

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

**GASTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS RUMOS  
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Vitória  
2017

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

**GASTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS RUMOS  
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Profª Drª. Maria Lúcia Teixeira Garcia.

Vitória  
2017

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA

## **GASTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS RUMOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Tese de doutorado apresentada ao  
Programa de Pós Graduação em  
Política Social da Universidade Federal  
do Espírito Santo como requisito para  
obtenção do título de Doutora em  
Política Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia  
Teixeira Garcia.

### **Comissão Examinadora**

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Teixeira Garcia  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Jeane Andreia Ferraz da Silva  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Cavalcante Lima  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Eduardo Mourão Vasconcelos  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Evilásio da Silva Salvador  
Universidade de Brasília

Vitória  
2017

## AGRADECIMENTOS

Tenho muito que agradecer as pessoas que me acompanharam nessa trajetória e que sem elas não seria possível finalizar essa tese.

Não posso deixar de agradecer a minha orientadora Maria Lúcia Teixeira Garcia que tem me acompanhado por bons longos anos da minha trajetória acadêmica. Devo dizer que minha orientadora me inspirou durante minha formação profissional pelo seu compromisso e seriedade como profissional e mestra e continua me inspirando nessa trajetória de pesquisa me desafiando a olhar o objeto através de mirantes e buscar compreendê-lo. Obrigada Lúcia pelas trocas, atenção e paciência no processo de orientação.

À minha família por compreender de forma carinhosa minha falta de tempo e por me oferecer todo o suporte, o cuidado, força e incentivo nessa trajetória. De forma particular, agradeço ao meu sobrinho Renato que com sua habilidade tecnológica, me socorreu por várias vezes na eminência de perder meus arquivos.

Especialmente agradeço meu esposo e minha filha pelo carinho, incentivo e compreensão de que eu dispunha de pouco ou nenhum tempo para eles, o que me ajudou a vencer o cansaço e a transpor as muitas barreiras.

Aos meus colegas de trabalho que me apoiaram diretamente no acesso às informações pelo sistema de informação e indiretamente com palavras de conforto e coragem, não me permitindo abater pelo cansaço.

Não posso deixar de agradecer ao grupo Fênix pelas trocas no processo de pesquisa. Em especial, minhas amigas Cassiane e Mirian que estiveram próximas durante todo o processo compartilhando seus conhecimentos e, sobretudo, me oferecendo apoio emocional, frente às angústias vividas na busca por resposta, que me levou muitas vezes a um mergulho solitário.

Agradeço especialmente aos membros da banca que prontamente aceitaram o convite para participar da avaliação deste trabalho e certamente me darão valiosas contribuições.

E finalmente, como professa da fé cristã, quero agradecer a “**DEUS**” pela saúde, força e coragem que me permitiu vencer mais uma batalha de minha vida, entre tantas outras que tive até aqui e que certamente terei, pois o caminho não termina aqui. Graças ao “Deus Pai” por isso.

*Edineia Figueira dos Anjos Oliveira*

*“O medo sempre me guiou para o que eu quero. E porque eu quero, eu temo. Muitas vezes foi o medo que me tomou pela mão e me levou. O medo me leva ao perigo. E tudo o que eu amo é arriscado.”*

*(Clarice Lispector)*

## RESUMO

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017

O objetivo desta tese é analisar o financiamento federal da saúde mental entre 2001 e 2016, identificando como a direção das linhas dos gastos realizados se configuram como estratégia ora de expansão ora de contenção das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para o alcance dos objetivos, realizamos uma pesquisa de abordagem mista, envolvendo pesquisa documental com base nos planos e relatórios de gestão nacional da saúde elaborados entre 2000 e 2015, e os dados obtidos nos bancos de dados Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde e dados enviados pelo Ministério da Saúde pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão entre 2000 e 2016. Quanto aos gastos realizados pelo governo Federal com as ações e serviços de saúde mental no período de 2001 a 2016 construímos uma série histórica com direcionamento dos recursos por ações e serviços. O Ministério da Saúde gastou, ao longo dos últimos 15 anos, em média 2,4% (mediana de 2,35%) do orçamento anual do SUS com a saúde mental. Até 2006, a maior parte dos recursos destinou-se às ações hospitalares e a partir de 2006 em todos os anos os gastos extra-hospitalares foram maiores que os gastos hospitalares. A partir de 2006, os gastos com ações e serviços extra-hospitalares mantiveram tendência crescente até 2010. Entre 2011 e 2014 a tendência foi decrescente com aumento em 2015, ano de maior gasto em ações extra-hospitalares. Entretanto, em 2016 os gastos retomam a tendência, representando o menor gasto destinado às ações extra-hospitalares desde 2008. Observamos que a diminuição dos gastos com ações extra-hospitalares a partir de 2010 esteve relacionada com a diminuição de gastos total com saúde mental. Identificamos que o investimento em ações de reinserção social, essencial à consolidação da lei, bem como, investimentos na criação de dispositivos assistenciais que promovam o processo de reinserção social, têm sido gradativamente reduzido ao longo dos anos. Em todos os anos o gasto com medicamentos consumiu mais de um terço do montante gasto com ações extra-hospitalares e, em alguns anos, ficou acima dos gastos com Centro de Atenção Psicossocial. Concluimos que o direcionamento dos gastos não aponta para consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois ora reafirma, com o direcionamento dos gastos para as ações extra-hospitalares, e ora nega seus princípios e os princípios da Lei 10.216/2001, tendo em vista a destinação insuficiente de recursos na implementação da política de saúde mental e em ações de consolidação de serviços substitutivos e a presença de interesses privados que dificultam a constituição de uma rede extra-hospitalar com dispositivos assistenciais que garantam cobertura da assistência aos usuários da saúde mental, como assegurado pela Constituição Federal de 1988.

**Palavras Chave:** Fundo Público. Política de Saúde. Saúde Mental. Desinstitucionalização.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Expenses of mental health policy and the direction of psychiatric reform.** Vitória, 2017. Thesis (Doctorate in Social Policy) - Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil, 2017).

The object of this thesis is to investigate the mental health federal financing between 2001 and 2016, identifying how can the direction of the lines of expenditures are configured as a strategy sometimes to expand and sometimes to restraint the premises of the Brazilian Psychiatric Reform.

In order to achieve goals, we conducted a mixed approach research, involving documentary research based on the national health management plans and reports, elaborated between 2000 and 2015, and the data obtained in the databases of Informatics Department of the Health Unique System, System of Information about Public Budgets in Health and data sent by the Health Ministry by the Electronic System of the Citizen Information Service between 2000 and 2016. Regarding the expenditures made by the Federal Government with the stock and services of mental health in the period of 2001 to 2016, we carved out a historical series directing the resources by actions and services. During the last 15 years, the Ministry of Health has spent an average of 2.4% (median of 2.35%) of SUS's annual budget on mental health. Until 2006, the majority of the resources were destined to hospital stocks and from 2006 in all years, extra hospital expenses were higher than hospital expenses. Since 2006 the expenditures on stocks and extra hospital services, continued to grow until 2010. Between 2011 and 2014, the tendency was decreasing with an increase in 2015, the year of greater expending on extra hospital stocks. In the meantime, in 2016, the expenses went back to its tendency representing the lowest expenses on extra hospital stocks since 2008.

We observed that the decrease on extra hospital expenses from 2010 was related to the reduction of total mental health expenditures. We have identified that the investment in social reintegration stocks, essential to the consolidation of the law as well as investments in the creation of assistance mechanisms that promote the process of social reintegration, have been gradually reduced over the years. In all of this years, the expenses on medicine consumed more than one third of the amount spent with extra hospital stocks and, in a couple of years, was above expenses with the Center for Psychosocial Care.

We conclude that the direction of spending does not point to consolidation of the Psychiatric Reform, since it reaffirms, with the directing of the expenditures for the extra hospital stock, and not denies its principles and the principles of the Law 10.216/2001, in view of the insufficient destination of resources in the implementation of mental health policy and in actions to consolidate substitutive services and the presence of private interests that make it difficult to establish an extra hospital network with care devices that guarantee coverage of assistance to mental health users, as assured by the Federal Constitution of 1988.

**Key words:** Public Fund. Health policy. Mental Health. Deinstitutionalization.

## RESUMEN

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017

El objetivo de la tesis es analizar el financiamiento federal de la salud mental entre los años de 2001 y 2016, identificando cómo la dirección de las líneas de los gastos realizados se configuran como estrategia ora de expansión o de contención de las premisas de la Reforma Psiquiátrica brasileña. Para el logro de los objetivos, realizamos una investigación de enfoque mixto, involucrando investigación documental con base en los planes e informes de gestión nacional de la salud elaborados entre 2000 y 2015, y datos obtenidos en los bancos de datos del Departamento de Informática del Sistema Único de la Salud, Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud y datos enviados por el Ministerio de Salud por el Sistema Electrónico del Servicio de Información al Ciudadano entre 2000 y 2016. Cuanto a los gastos hechos por el gobierno Federal con las acciones y servicios de salud mental en el período de 2001 a 2016, construimos una serie histórica con el direccionamiento de los recursos por acciones y servicios. El Ministerio de Salud ha gastado, en los últimos 15 años, en promedio el 2,4% (mediana del 2,35%) del presupuesto anual del SUS con la salud mental. Hasta 2006, la mayor parte de los recursos se destinó a las acciones hospitalarias y a partir de 2006, en todos los años, los gastos extrahospitalarios fueron mayores que los gastos hospitalarios. A partir de 2006, los gastos con acciones y servicios extrahospitalarios mantuvieron tendencia creciente hasta 2010. Entre 2011 y 2014, la tendencia fue decreciente con aumento en 2015, año de mayor gasto en acciones extrahospitalarias. Sin embargo, en 2016, los gastos retoman la tendencia, representando el menor gasto destinado a las acciones extrahospitalarias desde 2008. Observamos que la reducción de los gastos con acciones extrahospitalarias a partir de 2010 estuvo relacionada con la reducción de gastos total con salud mental. Identificamos que la inversión en acciones de reinserción social, esencial para la consolidación de la ley, así como inversiones en la creación de dispositivos asistenciales que promuevan el proceso de reinserción social, han sido gradualmente reducido a lo largo de los años. En todos los años, el gasto con medicamentos ha utilizado más de un tercio del monto gastado con acciones extrahospitalarias y, en algunos años, se quedó por encima de los gastos con el Centro de Atención Psicosocial. Concluimos que el direccionamiento de los gastos no apunta para la consolidación de la Reforma Psiquiátrica, pues ora reafirma, con el direccionamiento de los gastos para las acciones extrahospitalarias, y ora niega sus principios y los principios de la Ley 10.216 / 2001, con vistas a la asignación insuficiente de recursos para la implementación de la política de salud mental y en acciones de consolidación de servicios sustitutos y también la presencia de intereses privados que dificultan la constitución de una red extrahospitalaria con dispositivos asistenciales que garanticen cobertura de la asistencia a los usuarios de la salud mental, como asegurada por la Constitución Federal de 1988.

