm contribuído financeiramente para a manutenção direta de serviços de atenção psicossocial. Como resultado, temos em maio de 2010, 46 CAPs III implantados em 13 estados brasileiros (59% destes na região sudeste). O que significa admitir que 13 estados e o distrito federal não asseguram esse serviço aos seus residentes.

Convivemos com um problema político estrutural de financiamento do SUS. No presente quadro político e econômico, tanto do governo federal em curso e do quadro mais geral da conjuntura internacional de hegemonia neoliberal, quanto da maioria dos governos estaduais e municipais, a expansão necessária de serviços em saúde mental para a atenção integral à crise mais efetivamente substitutivos ao hospital apresenta impasses estruturais. De acordo com a legislação em vigor no Brasil, os recursos financeiros gerados pela desativação dos leitos psiquiátricos devem ser necessariamente direcionados para a rede de serviços extra-hospitalares de saúde mental. Há que se considerar, contudo, que a verba das internações hospitalares é federal; a manutenção das residências terapêuticas e dos CAPS é municipal; e os hospitais psiquiátricos são essencialmente privados. Além disso, os internos nos hospitais psiquiátricos não são necessariamente originais dos municípios-sede dos hospitais em que estão internados, nem necessariamente permanecerão nestes municípios. Embora os recursos financeiros resultantes da desativação dos leitos psiquiátricos, de acordo com a legislação, devam ser realocados nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, não há

garantia de que os recursos gerados pela diminuição de leitos na saúde mental sejam direcionados para o financiamento dos serviços extra-hospitalares, em especial quando o paciente retorna a um município diverso daquele em que estava hospitalizado (KILSZTAJN et al, 2008).

Lançado às vésperas da IV Conferência Nacional em SM, o boletim SM em dados 7 afirma: “o acesso à atenção em saúde mental aumentou. Chegamos a 63% de cobertura” (BRASIL, 2010). Nos textos de apoio à IV CNSM, destaca-se no item sobre financiamento: a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, diferentes modalidades de financiamento dos serviços e sistemas de co-gestão, superação do modelo de financiamento por procedimento, recursos regulares para assistência farmacêutica e para mecanismos ágeis e atualizados de comunicação e informação, e para financiamento de projetos de suporte social e ações intersetoriais, entre outros.

O Pacto pela Saúde definiu a Saúde Mental como prioridade, permitindo um financiamento que considere a modalidade *per capita* para os serviços substitutivos, possibilitando-lhes realizar não apenas procedimentos usuais de saúde, mas também outros tais como: reuniões comunitárias, passeios, atividades culturais e externas ao serviço em geral. No entanto, a questão do financiamento está distante do mínimo preconizado. Em 2009, os gastos com Saúde Mental no orçamento da saúde foi de 2,38% (pouco inferior ao gasto de 2007 e 2008), sendo que o percentual de Gastos com o Programa de Saúde Mental em relação aos Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde¹⁴ foi de 2,57 (muito longe da meta indicada no relatório de gestão 2003-2006) (gráfico abaixo). Assim, no Brasil os transtornos mentais são responsáveis por 18% da sobrecarga global de doenças no país e contam apenas com 2,5% do orçamento da saúde (MARI, 2008).

¹⁴ Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza). Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS.

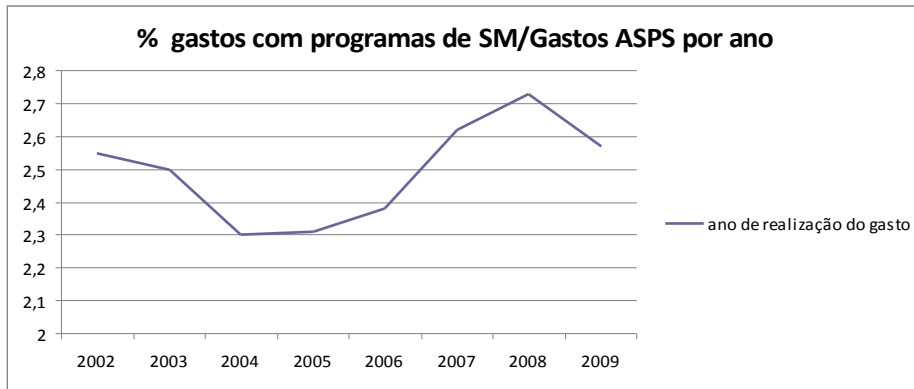


Gráfico 2. Percentual de gastos com Programas de SM/ Gastos ASPS entre 2002-2009 (fonte: MS, 2010).