**Palavras Clave:** Fondo Público. Política de Salud. Salud Mental. Desinstitucionalización.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Programas que contemplam recursos para custeio de ações e serviços de saúde mental	35
Quadro 2	Lista de documentos para análise qualitativa	42
Quadro 3	Lista de documentos para análise quantitativa	43
Quadro 4	Base de dados onde se encontra registros das categorias que contemplam os procedimentos hospitalares e ambulatoriais em saúde mental	46
Quadro 5	Base de dados onde se encontra registros das categorias que contemplam ações e procedimentos extra-hospitalares em saúde mental	48
Quadro 6	Sistematização dos dados	51
Quadro 7	Normalizações do Ministério da Saúde para Saúde Mental com garantia de financiamento entre 2000 até a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (2011)	121
Quadro 8	Portarias de incentivos financeiros para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial	125
Quadro 9	Ações previstas no plano 2000-2003 e ações realizadas nos relatórios de gestão 2000-2003	144
Quadro 10	Ações previstas no plano 2004-2007 e ações realizadas nos relatórios de gestão 2004-2007	158
Quadro 11	Ações previstas no plano 2008-2011 e ações realizadas nos relatórios de gestão 2008-2011	162
Quadro 12	Portarias para financiamento do Plano Crack é Possível Vencer na implementação da política de Saúde Mental	177
Quadro 13	Ações previstas no plano 2012-2015 e ações realizadas nos relatórios de gestão 2012-2015	180

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Despesas da saúde por subfunção	32
Tabela 2	Gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas (2000-2015)	93
Tabela 3	Gastos do programa saúde mental em relação aos gastos do Ministério da saúde em ações e serviços públicos de saúde	199
Tabela 4	Totais e percentuais gastos com ações hospitalares	203
Tabela 5	Totais e percentuais gastos com ações extra-hospitalares	211

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Participação das políticas sociais no orçamento da Seguridade Social em percentual (2000-2016)	83
Gráfico 2	Percentual das despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo (2000-2015)	95
Gráfico 3	Valores nominais dos gastos hospitalar e extra-hospitalar com Saúde Mental	199
Gráfico 4	Relação leitos em psiquiatria público/privado	206
Gráfico 5	Valores nominais gasto com medicamentos na área da saúde mental	213
Gráfico 6	Relação gastos CAPS X medicamentos	218
Gráfico 7	Série histórica da expansão dos CAPS 2001 – 2016	220
Gráfico 8	Execução das ações orçamentárias em Saúde Mental a partir de 2010 em percentual	236

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Número de CAPS III e/ou CAPS AD III distribuídos nas regiões do país	222
-------------	--	-----

## LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira da Economia da Saúde
AESD	Área de Economia da saúde e Desenvolvimento
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGSM	Coordenação Geral de Saúde Mental
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRP	Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CORSAM	Coordenação de Saúde Mental
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro
CT	Comunidade Terapêutica
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doença sexualmente Transmissível
EAD	Ensino a Distância
EC	Emenda Constitucional
E-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FGPS	Fundo Geral da Previdência Social
FRGPS	Fundo do Regime Geral da Previdência Social
FUNAD	Fundo Nacional Álcool e Drogas
GSM	Gastos com Saúde Mental
HP	Hospitais Psiquiátricos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP-DI	Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretriz Orçamentária
MAC	Média e Alta Complexidade
MRP	Movimento pela Reforma Psiquiátrica
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária

MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PEAD	Plano Emergencial Álcool e Drogas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Pluri Anual
PRH	Programa de Reestruturação Hospitalar
PSDB	Partido Social Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCL	Receita Corrente Líquida
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RPC	Regime de Previdência Complementar
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SENAD	Secretaria Nacional Álcool e Drogas
SHR ad	Serviço Hospitalar em Reabilitação Álcool e Drogas
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SICONV	Sistema de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal
SIEST	Sistema de Informação Estatais
SIGA	Sistema de Gestão de documentos e Arquivo da administração

	Pública Federal
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SELOR	Sistema de Elaboração da Lei Orçamentária
SIOPS	Sistema Integrado de Orçamento Público da saúde
SISF	Sistema Integrado de Administração e Finanças do Governo Federal
SISNAPPD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UA	Unidade de Acolhimento
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	21
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	25
<b>2. ESTADO E FUNDO PÚBLICO</b>	54
2.1. O Estado no processo de acumulação e valorização do capital	54
2.2. O Fundo público brasileiro: uma mirada histórica	68
2.3. O fundo público em terras brasileiras e o desenho da Seguridade Social	78
2.4. O financiamento da saúde	89
<b>3. A REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SEU FINANCIAMENTO</b>	106
3.1. As portarias e o financiamento da saúde mental nos anos 1990	114
3.2. As portarias e o financiamento da saúde mental nos anos 2000	119
<b>4. DESNUDANDO O CAMINHO DO DINHEIRO – OS PLANOS E OS RELATÓRIOS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	136
4.1- A Saúde Mental nos Planos Nacional de Saúde e Relatórios de Gestão (2000-2015)	137
4.1.1. O plano de saúde 2000-2003 e os relatórios de gestão no período	138
4.1.2. O plano da Saúde 2004-2007 e a luta pela redução de leitos psiquiátricos	152
4.1.3. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2008-2011	160
4.1.4. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2012-2015	177
4.1.5. Síntese dos planos e relatórios de gestão: o otimismo da vontade e o pessimismo da razão	191

<b>5. OS GASTOS EM SAÚDE MENTAL: DESFIANDO OS NÓS</b>	197
<b>6. CONCLUSÕES</b>	244
<b>REFERÊNCIAS</b>	259

## APRESENTAÇÃO

*Simão Bacamarte achou em si os característicos do perfeito equilíbrio mental e moral; pareceu-lhe que possuía a sagacidade, a paciência, a perseverança, a tolerância, a veracidade, o vigor moral, a lealdade, todas as qualidades enfim que podem formar um acabado mentecapto (MACHADO DE ASSIS, 1994, p. 35).*

Escrever uma tese sobre financiamento da saúde mental nos remete a uma questão complexa: o processo saúde-doença e o campo da loucura.

Machado de Assis, no livro “O alienista”, nos apresenta ao Dr. Bacamarte, renomado médico brasileiro, que cria uma casa de repouso onde os loucos de toda espécie, que antes eram encarcerados em suas casas sem nenhum tratamento, agora podiam repousar em uma espécie de hospício local. Os loucos daquela região são tratados pelo Dr. Bacamarte. No contato com o povo local, o médico observa os costumes das pessoas e pouco a pouco interna os moradores da cidade. Pessoas consideradas lúcidas são recolhidas para o hospício da Casa Verde e todos que passaram a contestar o tratamento utilizado pelo médico e suas internações são internados, inclusive autoridades, políticos e a própria esposa.

Em nome da ciência, Dr. Bacamarte comete todo tipo de desmando, pois qualquer atitude de uma pessoa, que aos olhos leigos seria normal, para o médico tratava-se de um tipo de transtorno mental. Quando mais de 75% da população da cidade encontrava-se internada, Dr. Bacamarte identifica que havia algo de errado com seu critério de internação e decide rever: se a maioria seguia um desvio padrão, **quem tinha regularidade em suas ações e firmeza de caráter eram os verdadeiros loucos.**

A metáfora aqui ao livro de Machado de Assis nos foi proposta por Paulo Nakatani<sup>1</sup> durante a qualificação.

Como nosso escritor brasileiro nos encontramos numa encruzilhada ao nos propormos discutir o financiamento da saúde mental: Estaríamos loucas ao defender mais recursos para as políticas sociais e, em especial, para a saúde mental? E mais por quê? Para que ações e serviços? Ou seja, falar em mais

---

<sup>1</sup> Professor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo.

recursos envolve falar em um conjunto de questões aí inscritas. A luta por mais recursos para a saúde mental não nos exime de dizer em que serviços, ações e programas esses recursos (parcos, limitados e limitantes das ações) devem ser alocados. E, por fim, termos claro que essa luta se inscreve num campo mais amplo, num contexto de desfinanciamento das políticas sociais para garantir a reprodução ampliada do capital financeiro.

Mas esse é um campo que requer mediações. Em primeiro lugar, desde 2006, por ações implantadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde registra a reversão dos gastos (progressivo decréscimo nos gastos hospitalares e incremento sistemático em ações extra hospitalares) e do modelo assistencial da saúde mental na direção dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Questionar a direção dos recursos é, dialeticamente, reafirmar e negar as bases dessa afirmação, indicando que a configuração do financiamento da saúde mental não aponta para consolidação da Reforma Psiquiátrica? Nesse caso, a loucura estaria no que vemos ou na forma que o vemos?

O que vemos é que os recursos da saúde mental, em sua maioria, destinam-se às ações extra-hospitalares conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica (em 2016 foi da ordem de 80%). Mas, essa aparência esconde a expansão aos interesses da iniciativa privada que atravessa a gestão da política e as divergências teóricas-técnicas do campo psiquiátrico que impossibilita a quebra de paradigma e, assim, o processo de desinstitucionalização no seu sentido amplo. Após 16 anos da aprovação da Lei da reforma psiquiátrica ainda temos a permanência de leitos em hospitais psiquiátricos, sujeitos institucionalizados em hospitais psiquiátricos e os gastos com medicamentos se apresentam como um dos principais itens de despesa extra-hospitalar.

O título de nossa tese é uma paráfrase a Gilson Carvalho quando esse recomenda que para entendermos a política de saúde temos que entender para onde se direciona os gastos.

Essa tese expressa o comprometimento com a luta pela Reforma Psiquiátrica e pretende colaborar com o debate profissional das principais categorias que atuam no campo da saúde mental, contribuindo para a produção de

conhecimento sobre o financiamento das políticas sociais em uma perspectiva política e econômica, direção pouco explorada pela academia e pelos profissionais da área de serviço Social.

A produção de conhecimento sobre o tema torna-se cada vez mais relevante diante da crise econômica, política e social no Brasil e no mundo, que fortalece políticas de ajuste neoliberal e apresenta os gastos com as políticas sociais como responsáveis pela crise. Assim, nos colocamos na defesa da garantia de financiamento público para implantação das políticas sociais e, em especial, a política de saúde mental.

Para iniciar a análise devemos considerar a previsão do Ministério da Saúde de que 3% da população sofre de transtorno mental severo ou persistente e que 12% da população em algum momento de sua vida necessitará de atendimento em saúde mental, de forma contínua ou eventual (BRASIL, 2008a). Outro dado importante é que, segundo o Ministério da Saúde, mais de 10% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Entretanto, para atender a essa população, o Ministério da Saúde gastou, ao longo dos últimos 15 anos uma média de 2,4% e mediana de 2,35% do orçamento anual do SUS com a saúde mental. O que ficou muito abaixo da proposta defendida pelo Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Outro aspecto a se destacar é que o Ministério da Saúde define cobertura assistencial em saúde mental, tendo como parâmetro do 01 Centro de atenção Psicossocial por 100.00 habitantes. Nessa lógica, em 2016 teríamos alcançado 103% de cobertura assistencial, considerando o número de CAPS existente. Entretanto, um único dispositivo não pode ser tido como parâmetro de cobertura assistencial. Ademais, a distribuição do dispositivo CAPS no território nacional não é homogêneo e existe vazios assistenciais de serviços. Esse parâmetro definido pelo Ministério da Saúde será alvo de nossa discussão.

Destacamos a necessidade de debater o processo de implantação da política de saúde mental referenciando-o no processo de disputa política liderado por sujeitos historicamente expropriados de seus direitos, de forma que essa política seja reconhecida como instrumento que mobiliza e aglutina forças e, que se organiza a partir dos interesses dos usuários da saúde mental.

Por isso, nosso problema de pesquisa é: para onde o Ministério da Saúde direcionou os gastos da saúde mental entre 2001-2016? Nosso problema traz em si um esforço de demonstrar que temos a comemorar, mas também temos que evidenciar que os recursos não estão direcionados às ações e serviços que almejamos.

Assim, intentamos colaborar com a escrita de um novo caso - um mundo sem manicômios!

## 1. INTRODUÇÃO

*A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática (MACHADO DE ASSIS, 1994, p. 35).*

A investigação é um processo que envolve a inquietação do pesquisador ante algo que lhe instiga e suscita dúvida. Um problema de pesquisa nasce de questão concreta com o qual nos deparamos e para a qual não temos resposta. Esta tese tem uma conexão direta com minha inserção na secretaria de saúde de um município de pequeno porte<sup>2</sup>, na condição de gestora.

Como gestora, me angustiava a responsabilidade de implementar a política de saúde (e nela, a saúde mental), via de regra marcada por muitas demandas, pouco dinheiro e a necessidade de lutarmos e assegurarmos o acesso universal às ações e serviços de saúde. A realidade de municípios de pequeno porte no Brasil é marcada por baixa capacidade econômica, expressiva dependência das transferências fiscais, e frágil capacidade administrativa para dar conta da implantação das políticas sociais. Nesses municípios as demandas são conhecidas, tem rostos familiares e os endereços de fácil conhecimento. Em minha vivência à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Alfredo Chaves, uma simples consulta médica psiquiátrica requerida para um munícipe em sofrimento psíquico tornava-se uma demanda complexa (dada a dificuldade de se garantir esse profissional no território), o que exigia estratégias de gestão<sup>3</sup>. Chegavam também usuários historicamente institucionalizados, sustentados pelo discurso social de que “Lugar de doido é no hospício” e com expectativas da família e da comunidade de que a gestão assegurasse a manutenção dessa internação. Em contrapartida, como município de pequeno porte enfrentávamos também a limitação de dispositivos assistenciais de saúde no território para oferecer o cuidado necessário para assegurar a desinstitucionalização (tais como: equipe da Estratégia Saúde da

---

<sup>2</sup> Municípios com menos de 20.000 habitantes. Segundo IBGE (2014), o Brasil possui 5.570 municípios, totalizando uma população de 193.976.530 habitantes. Do total de municípios 89 % possuem menos de 20 mil habitantes e desses, 61 % possuem menos de 15 mil habitantes.

<sup>3</sup> A estratégia utilizada, nesse caso, pelos municípios de pequeno porte tem sido a compra de consultas psiquiátricas por meio de Consórcios Intermunicipais de Saúde, que garante aos municípios consorciados um médico psiquiátrica para atender uma vez por semana no seu território. Com todas as críticas que temos a essa via encontrada foi a que garantiu o atendimento desta demanda.

Família devidamente constituída nos territórios, ambulatorios com equipes de saúde mental para oferecer apoio matricial às equipes das unidades básicas de saúde e, menos ainda Centros de Atenção Psicossocial). Por fim, apresentavam-se os usuários (muitas vezes crônicos), em uso regular de medicamentos que nem sempre estavam disponíveis na relação da farmácia básica municipal e/ou estadual, fato que demandava a abertura de intermináveis processos para compra de medicamentos recém-lançados pela indústria farmacêutica.

Com a minha inserção em 2006 no Núcleo de estudos e pesquisa em análise de políticas públicas Fênix e, em seguida, no Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, a discussão sobre o processo de implementação da política de saúde mental tornou-se um tema de estudo.

No Mestrado investigamos a implementação da política de saúde mental em nível estadual marcada por uma “rede de serviços”, em sua maioria na atenção básica, por meio de equipes mínimas de saúde mental e/ou das Estratégias de Saúde da Família. Nesse debate, enfatizamos o pacto federativo da saúde com distribuição de competências e responsabilidades dos governos subnacionais e, em contrapartida, a não distribuição de recursos na mesma proporção, o que coloca os municípios em maior peso, fortemente dependentes de transferências do governo federal para implantação das políticas sociais. Nesse caso, a política de saúde mental (OLIVEIRA, 2009a).

Na análise da política de saúde mental implantada nos municípios capixabas, revelou-se uma contradição: de um lado a expansão dos serviços de base comunitária, resultado de uma estratégia de indução do governo federal e estadual, num contexto de descentralização de serviços, de outro a constatação de que a maioria dos municípios que afirmavam ter serviços não os dispunham devidamente constituídos e muito menos de profissionais capacitados para as ações de saúde mental.

Outra constatação da qual parte a proposta deste estudo, é a necessidade de ampliação dos recursos globais destinados à saúde mental no orçamento geral da saúde (nas três instâncias: federal, estadual e municipal). Na maioria dos

municípios estudados não encontramos em seu planejamento, definição de recursos próprios para aprimoramento da gestão da política de saúde mental e a mesma constatação tivemos quando analisamos o Plano Estadual de Saúde.

Analisar o financiamento da saúde mental é uma importante ferramenta para compreendermos o processo de configuração da política de saúde mental e a direção dada à política de saúde em cada país.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que há divergência entre a necessidade de oferta de tratamento e o que é demandado pela população com sofrimento psíquico (WHO, 2013). Em seu plano 2013-2020 para a saúde mental, a OMS aponta que em países de economia periférica entre 76% e 85% das pessoas que demandam 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: US\$ 2,00 pessoa/ano em países de economia central e, no caso dos países de economia periférica esse valor cai para US\$ 0,25 pessoa/ano. Além de baixo aporte de recurso, 67% desses 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 existem movimentos sociais em defesa da saúde mental, enquanto que esses movimentos existem em 83% dos países desenvolvidos.

No Brasil, o debate sobre a necessidade de reforma e implementação de uma política voltada para o campo da saúde mental foi colocada em pauta quando grupos de profissionais, familiares e pessoas em sofrimento psíquico se mobilizaram, denunciando o tratamento desumano oferecido às pessoas com sofrimento mental. Entre os anos 1970-1980 inicia uma disputa em torno de uma Reforma psiquiátrica que reorganizasse todo o processo de cuidar desses sujeitos com sofrimento e que assegurasse o financiamento de um novo modelo de atenção (VASCONCELOS, 2008; 2012; 2016a).

A crítica ao modelo asilar e ao tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos foi feita a partir da organização e amadurecimento de dois

movimentos sociopolíticos (o movimento pela Reforma Sanitária - que lutava pela reforma da saúde; e o movimento pela Reforma Psiquiátrica - que lutava pela reforma na saúde mental). Esses dois movimentos sociais utilizaram diferentes estratégias em diferentes estados do país para transformar políticas e instituições desumanas (PITTA, 2011).