A discussão central na IV CNSM é a da sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental, ou seja, criar mecanismos que garantam a priorização da saúde mental nas pactuações nos três níveis de gestão do SUS. Por exemplo, no relatório de gestão de 2008 da SAS, a saúde mental destaca que pactuou com os 26 Estados, o indicador principal: taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes; e com 15 Estados, um indicador complementar: taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa¹⁵.

Permanece o desafio de garantir que os recursos do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos sejam investidos na rede de saúde mental, além de ampliar o percentual investido e construir mecanismos mais eficazes de monitoramento desse processo.

Quanto ao financiamento da SM, há também o custeio das medicações (essenciais e atípicas). Dados do MS (2010) apontam para um aumento de gastos, considerados excessivamente altos, com o pagamento de medicamentos excepcionais da saúde mental (27,46% do total de gastos extrahospitalares, gastos que se aproximam do custeio federal de toda a rede CAPS – de um pouco mais de 33%). O custo atual é desproporcional à indicação

¹⁵ Para o efeito do cálculo, o MS considera que cada tipo de CAPs tem um peso diferenciado, por ser referência para números de população distintos. O método de cálculo é $[(n^{\circ}\text{CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ}\text{CAPS II}) + (n^{\circ}\text{CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ}\text{CAPSi}) + (n^{\circ}\text{CAPSad})] \times 100.000 / \text{população}$. Para o PVC o método de cálculo é $\text{N}^{\circ} \text{ de pessoas beneficiadas} / \text{Total de beneficiários potenciais}$ (Número de beneficiários com mais de 2 anos de internação ininterruptos, até a aprovação da Lei 10.708/2003 (Brasil, 2009).

de uso no programa de medicação de alto custo (pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária), indicando a necessidade de reavaliação do protocolo, possivelmente ampliando as indicações e implantando protocolos clínicos de controle dos usuários.

Em 2007, o MS gastou com SM 1 bilhão e duzentos milhões (sendo R\$ 440 milhões com assistência hospitalar e R\$760 milhões com assistência extra hospitalar (Brasil, 2008). Entre os gastos extra hospitalares, 33,19% são com CAPs, 6,08% com medicação essencial e 27,46% com medicação excepcional.

Tabela 1. Ações extra hospitalares em SM/MS - 2007 - R\$MI

| <i>ITENS</i> | <i>R\$MI</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Medicamentos excepcionais | 209 | 27,46 |
| Medicamentos essenciais | 46 | 6,08 |
| Psicodiagnóstico | 3 | 0,37 |
| Consulta em Psiquiatria | 43 | 5,63 |
| Terapias em Grupo | 21 | 2,73 |
| Terapias Individuais | 26 | 3,46 |
| Hospital-dia | 16 | 2,08 |
| Oficinas Terapêuticas | 11 | 1,41 |
| Residências Terapêuticas | 13 | 1,66 |
| Centros de Atenção Psicossocial | 252 | 33,19 |
| Incentivos: CAPS-SRT-IS | 8 | 1,07 |
| Programa De Volta Para Casa | 8 | 1,02 |
| Convênios e Eventos | 0 | 0,02 |
| Total Extra-hospitalar | 760 | 100,00 |

Fonte: DATASUS (2009)

Estes gastos com medicação excepcional de SM expressam dois pólos da questão: de um lado, o acesso a medicamentos é fundamental na garantia do direito constitucional à saúde, por outro, tornou-se motivo de preocupação pela evolução dos gastos (enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram

incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006)¹⁶ (Vieira, 2009). A Lei Orçamentária do Governo Federal para 2010 prevê no Ministério da Saúde recursos para a ação o apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais no valor de R\$ 2.430.000.000,00 significando um decréscimo de R\$ 90.000.000,00 (3,47%) em relação à Lei Orçamentária Anual de 2009 adicionada dos créditos suplementares. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, os valores constantes da proposta orçamentária do Ministério da Saúde para 2010 para os medicamentos “excepcionais” são insuficientes.