O modelo asilar segregador de assistência à saúde mental caracterizava-se pelo isolamento do usuário do convívio social, por práticas desumanas, com enfoque na medicalização. O modelo tradicional sustentava a rentável indústria da loucura, garantindo a ampliação de leitos psiquiátricos - públicos e privados. A realidade cruel e perversa das instituições psiquiátricas foi experimentada no mundo ocidental que adotou o modelo biomédico<sup>4</sup> (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico foram institucionalizados com a Lei da Saúde Mental (10.216 de 2001), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa Lei, apesar de não assegurar todas as aspirações do movimento pela Reforma Psiquiátrica, revoga a arcaica legislação em saúde mental vigente até então e define um novo modelo de atenção à saúde mental. A Lei propõe o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, requerendo a garantia de recursos financeiros para a constituição de um conjunto de dispositivos assistenciais de base comunitária (BRASIL, 2001a). Em 2001 o percentual de cobertura assistencial em saúde mental era 21%. A aprovação da Lei da saúde mental ocorre em um momento que o financiamento apresentava-se como um dos temas mais polêmicos e controversos na agenda política da saúde - durante os anos de 1990 até a aprovação da Lei 141 de 2012<sup>5</sup> (MARQUES; MENDES,

---

<sup>4</sup> O modelo biomédico adota uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença (o sujeito é colocado entre parênteses). Não é apenas a psiquiatria que tem essa relação verticalizada e hierarquizada centrada na doença e não no sujeito que tem a doença (AMARANTE, 2007).

<sup>5</sup> Durante os anos de 1990 e a primeira década do século XXI os defensores do SUS lutavam pela aprovação da Emenda Constitucional 29 de 2000, que propunha a participação mínima dos entes federados no financiamento da saúde e, contrariamente ao proposto, implicou no início de um processo de (des) financiamento da saúde por parte da esfera nacional impondo aos estados e municípios aumento nas suas participações nos gastos com saúde enquanto a esfera Federal se desonera (CARVALHO, 2013).

2010). Ou seja, a consolidação da nova política de saúde mental, aprovada em 2001, enfrenta os problemas do financiamento vivido pela área da saúde.

A análise do financiamento da política de saúde mental requer considerar o modo particular de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), num cenário de contrarreforma de direitos sociais e consolidação do ideário neoliberal. Tal cenário implicou recursos insuficientes para a implantação do SUS, desde a sua constituição e, a partir de 2000, o (des) financiamento por parte da esfera federal (MARQUES; MENDES, 2010; PIOLA et al, 2013; CARVALHO, 2013).

A universalização de direitos na definição da política de saúde estabelecida na Constituição Federal de 1988 teve como princípio fundador a adoção da cidadania como critério de acesso. Entretanto, no momento em que esse direito foi constituído, o governo federal impõe a contenção de gastos públicos para a criação de superávit fiscal para pagamento da dívida (MARQUES; MENDES, 2010). Os constituintes introduziram o conceito de Seguridade Social na Constituição Federal e definiram o caráter universal da saúde pública num momento em que se impunha ao Estado brasileiro a definição de um modelo econômico orientado pela política macroeconômica (desenvolvida no Brasil a partir dos anos de 1990) (MARQUES; MENDES, 2010).

O Artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 buscava assegurar que 30% dos recursos da Seguridade Social (excluído os recursos do seguro desemprego) seriam destinados ao SUS, mas nunca se garantiu o repasse desse percentual ao Ministério da Saúde. Em 2013, 30% do orçamento da Seguridade Social correspondeu a R\$195,3 bilhões, mas a dotação orçamentária para o Ministério da Saúde foi de 50% deste valor, o que demonstra o subfinanciamento do SUS (PIOLA et al., 2013). A Seguridade Social brasileira sofre os impactos de cortes (entre eles, a criação da Desvinculação das Receitas da União - DRU)<sup>6</sup>, resultado das medidas socioeconômicas adotadas em contexto de crise do capital.

---

<sup>6</sup> “Essa medida foi assegurada pelo governo através da criação do Fundo Social de Emergência, renomeado Fundo de Estabilização Fiscal em 1997 e, finalmente, desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000” (MARQUES; MENDES, 2010, p. 195).

Parafraseando Gilson Carvalho, vamos perseguir o dinheiro da saúde mental para refletirmos a prioridade dada pelo governo Federal a essa política, mas também evidenciar os interesses em disputa nesse campo. Assim, partiremos em um processo de análise de gastos marcado por uma conjuntura de ordenamento econômico do Estado para garantir a acumulação do capital em escala mundial, ordenamento esse que se expressa cotidianamente na gestão do orçamento público.

Para discussão do financiamento, Salvador (2012) considera três dimensões:

a) a tributária, que permite examinar o caráter progressivo ou regressivo das fontes de financiamento da política social, ponto fundamental para averiguar se os tributos (impostos, taxas e contribuições) indicam de fato uma redistribuição de renda e uma maior justiça fiscal; b) a financeira, cuja análise da gestão financeira dos recursos permite o estudo das decisões no campo político-administrativo da política, da descentralização e das relações federativas no financiamento dos gastos sociais, assim como o controle democrático do orçamento; e c) a do financiamento indireto da política social, que por meio da análise das renúncias tributárias, pode identificar a transferência indireta e extra-orçamentária de recursos para o setor privado da economia (SALVADOR, 2012, p. 22).

Na nossa análise exploraremos a dimensão financeira.

Definido os aspectos a serem englobados em nossa reflexão, há ainda outros níveis de aproximação realizados. Para maior compreensão, perseguimos o orçamento do Estado Brasileiro adentrando nos critérios de classificação da receita orçamentária. Para nossa compreensão, procuramos desagregar a receita e a despesa nas suas várias formas de apresentação, buscando compreender sua composição e direcionamento. Com isso, alertamos que a estrutura orçamentária não se constitui numa peça facilmente decifrável, principalmente para um observador com formação fora da área econômica. Na intenção de identificar a origem dos recursos destinados à Saúde e à Saúde Mental, examinamos o orçamento da União desagregando as despesas considerando o critério de classificação dos gastos, aqui apresentado no nível de desagregação por função e subfunção.

A classificação por funções evidencia as áreas beneficiadas pelos gastos governamentais, ou seja, as prioridades econômicas e sociais estabelecidas

pelo governo, tais como Educação, Previdência Social, Assistência Social, Saúde, etc. Nesse nível de desagregação, o orçamento da União é composto por 28 funções<sup>7</sup>, que explicita as atividades desenvolvidas pelo governo para garantir o desenvolvimento econômico e social (OLIVEIRA, 2012).

Ao desagregar os gastos por função, identificamos que a função Saúde nos últimos 10 anos absorveu do orçamento da União percentual que variou entre 3,5% e 4,0% com tendência crescente até 2014, e decrescente em 2015 e 2016.

Para identificarmos a destinação dos recursos da função Saúde adentrarmos no orçamento em um nível mais específico de desagregação (subfunção). As principais subfunções executadas pelo orçamento da União que relacionam as ações em torno da função Saúde encontram-se descritas nos códigos 301 a 306 (tabela 1), definidos pela portaria nº. 42 de 1999 do Ministério da Saúde - aplicável a partir do exercício financeiro de 2000. Esses códigos descrevem **Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição**, como áreas que demandam recursos em níveis de atenção e complexidade (BRASIL, 1999).

---

<sup>7</sup> Dentre as 28 funções destaca-se a categoria chamada “Encargos Especiais”, que agrupa despesas que não contribuem para a manutenção das ações do governo, que não resulta um produto e que não geram contraprestação direta de bens ou serviços, mas volta-se para o pagamento dos juros da dívida. Devemos considerar que nesta função estão consignadas grandes somas de recursos havendo necessidade de transparência nos gastos (OLIVEIRA, 2009b; OLIVEIRA, 2012).

**Tabela 1- Despesas da saúde por subfunção**

<b>Subfunção (em %)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
301- Atenção básica	16,7	17,4	17,8	18,6	19,7	19,7	20,8	19,4	19,3	19,3	20,5	22,8	25,5	24,5	24,7
302- Assistência hospitalar e ambulatorial	62,9	62,1	59,8	58,9	57,2	56,6	57,3	58,5	56,4	56,3	54,9	51,3	54,5	55,5	53,3
303- Suporte profilático e terapêutico	6,27	6,79	8,2	8,88	8,27	8,74	8,93	9,12	8,21	9,32	9,77	10,58	10,6	11,8	13,7
304- Vigilância sanitária	0,57	0,69	0,57	0,39	0,48	0,51	0,42	0,47	0,43	0,42	0,35	0,31	0,38	0,33	0,29
305- Vigilância epidemiológica	3,2	3,41	3,39	3,62	4,92	4,81	3,72	3,39	3,89	3,94	3,87	4,22	4,13	3,95	4,8
306- Alimentação e nutrição	10,3	9,57	10,2	9,49	9,49	9,54	8,86	9,02	11,7	10,7	10,6	10,7	4,88	4,43	3,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Valor atualizado com base no fator IGP-DI 2001 de 3,19; 2002 de 2,89; 2003 de 2,28; 2004 de 2,12; 2005 de 1,89; 2006 de 1,87; 2007 de 1,80; 2008 de 1,67; 2009 de 1,67; 2010 de 1,54; 2011 de 1,39; 2012 de 1,33; 2013 de 1,23; 2014 de 1,16; 2015 de 1,12. Base de cálculo 01/2016.

**Fonte:** STF/SIAFI, 2016.

A maior parte dos recursos destinados à saúde (mais de 50%) é alocado na subfunção **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**. Esta subfunção custeia procedimentos dos principais **programas associados à atenção de média e alta complexidade no âmbito do SUS**. Por meio dessas subfunções são transferidos os recursos para os estados e municípios para custeio de procedimentos de média e alta complexidade nas várias linhas de cuidados Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Hipertensão, Diabetes, Saúde Mental, entre outras.

Os repasses para o custeio dos programas são realizados por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS)<sup>8</sup>, Unidade orçamentária do Ministério da Saúde com maior aporte de recurso (90%). O FNS<sup>9</sup> foi instituído pelo Decreto n.3.964/2001, que assegura e dá legitimidade às atividades desenvolvidas por ele, em especial, as transferências fundo a fundo por parte da União para os fundos estaduais e municipais de saúde, bem como a celebração de contratos e convênios com órgãos e entidades privadas com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2001b).

Como parte constitutiva da política de saúde, a Saúde Mental entra na disputa por fração dos recursos do FNS. Entretanto, os itens que compõem o financiamento da política de Saúde Mental, em primeira análise, tornam-se

---

<sup>8</sup> O FNS pode ser definido como modalidade de gestão de recursos, criado por lei e revertido de formalidades, com a finalidade de agregar todos os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, em cada uma das três esferas de governo (CARVALHO; SANTOS, 2002). Os fundos de saúde se destinam a otimizar a utilização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde observando: o cumprimento da norma constitucional (no que se refere a aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de fundos de saúde); o planejamento orçamentário e financeiro na aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, inscritos no Plano Plurianual de Saúde, o aperfeiçoamento da gestão orçamentária, financeira e contábil realizadas pelos gestores dos fundos; a produção, disponibilização e utilização de informações gerenciais sobre a gestão dos recursos do SUS (BRASIL, 2011a).

<sup>9</sup> A constituição do FNS ocorre por meio de recursos de consignados a seu favor nos orçamentos da Seguridade Social e fiscal da União e os decorrentes de créditos adicionais; recursos provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimos; recursos provenientes do seguro Obrigatório do DPVAT; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos de pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria. Todos os recursos transitam em conta única do FNS em consonância com o que consta na legislação que regulamenta a aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde por meio do fundo de saúde (BRASIL, 2011a).

invisíveis no orçamento da saúde, pois quando verificamos na Lei Orçamentária Anual (LOA) a execução orçamentária por subfunção (tabela 1), os recursos destinados à saúde mental, bem como aos demais programas do Ministério da Saúde, não aparecem (pois encontram-se na subfunção 302-Assistência hospitalar e ambulatorial). Ao adentrarmos no nível mais detalhado da classificação orçamentária (execução orçamentária por programa), a Saúde Mental aparece na relação dos programas, entretanto não há registro de recurso para a mesma. Nesse sentido, reafirmamos a invisibilidade dessa política no orçamento.

Concordamos com Ugá et al (2012) quando afirmam que, de modo geral, há necessidade de estudos que avaliem o comportamento dos gastos por programas e ações no interior da política de saúde, com a clareza de que essa não é tarefa fácil.

Para identificarmos os recursos repassados para as ações e serviços de Saúde Mental realizamos uma busca nas subfunções da saúde, com base nas informações obtidas junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental<sup>10</sup>, bem como nas portarias editadas para financiamento da Saúde Mental, o que possibilitou perseguir os recursos destinados à Saúde Mental.

Identificamos que os repasses do FNS para a Saúde Mental são realizados por meio dos programas abaixo descritos, que custeiam as ações e serviços de Saúde Mental.

---

<sup>10</sup> Realizamos várias consultas diretas a coordenação de Saúde Mental, por meio de telefone e e-mails e indiretas por meio do e-sic.

**Quadro 1 - Programas que contemplam recursos para custeio de ações e serviços de saúde mental**

<b>Programa</b>	<b>Ações ambulatoriais e hospitalares em SM</b>
Atenção Hospitalar e Ambulatorial	<p><b>Procedimentos hospitalares:</b> Proc. Hosp. Psiquiátricos (PT 53/04), Proc. Hosp. Psiquiátricos (PT 77/02), Proc. Hosp. Psiquiátricos (PT 408/92) – Hosp. B, níveis I a VIII, Proc. Hosp. Psiquiátricos (PT 408/92) – Trat. Hospital A e B, Procedimentos internação álcool e drogas, Tratamento Hospital Geral (PT 189/91), Diagnóstico em Psiquiatria Hospital Geral, SHR-ad</p> <p><b>Procedimentos ambulatoriais:</b> Psicodiagnóstico, Consulta em Psiquiatria, Terapias em Grupo, Terapias Individuais, Hospital-dia, Oficinas Terapêuticas, Residências Terapêuticas, Consulta em Psiquiatria, Consulta Médica em Atenção Especializada.</p>
Assistência Farmacêutica	Medicamentos excepcionais Medicamentos essenciais
Atenção Básica	NASF – Portaria Específica Ação 20AD- Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família- Previsto para implantação de Consultório na Rua Ação 20AI- Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa)
Aperfeiçoamento do SUS	Ação 8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. Planos orçamentários: 1- PO 0002- Crack é Possível Vencer - Previsto para custeio de CAPS AD III, Unidade de Acolhimento e Leitos em H.G. 2 – PO 000F- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CAPS) – Previsto para custeio de CAPS e SRTs
Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada	Ação 20B0- Atenção especializada em Saúde Mental - Previsto para implantação de novos pontos de atenção.
Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização da SM	Ação 6233- Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental- previsto para os eventos e convênios da área.

**Fonte:** Sistematização própria com base nas informações da Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS), 2017.

Na atenção Hospitalar e Ambulatorial estão contidos os procedimentos especializados na área da saúde mental. Estes dados encontram-se disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)<sup>11</sup>. Nessa fonte identificamos, além dos códigos e procedimentos realizados na saúde mental ao nível ambulatorial e hospitalar, os valores pagos por estes procedimentos.

<sup>11</sup> Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

A Assistência Farmacêutica contempla os Medicamentos excepcionais (responsabilidade de aquisição do Ministério da Saúde) e essenciais (responsabilidade de aquisição dos estados e Distrito Federal) que fazem parte da relação de medicamento da saúde mental. A informação sobre os gastos por grupos específicos de medicamentos apresenta-se como um problema a ser enfrentado no levantamento dos gastos com medicamentos da saúde mental, pois no DATASUS encontramos registro discriminado de gastos com medicamentos essenciais da saúde mental. Os gastos com medicamentos excepcionais podem ser obtidos por meio de solicitação feita à Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Mas os medicamentos básicos, responsabilidade das esferas municipais, que conta com contrapartida das esferas estaduais e federal no custeio, não foram contabilizados por dificuldade de acesso à informação, pois os registros de compra e distribuição dos mesmos ficam na base municipal. Dito de outro modo, os gastos com medicamentos da saúde mental na atenção básica são incluídos nos gastos do elenco da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), com base na Portaria 1.555 de julho de 2013<sup>12</sup>, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto às ações e procedimentos de saúde mental na atenção básica, estas podem ser realizadas por meio das Estratégias Saúde da Família (ESF) e/ou equipes dos Núcleos de Apoio às ESF (NASF). Entretanto, as ações e os procedimentos realizados por meio das Estratégias Saúde da Família são registrados no sistema de informação na base municipal, mas não são computados para pagamentos, pois o Ministério da Saúde não realiza repasse específico para procedimentos da saúde mental realizados por essas equipes. Os procedimentos computados, para efeito de pagamento, na base municipal

---

<sup>12</sup> A portaria define que o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios: A União deve garantir R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano; os estados devem garantir R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano; e os Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano (BRASIL, 2013).

são apenas os realizados pelas equipes de apoio às ESF (NASF) e/ou equipes de saúde mental, registrados por nós na relação dos gastos, como procedimentos ambulatoriais. Assim, os dados que obtivemos de custeio pelo Ministério da Saúde na atenção básica foram apenas os gastos realizados para financiamento das equipes dos Consultórios na Rua, instituídos como serviços na atenção básica, com repasse garantido por portarias específicas que permitem aos municípios adesão para receberem os recursos. Nessa mesma lógica são constituídas as equipes dos NASFs com recursos garantidos na ação orçamentária 20B0, como veremos no capítulo 4.

Os programas Aperfeiçoamento do SUS, Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização da Saúde Mental têm como objetivo o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. O repasse de recursos para custeio desses programas é realizado a partir de 2010 com registro no Sistema Integrado de Orçamento Público da Saúde (SIOPS) e no Sistema de Gestão de documentos e Arquivo da Administração Pública Federal (SIGA Brasil). Anterior a isso, os repasses para implantação e incentivo aos CAPS só poderiam ser identificados por meio das portarias interministeriais, pois eles somavam-se ao teto da média complexidade repassado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios.

Identificados os programas da saúde que contemplam recursos da Saúde Mental, identificamos os valores e percentuais gastos na saúde mental, para estabelecer a relação entre a lógica do financiamento e a configuração da política de saúde mental à luz das premissas da Reforma Psiquiátrica. A partir de uma perspectiva de análise da totalidade social, buscamos a correlação de forças sociais e interesses envolvidos no processo de implementação da política de saúde mental, permeada por um duplo movimento. De um lado, a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica que assegure a reversão do modelo com garantia de financiamento, de outro, a não superação do modelo assistencial sustentado pelos interesses da indústria da loucura (indústria farmacêutica e hospitalar).

Alguns estudos sobre o financiamento da política de saúde mental foram realizados no âmbito acadêmico, mas defendemos a necessidade de ampliar essa discussão. Razzouk et al (2007) afirmam que as pesquisas em saúde

mental nos países da América Latina e Caribe é incipiente. Enquanto os países de economia central têm sido responsáveis por 94% das todas as pesquisas produzidas na área da saúde mental, os países de economia periférica produzem 6% do total de pesquisas realizadas na área. Contraditoriamente, nestes países, 60% a 80% das pessoas em sofrimento psíquico não têm acesso aos cuidados de saúde mental.

Mas, apesar dos países latino-americanos não terem expressão na literatura internacional na área da Saúde Mental, o Brasil é o que mais vem se destacando com produção nessa área principalmente a partir do final dos anos de 1990 (RAZZOUK et al, 2007).