Tabela 2. Variação do valor bruto gasto com medicamentos em psiquiatria pelo SUS corrigido (IPCA) em relação ao valor bruto corrigido *per capita*.

| Ano | Valor efetivado bruto R\$ | Valor capita efetivado R\$ | per Valor bruto corrigido per capita R\$ | Variação % | IPCA % a.a |
|------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------|-------------------|
| 1999 | 7254625,59 | 0,04 | 0,044 | 0,00 | 8,94 |
| 2000 | 30921258,15 | 0,19 | 0,048 | 291,25 | 5,97 |
| 2001 | 47260842,58 | 0,27 | 0,049 | 464,31 | 7,67 |
| 2002 | 59179578,97 | 0,34 | 0,052 | 556,28 | 12,53 |
| 2003 | 76309281,82 | 0,43 | 0,057 | 652,02 | 9,3 |
| 2005 | 96345809,24 | 0,53 | 0,061 | 768,69 | 7,6 |
| 2005 | 134813332,3 | 0,73 | 0,065 | 1029,67 | 5,69 |

Fonte: Aguiar, 2008.

Cabe aqui lembrar que os princípios orientadores do uso dos psicofármacos são: 1) os medicamentos raramente constituem a totalidade da resposta ao pedido de ajuda do paciente; representam um fragmento da resposta, atuam como “mediadores”, a medida que aliviam o paciente do peso de alguns sintomas e lhe permitem relacionar-se mais facilmente consigo mesmo, com as pessoas que o rodeiam e com os agentes de saúde aos quais dirigiu seu pedido de ajuda; 2) não reduzem os sintomas nem facilitam as relações interpessoais em todos os casos – o psicofármaco deve ser aplicado unicamente quando a redução do mal-estar, real ou

¹⁶ Aguiar (2008) afirma que em 1999 o gasto com medicamentos representava 1,5% do valor global gasto com procedimentos em psiquiatria. Em 2005, este gasto passou a representar 15% (destes, 76% com antipsicóticos atípicos).

imaginário, é eficaz e o medicamento resulta benéfico em relação aos riscos inerentes ao próprio tratamento (FALKAI *et al*, 2006).. Por outro lado, as medicações antipsicóticas estão associadas também a riscos diferenciados de vários efeitos colaterais. Tais efeitos podem ter influência ainda maior na escolha da medicação no tratamento de longo prazo se comparado ao tratamento da fase aguda (FALKAI *et al*, 2006).

3. Conclusão

A questão do financiamento da saúde mental se resume em uma frase de Carvalho (2010) “o destino do dinheiro mostra o caminho da política”. Se considerarmos o financiamento global da saúde, O financiamento da saúde pública tal como implementado no contexto de restrição do Estado nas políticas sociais se choca diretamente com o interesse do SUS como uma política universal. Ou seja, “o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do FMI, que exige corte nos gastos e superávit primário elevado” (MARQUES, MENDES, 2005, p. 170). Por outro lado, enquanto a arrecadação de tributos destina 60% para a União, 24% para os estados e 16% para os municípios, a responsabilidade do financiamento da saúde em 2007 foi de 47% (União); 26% (estados) e 27% (municípios), ou seja, a distribuição da conta está desequilibrada. Assim, a atual sistemática de financiamento da saúde vem onerando sobremaneira os municípios e desonera a União (com a Emenda Constitucional EC-29, por ação do governo, desonerou em mais de 50% a União, sobrecarregando estados (em mais 20%) e municípios (em mais 50%) (Carvalho, sd).

No caso específico da saúde mental, os gastos extrahospitalares se mantêm superiores aos com internação, ainda que parte dos recursos seja com medicações nem sempre prescritas de forma adequada. A inversão dos gastos, alvo da luta o movimento de reforma psiquiátrica, não supera o maior entrave hoje da política de saúde (e de saúde mental) – os gastos estão aquém do necessário, denunciando o desfinanciamento do SUS. Outro aspecto a ser destacado

é aqui é a ação da indústria farmacêutica no contexto de medicalização da ‘loucura’. Há muito que lutar para fazer avançar a universalidade da política de saúde. Há muito a fazer no campo da saúde mental. E a luta começa no campo do financiamento e passa por todos os eixos da política de saúde.

Enfim, essa discussão aponta que como pesquisadora e analista da saúde mental “Minha esperança é imortal. Sei que não dá para mudar o começo. Mas, se a gente quiser, vai dar para mudar o final” (Elisa Lucinda, poetisa capixaba). Mudar o final aqui significará engrossar a força política em defesa dos avanços da reforma psiquiátrica (cujos desafios aumentam a cada ano) que assegure direitos, amplie recursos à prevenção, promoção, recuperação e reinserção social em um país socialmente menos desigual e mais justo.

4. Referências

AGUIAR, M.T.A. **Evolução dos gastos federais com antipsicóticos atípicos no SUS: de 1999 a 2005.** Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, S.P, 2008.

AMARANTE, P., ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, P.; BEZERRA, B (Org.). **Psiquiatria sem hospícios.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 41-55.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do Cersam de Belo Horizonte.** Dissertação de Mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2007.

BORGES, C. F., BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008, p.456-468.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS 224 de 1992**. Brasília, DF: Author, 1992. Disponível: <http://www.saudemental.med.br/Port224.htm>. Acesso em 08 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS n. 204**, de 29 de janeiro de 2007. Brasília, DF: Author, 2007. Disponível:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em 03 de junho de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. 2008. Brasília, DF: Author, 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em 12 de janeiro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada 2009**. Brasília, DF: Author, 2009.

Disponível: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2009.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 7**. Brasília, DF: Author, 2010.

Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de gestão 2007-2010, 2011. Disponível:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf. Acesso em 05 de março de 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. Em: MOTA, A.E.et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

CAMPOS, G.W. **SUS depois de vinte anos**: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. sd. 2010. Disponível: www.idisa.org.br/Uploads/SUSGastaoWagner.doc. Acesso em 10 de maio de 2010.

CARVALHO, G. **O financiamento da reforma psiquiátrica no pós constitucional**: avanços e entraves. 2010. Disponível: www.saude.mt.gov.br/portal/ces/arquivos/...feira-v.../palestra.ppt. Acesso em 10 de julho de 2010.

FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 2: tratamento de longo prazo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 65-70, 2006.

KILSZTAJN, S. et al. (2008). Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.10.2008. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 de maio de 2010.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MARI, J.J. (2008). Não há Saúde sem Saúde Mental. **Psiquiatria Hoje. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 5, p. 4-5, 2008.

MARQUES, R. M., MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, v. 14, n. 1, 2005, p.159-175.

MARQUES, R. M., NAKATANI, P. **O que é capital fictício e sua crise**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2009.

MENDES, A., MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS sob os Ventos da Financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 841-850, 2009.

MENDONÇA, M.H.M., GIOVANELLA, L. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 601-611, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Report 2006**. Geneve: DC: Author, 2006. Disponível: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. Acesso em 2 de maio de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Report 2008**. Geneve: DC: Author, 2008. Disponível: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em 4 de maio de 2010.

SANTOS, L., ANDRADE, L.O.M. (Org). **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2007.

TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **Historia, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, 2002, p. 25-59.

WORLD HELTH ORGANIZATION. *Mental Health Financing*. Geneve: DC: Author. 2003. Disponível: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Financing.pdf. Acesso em 4 de maio de 2010.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 16 jul. 2010. Epub 19-Jun-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000041.