Em busca realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), identificamos 3.863 trabalhos que discutiam o tema saúde mental, mas apenas 16 apresentavam em seus objetivos o debate sobre o financiamento da política de saúde mental (0,2%). O foco desses estudos oscilavam entre: a) financiamento de serviços de Atenção Psicossocial no âmbito municipal (OLIVEIRA, 2003; CAPILO, 2008; FEBRONIO, 2009); b) necessidade de financiamento para implantação de serviços específicos em saúde mental no âmbito municipal e estadual, como por exemplo, serviços de atendimento a crianças e adolescentes, implantação de serviço de urgência e emergência, implantação de serviços de acompanhamento terapêutico (PAULIN, 1998; LUCHECI, 2008; SOLEDADE, 2010; AMORIN, 2013; GRAEFF); c) necessidade de implantação de serviços de cunho desinstitucionalizante criticando a reprodução de práticas institucionalizantes em serviços de base comunitária (MARINHO, 2003; CEDRAZ, 2006); d) impactos do modelo de financiamento dos serviços de Saúde Mental limitados às normas que acabam minando a criatividade das equipes no cuidado (ARAUJO, 2004; AMARANTE, 2012); e) análise comparativa entre a política de Saúde Mental entre Brasil e Catalunha (DIAS et al, 20015); f) gasto e acesso aos medicamentos da Saúde Mental (AGUIAR, 2008; MUNCK, 2014); g) analisam o processo de desinstitucionalização de usuários institucionalizados de longa permanência (LUCENA, 2011; VIOLA, 2015)

Já no Site do Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme), identificamos 01 artigo que apresenta a evolução dos gastos federais com saúde mental no período de 2001 a 2009. O artigo não realiza uma análise crítica sobre os gastos, apenas constata o crescimento expressivo das ações extra-hospitalares, bem como a inversão no direcionamento dos recursos da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar, a partir de 2006 (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Ou seja, a tese que propomos é nova e inédita.

O objetivo desta tese é analisar o financiamento federal da saúde mental entre 2001 e 2016, identificando como a direção das linhas dos gastos realizados se configuram como estratégia ora de expansão ora de contenção das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nossa tese é de que a reversão dos gastos da saúde mental da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar (a partir de 2006) ora aponta para consolidação da Reforma Psiquiátrica sustentada pela Lei 10.216 ora nega, pois na essência se expressa e prevalece gastos com rubricas que mantém a lógica manicomial (medicalização, neoinstitucionalização) e interesses de grupos que se colocam em disputa no interior da política. Para tanto, nossa questão é: para onde o Ministério da Saúde direcionou os gastos da saúde mental entre 2001-2016?

Como objetivos específicos propomos: Identificar os recursos destinados pelo Ministério da saúde no período de 2001 a 2016, para o desenvolvimento das ações em Saúde Mental, buscando analisar se as ações priorizadas reafirmam o princípio de desconstrução da lógica manicomial; Identificar se a saúde mental foi inserida no planejamento nacional da saúde como peça orçamentária, buscando analisar se o planejamento foi estruturado para garantir a execução das ações de base territorial, como afirma a Lei da saúde Mental; Identificar as ações da saúde mental planejadas e as realizadas no período, buscando analisar se foram previstas estratégias de gestão para garantir o processo de implantação da política; Identificar se há contradição das informações repassadas pela coordenação de saúde mental e as identificadas no sistema de informação; Compreender o papel do Fundo Público na dinâmica

da reprodução do capital e inserido na luta de classes e a disputa da Saúde/Saúde Mental por uma fração do mesmo.

A área de saúde mental não dispõe de produção sistemática dos seus gastos por tipo de despesas<sup>13</sup>. Assim, a tese disponibilizará um conjunto de dados relevantes para diferentes sujeitos envolvidos nessa temática.

Pesquisas sobre os gastos da Saúde Mental são necessárias para que se possam ajustar fontes e metodologias que possibilitem análise mais precisa acerca da implantação da política.

A transparência das ações e gastos governamentais é uma exigência constitucional, inscrita no capítulo referente à administração pública. Em função disso, algumas ferramentas são utilizadas para possibilitar ao cidadão monitorar as atividades do governo que envolve despesa orçamentária. O Portal da Transparência do Governo Federal, disponibilizado pela Controladoria Geral da União (CGU), é um bom exemplo. Entretanto, em geral, as despesas realizadas encontram-se dispersas em vários sistemas informatizados, desenvolvidos a partir de plataformas diferentes e as bases de dados não permitiam o cruzamento dos mesmos. A dificuldade para obtenção das informações aplica-se tanto aos técnicos da área de informática quanto aos usuários comuns. Ademais, esses sistemas não disponibilizam as despesas detalhadas dos orçamentos temáticos, o que facilitaria a busca pela informação (BRASIL, 2013).

É nessa perspectiva que se configura nosso interesse de problematizar o financiamento público da política de saúde mental no Brasil e os desafios para a implementação dessa política voltada para as pessoas com sofrimento psíquico.

Partimos da hipótese de que a configuração do financiamento da saúde mental contraditoriamente reafirma e nega as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira com base na Lei 10.216, considerando que apesar da inversão na direção dos gastos a gestão dos mesmos encontra-se atravessada por

---

<sup>13</sup> O Relatório Saúde Mental em Dados apresenta série histórica da constituição dos serviços em saúde mental, bem como o percentual de gastos com saúde mental em relação ao orçamento da saúde, mas não decifra os gastos por tipo de despesas.

interesses da iniciativa privada e por divergências teóricas-técnicas do campo psiquiátrico que minam a implementação da política na direção da desinstitucionalização do dito louco.

Reafirmamos que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira impõe uma nova relação entre sociedade e loucura que questiona não somente as instituições e práticas psiquiátricas historicamente construídas, mas, acima de tudo, os conceitos e saberes que dão fundamentos a tais práticas.

Essa discussão impõe uma revisão de literatura ancorada em categorias teóricas que permeiam o debate do financiamento da política de saúde e política de saúde mental, tais como: Fundo público, Política Social, Política de Saúde Mental e Desinstitucionalização.

A problematização do objeto se dará a partir do método histórico crítico-dialético, por compreendermos que esse método nos possibilita a análise e entendimento da complexa realidade que permeia o financiamento da saúde mental e, também desvendar o dado, superando o nível da aparência. O dado, nesse caso, são os gastos realizados com as ações da saúde mental apresentados pelo Ministério da Saúde, que aparentemente apontam para construção de um conjunto de dispositivos assistenciais na direção da consolidação da Reforma Psiquiátrica. A questão que se coloca é o tensionamento e as disputas expressas no interior do financiamento dessas ações e serviços.

Entendemos que reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica é, em primeiro lugar, negar o conceito de doença mental como sinônimo de perda de razão que cria um lugar de institucionalização da doença (lógica manicomial). Nesse sentido, negar “não apenas os hospitais psiquiátricos em si, mas todas as referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico em torno do conceito doença mental” (AMARANTE, 2012, p. 642). Em segundo lugar, reafirmar a promoção da saúde mental como objeto de intervenção, exige a reconstrução de novas práticas pautada na **defesa da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico e no princípio da desinstitucionalização**. Desinstitucionalizar implica em designar múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições

concretas de vida. A clínica deixa de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral na concepção de Pinel, para a criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito antes excluído do mundo da cidadania deve torna-se sujeito da sua própria existência e não mais objeto de saber. Assim, desinstitucionalizar não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (AMARANTE, 2009).

Para o alcance dos objetivos propostos realizamos uma pesquisa de abordagem mista. Quanto aos procedimentos metodológicos, trata-se de pesquisa documental. A pesquisa documental requer não apenas alguma prática, mas também o caráter reflexivo por parte do pesquisador com os documentos. Nesse aspecto, três perguntas aos documentos mereceram atenção: o que ele é? O que ele nos diz? O que deveria dizer, mas não diz? O método da pesquisa documental requer não apenas aspectos práticos, mas também uma reflexividade por parte de quem se aventura em utilizá-lo. Ao propor trabalhar com documentos (fontes primárias e secundárias), o pesquisador deve apreender que o mesmo não pode ser entendido por si (MAY, 2004).

Nosso corpus empírico encontra-se descrito nos quadros 2 e 3.

**Quadro 2** - Lista de documentos<sup>14</sup> para análise qualitativa

<b>Tipo de documento</b>	<b>Ano de elaboração</b>	<b>Tipo de circulação</b>	<b>Autoria</b>	<b>Presidência da república</b>	<b>O que pesquisar?</b>
Plano Nacional de Saúde	Entre 1999 e 2011	Irrestrita	MS	FHC LULA Dilma	As ações planejadas e incorporadas no Plano Nacional de Saúde, que dizem respeito ao financiamento da Saúde Mental

<sup>14</sup> Não incluiremos como fonte documental os relatórios das Conferências Nacional de Saúde Mental 2001 e 2010 (CNSM), considerando que a definição dos Planos e Relatórios de Gestão da Saúde como fonte documental teve como objetivo analisar se a saúde mental foi inserida no planejamento das ações de saúde com garantia de financiamento e quais estratégias foram utilizadas para implementação das ações. Entretanto, não deixaremos de incluir os relatórios das CNSM na nossa análise. Ademais

Relatórios de Gestão Nacional de Saúde	de	Entre 2002 e 2015	Irrestrita	MS	FHC LULA Dilma	Quais metas propostas no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 para as ações e serviços da SM de base territorial foram alcançadas
--	----	-------------------	------------	----	----------------	--

**Fonte:** Sistematização própria, 2017.

As questões feitas aos documentos são:

- 1- Quais ações foram planejadas para implementação da Rede de Atenção à Saúde Mental de base territorial? Quais foram executadas?
- 2- Quais tipos de equipamentos assistenciais foram planejados para constituição dessa rede? Quais foram executados?
- 3- Quais ações orçamentárias foram garantidas para execução das ações e serviços?

A técnica utilizada para análise dos dados qualitativos foi análise de conteúdo. Os dados foram organizados em quadros considerando as ações planejadas e as executadas, bem como os serviços assistenciais de saúde mental implantados por tipo, quantidade e as ações orçamentárias previstas para execução das ações e serviços.

*Pari passu* à organização desses documentos, trabalhamos no recolhimento dos dados em bancos de dados do governo federal. Os bancos de dados do governo Federal são importantes ferramentas de transparência orçamentária e controle social. Possibilitam ao cidadão o acesso às informações orçamentária da União, estados e municípios. Essas ferramentas facultam aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos e constitui um importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois as informações sobre recursos alocados no setor oferecem subsídios para a discussão sobre o financiamento e o planejamento do SUS. Os bancos de dados utilizados nesta pesquisa oferecem subsídios para análise das condições sanitárias do sistema de saúde, a análise dos gastos com as ações e serviços de saúde, os planos e orçamentos públicos federais.

**Quadro 3–** Bancos de dados utilizados para análise quantitativa

<b>Tipo de documento</b>	<b>Ano de elaboração</b>	<b>Tipo de circulação</b>	<b>Autoria</b>	<b>Presidência da república</b>	<b>O que pesquisar?</b>
DATASUS	2001 a 2016	Irrestrito	MS	FHC, LULA e Dilma	Valor pago aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da SM
SIOPS	2001 a 2016	Irrestrito	MS	Dilma	O repasse feito pelo MS aos estados e municípios para pagamentos de ações e serviços da SM
Dados do E-SIC	2014, 2015 e 2016	Restrito	MS	Dilma	A identificação por códigos e valores pagos dos procedimentos hospitalares e extra-hospitalares da SM

**Fonte:** Sistematização própria, 2017

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. O sistema oferece dados de mortalidade e morbidade da população; registro sobre o processo de adoecimento com base no conceito de saúde ampliado e de seus determinantes populacionais; informações sobre os procedimentos utilizados na assistência à saúde da população; os cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais; os cadastros dos estabelecimentos de saúde; além de informações sobre recursos financeiros e informações do número populacional e condição socioeconômicas. As informações disponibilizadas no DATASUS oferecem subsídios para análise das condições sanitárias do sistema de saúde, tomadas de decisão com base em dados estatísticos e elaboração de programas de ações de saúde de acordo com o perfil epidemiológico da região (BRASIL, 2002). Identificamos nesse sistema os procedimentos hospitalares e extra-hospitalares realizados pelos entes federados e pagos pelo Ministério da Saúde (ver quadro 4).

O Sistema Integrado de Orçamento Público da Saúde (SIOPS) disponibiliza os gastos em ações e serviços públicos de saúde. A institucionalização do SIOPS se deu no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de

2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. Atualmente, o SIOPS é coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - AESD, da Secretaria Executiva (BRASIL, 2010a). Desde sua institucionalização em 2000 até o exercício 2012, o SIOPS foi alimentado pelos municípios, estados e Distrito Federal por meio do preenchimento de formulário desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde. Com a aprovação da [Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 \(LC 141/2012\)](#), todos os entes federados são obrigados a registrar os dados no sistema, inclusive a União (BRASIL, 2012a). Identificamos nesse sistema os repasses fundo a fundo realizados pelo Ministério da Saúde aos entes federados para pagamento de ações e serviços da saúde mental.

O Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC)<sup>15</sup> permite que qualquer pessoa - física ou jurídica - encaminhe pedidos de acesso à informação para órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. Além de fazer o pedido, é possível acompanhar o cumprimento do prazo de resposta; consultar as respostas recebidas; entrar com recursos; apresentar reclamações; entre outras ações. O acesso ao e-SIC pode ser feito no site [www.esic.gov.br](http://www.esic.gov.br) que centraliza todos os pedidos de informação dirigidas ao Poder Executivo Federal, suas entidades vinculadas e empresas estatais. O sistema via Web é disponibilizado pela Controladoria-Geral da União (CGU) em atendimento a Lei de Acesso à Informação - Lei Federal nº 12.527, sancionada em 18 de novembro de 2011, que regulamenta o direito de acesso dos cidadãos às informações públicas, previsto na Constituição (BRASIL, 2011b). Por meio desse site obtivemos informações da coordenação nacional de saúde mental sobre quais procedimentos ambulatoriais e hospitalares da saúde mental são pagos pelo Ministério da Saúde.

Para o estudo foram considerados os gastos realizados pelo governo Federal com as ações e serviços de saúde mental no período de 2001 a 2016, considerando que o ano de 2001 é demarcado pela aprovação da Lei 10.216

---

<sup>15</sup> Acesse o sistema em: <https://esic.gov.br/sistema/site/index.html>

(Lei de Reforma Psiquiátrica que reorienta a política de saúde e mental brasileira). A consolidação dos dados resulta na construção da série histórica dos últimos 15 anos, a partir da aprovação da Lei da saúde Mental.

Os gastos com a saúde mental realizados pelo governo federal com procedimentos ambulatoriais encontram-se registrados no DATASUS. Até 2012 esses gastos eram identificados por 20 procedimentos que contemplam os atendimentos ambulatoriais. Mas a Portaria 854 (agosto de 2012) exclui 09 procedimentos<sup>16</sup> e inclui 19 procedimentos<sup>17</sup>. Na composição da série histórica relacionamos 39 procedimentos ambulatoriais<sup>18</sup> descritos no quadro abaixo (quadro 4).

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<sup>19</sup>. Em 2010 a Portaria nº 480 (setembro de 2010) cria 01 procedimento<sup>20</sup>. E, em 2012 a Portaria nº 953 (setembro de 2012) cria 06 procedimentos<sup>21</sup>. Na composição da série histórica relacionamos 19 procedimentos hospitalares, como descritos no quadro abaixo.

**Quadro 4-** Base de dados onde se encontram registros das categorias que contemplam os procedimentos hospitalares e ambulatoriais em saúde mental

Base de dados	Procedimentos ambulatoriais (extra- hospitalares em SM)	Procedimentos Hospitalares em SM
DATASUS	1-0301080020 acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial 2- 0301080038 acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial 3- 0301080046 acompanhamento de	1-0303170018 diagnóstico e/ou atendimento de urgência em psiquiatria 2- 0303170026 tratamento da intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas 3- 0303170034 tratamento da

<sup>16</sup> Procedimentos excluídos pela Portaria 854 de 2012 (0301080054, 0301080062, 0301080070, 0301080089, 0301080097, 0301080100, 0301080119, 0301080127, 0301080135).

<sup>17</sup>Procedimentos incluídos pela Portaria 854 de 2012 (030180186, 0301080194, 0301080208, 0301080216, 0301080224, 0301080232, 0301080240, 0301080259, 0301080267, 0301080275, 0301080283, 0301080291, 0301080305, 0301080313, 0301080321, 0301080330, 0301080348, 0301080356, 0301080399).

<sup>18</sup> Os 39 procedimentos resultam da soma dos 20 procedimentos, definidos anteriormente, mais os 19 procedimentos inclusos a partir da portaria 854 de 2012. Para os três últimos anos (2012, 2013, 2014) devem ser considerados 30 procedimentos ambulatoriais.

<sup>19</sup> Procedimentos incluídos pela Portaria 3.192 de 2008 (0303170115 e 0303170123).

<sup>20</sup> Procedimentos incluídos pela Portaria 480 de 2010(0303170042).

<sup>21</sup>Procedimentos incluídos pela Portaria 953 de 2012 (0303170131, 0303170140, 0303170158, 0303170166, 0303170174, 0303170182).

	<p>paciente em saúde mental (residência terapêutica)</p> <p>4- 0301080054 acompanhamento intensivo de criança e adolescente c/ transtornos mentais</p> <p>5- 0301080062 acompanhamento intensivo de paciente em saúde mental</p> <p>6- 0301080070 acompanhamento intensivo p/ usuário de álcool / drogas</p> <p>7- 0301080089 acompanhamento não intensivo de criança e adolescente c/ transtornos mentais</p> <p>8- 0301080097 acompanhamento não intensivo de paciente usuário de álcool / drogas</p> <p>9- 0301080100 acompanhamento não intensivo de paciente em saúde mental</p> <p>10- 0301080119 acompanhamento semi-intensivo de criança e adolescente com transtornos mentais</p> <p>11- 0301080127 acompanhamento semi-intensivo de pacientes em saúde mental</p> <p>12- 0301080135 acompanhamento semi-intensivo para usuário de álcool / drogas</p> <p>13- 0301080143 atendimento em oficina terapêutica I- SM</p> <p>14- 0301080151atendimento em oficina terapêutica II- SM</p> <p>15- 0301080160 atendimento em psicoterapia de grupo</p> <p>16- 0301080178 atendimento individual em psicoterapia</p> <p>17- 0301080186 acolhimento noturno de paciente de centro de atenção psicossocial álcool e drogas III</p> <p>18- 0301080194 acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial</p> <p>19- 0301080208 atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial</p> <p>20- 0301080216 atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial</p> <p>21- 0301080224 atendimento familiar em centro de atenção psicossocial</p> <p>22- 0301080232 acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial</p> <p>23- 0301080240 atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares</p> <p>24- 0301080259 ações de articulação de redes intra e intersetoriais</p> <p>25- 0301080267 fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares</p> <p>26- 0301080275 práticas corporais em centro de atenção psicossocial</p> <p>27- 0301080283 práticas expressivas e</p>	<p>síndrome de abstinência do álcool em serviço hospitalar de referência para a atenção I</p> <p>4- 0303170042 tratamento de dependência do álcool em serviço hospitalar de referencia para a atenção integral</p> <p>5- 0303170050 tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial de álcool e drogas</p> <p>6- 0303170069 tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substancias psicoativas</p> <p>7- 0303170077 tratamento em psiquiatria (classificação PT GM 251/02)</p> <p>8- 0303170085 tratamento em psiquiatria - em hospital geral (por dia)</p> <p>9- 0303170093 tratamento em psiquiatria (por dia)</p> <p>10- 0303170107 tratamento em psiquiatria em hospital dia</p> <p>11- 0303170115 tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados em hospital de referência para atenção I</p> <p>12- 0303170123 tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados com comorbidade em hospital de referência</p> <p>14- 0303170131 tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio</p> <p>15- 0303170140 tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo</p> <p>16- 0303170158 tratamento clínico para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde</p> <p>17- 0303170166 tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool</p> <p>18- 0303170174 tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack"</p> <p>19- 0303170182 tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao</p>
--	--	---

	<p>comunicativas em centro de atenção psicossocial</p> <p>28- 0301080291 atenção às situações de crise</p> <p>29- 0301080305 matriciamento de equipes da atenção básica</p> <p>30- 0301080313 ações de redução de danos</p> <p>31- 0301080321 acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial</p> <p>32- 0301080330 apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial</p> <p>33- 0301080348 ações de reabilitação psicossocial</p> <p>34- 0301080356 promoção de contratualidade no território</p> <p>35- 0301080399 matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalar</p> <p>36- 0301070040 acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação</p> <p>37- 0301070059 acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação</p> <p>38- 0301070067 atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências</p> <p>39- 0301070075 atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor</p>	<p>uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas</p>
--	---	--

**Fonte:** Sistematização própria com base nas informações do DATASUS e Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS), 2017.

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 excluem e incluem procedimentos.

Além dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares registrados no DATASUS, os gastos em saúde mental realizados pelo Ministério da Saúde são contabilizados pelas ações e procedimentos extra-hospitalares, descritos abaixo (quadro 5)

**Quadro 5** - Base de dados onde se encontram registros das categorias que contemplam ações e procedimentos extra-hospitalares

Base de dados	Procedimentos extra- hospitalares em SM
DATASUS	Medicamentos Especializados em Saúde Mental e procedimentos ambulatoriais (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)
SIOPS (a partir de 2010 são definidas 05 ações para financiamento da SM)	<p><b>Ação 20AD-</b> Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família- Previsto para implantação de Consultório na Rua</p> <p><b>Ação 20AI-</b> Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa).</p> <p><b>Ação 6233-</b> Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental- previsto para os eventos e convênios da área.</p> <p><b>Ação 8585</b> Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. Planos orçamentários:  1- PO 0002- Crack é Possível Vencer - Previsto para custeio de CAPS AD III, Unidade de Acolhimento e Leitos em H.G.  2 – PO 000F- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CAPS) – Previsto para custeio de CAPS e SRTs</p> <p><b>Ação 20B0-</b> Atenção especializada em Saúde Mental - Previsto para implantação de novos pontos de atenção.</p>

**Fonte:** Sistematização própria com base nas informações da Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS), 2017.

Os gastos com Medicamentos Especializados em Saúde Mental, considerados alto custos, podem ser identificados no DATASUS sobre medicamentos específicos da Saúde Mental: Ziprasidona 40mg e 80 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, 200 mg e 300 mg. Os dois primeiros medicamentos (Ziprasidona 40mg e 80 mg; Risperidona 1 mg, 2 mg e 3 mg; Quetiapina 300 mg) pertencem ao grupo 1B<sup>22</sup>, sendo a aquisição dos mesmos responsabilidade dos estados e Distrito Federal, devendo o Ministério da saúde ressarcir aos entes federados, com base nas informações registradas no DATASUS. Os medicamentos Clozapina 25 mg e 100 mg; Olanzapina 5 mg e 10 mg; Quetiapina 5 mg, 25 mg, 100 mg e 200 mg, pertencem ao grupo 1A e a aquisição dos mesmos é feita pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados e Distrito Federal. A informação sobre os gastos realizados com esse grupo de medicamento é fornecido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica/MS.

A partir de 2010, com a implantação do Programa Crack É Possível Vencer, bem como o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Ministério da Saúde definiu 05 ações com garantia de repasse de recurso para implantação de RAPS. Até então, os repasses para os Centros de

<sup>22</sup> De acordo com a portaria GM/MS Nº 1.554/2013, que regulamenta o componente especializado da assistência farmacêutica.

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); **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.

Vale destacar que até 2009, os gastos realizados com incentivo para Centros de Atenção Psicossocial (repasse fundo a fundo); incentivo SRTs; incentivo para reabilitação psicossocial Programa De Volta Para Casa; enfrentamento ao Crack e Outras Drogas; convênios, pesquisas e Eventos; a fonte de dados era a Coordenação Nacional de Saúde Mental, pois não havia um sistema de identificação de repasse específico para estes serviços. Ou seja, antes de 2010, os recursos destinados a essas ações da saúde mental só podiam ser identificados por meio de programas específicos implantados por portarias da saúde mental, pagos com recursos da Média e Alta Complexidade (MAC). Para obter as informações sobre essas ações até 2010 acessamos o E-SIC e, por meio deste sistema, a Coordenação Nacional de Saúde Mental nos forneceu informações sobre o montante de recursos e portarias que regulamentam os repasses. Mas, a partir de 2010 as informações referentes a essas categorias encontram-se disponíveis no SIOPS.

Para análise dos programas que compõem as ações hospitalares os 19 procedimentos identificados no SIH-SUS foram categorizados em 04 ações, conforme descritos no DATASUS, a saber: Proc.Hospitais 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 por nós categorizados em 07 ações, a saber: Medicamentos; Ações de reinserção social; Ações do Centro de Atenção Psicossocial; Ações ambulatoriais em saúde mental, Convênios e eventos; Ações de enfrentamento ao crack e outras drogas e, Incentivo para implantação e custeio com novos pontos de atenção da RAPS. Para categorizar as ações extra-hospitalares buscamos responder onde e para que são realizadas essas ações, além de considerar as características específicas das mesmas.

Para análise dos dados obtidos nessas bases realizamos análise estatística descritiva compondo série histórica dos gastos entre 2001 e 2016. Os dados foram organizados em variáveis, a saber: gastos com ações de saúde mental em geral e por tipo (hospitalares e extra-hospitalares); gastos com serviços de Atenção Psicossocial implantados por tipo e percentual de cobertura desses serviços; gastos com medicação em SM em relação aos gastos totais extra-hospitalares; gastos com serviços residenciais terapêuticos implantados e distribuição desses serviços por região; percentual gasto com auxílios liberados do Programa de Volta Para Casa em relação ao montante de recursos destinados as ações extra-hospitalares; gastos com saúde mental per capita; percentual investido na saúde mental em relação ao percentual investido na saúde. Essas variáveis serão medidas em percentual observando se há tendência crescente e a variação desses valores. Os valores foram deflacionados utilizando o fator IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas por meio da ferramenta “Calculadora do Cidadão do Banco Central”. Os dados foram confrontados da seguinte maneira:

**Quadro 6-** Sistematização dos dados

Ações Planejadas para a Política de Saúde Mental	X	Ações executadas
Percentual gasto com serviço hospitalar	X	Percentual gasto com serviços extra-hospitalar
Expansão da rede	X	Gastos com medicamentos

Gastos com ações desinstitucionalizantes	X	Gastos com serviços extra-hospitalar
Recursos orçados para implantação de novos serviços	X	Serviços implantados

**Fonte:** Sistematização própria, 2017.

Não podemos desconsiderar que, a despeito de identificar-se uma nova tendência no que se refere ao modelo assistencial, a existência desses serviços não garante sua natureza não manicomial. Assim, é importante refletir se as ações que vêm sendo desenvolvidas não apontam para uma reatualização da indústria da loucura ao invés de reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica, o que implica em desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico (AMARANTE, 1995).

Essa tese configura um caminho de uma gestora do SUS que por oito anos lidou com os recursos da saúde na lógica concreta do “cobertor curto” e agora quer desnudar aquilo que Gilson Carvalho sempre denunciou. Para entender a política social, siga para onde vai o dinheiro. Com isso convidamos a todos a nos acompanhar nessa saga em busca de respostas à pergunta: para onde vai o dinheiro da saúde mental? Será que o dinheiro está sendo direcionado para reafirmar os princípios da Lei da saúde Mental?

A tese está estruturada em 04 seções: a primeira problematiza o lugar estrutural do fundo público no capitalismo contemporâneo na reprodução ampliada do capital e na implementação das políticas sociais, portanto, inserido na luta de classes. Destacamos ainda a contradição entre composição e apropriação do Fundo Público na realidade brasileira, considerando as particularidades de nossa formação sócio-histórica. Enfatizamos a apropriação do fundo da Seguridade Social brasileira no processo de valorização do capital e destacamos a disputa da saúde por uma parcela dos recursos destinados a esse fundo.

Na segunda, debatemos a reforma da política de saúde mental e o seu financiamento, destacando a apropriação dos recursos destinados ao setor pela indústria da loucura e o processo de constituição da política de saúde mental como programa de governo, a partir da década de 1990. Nesse capítulo, evidenciamos a

luta pela reforma da política de saúde mental e seu financiamento, que envolveu sujeitos políticos que se colocaram em cena na disputa pelos recursos destinados à saúde mental.

Na terceira, entramos na análise do financiamento, norteados pelos instrumentos de gestão (planos e relatório de gestão da saúde), procurando identificar em que momento as demandas da saúde mental foram inscritas no plano de governo, como demandas prioritárias.

Na quarta, evidenciamos para onde vai o dinheiro da saúde mental, analisando as metas propostas nos espaços das Conferências Nacionais de Saúde Mental e não alcançadas, a inversão da relação dos gastos hospitalares para extra-hospitalares, o detalhamento desses gastos e as ações orçamentárias programadas e executadas.

Identificamos que o Ministério da Saúde gastou ao longo dos últimos 15 anos uma média de 2,4% e mediana de 2,35% do orçamento anual do SUS com a saúde mental, percentual abaixo do preconizado pela OMS (5%). A partir 2006 alcançou a inversão dos gastos, destinando a maior parte dos recursos para ações extra-hospitalares, atendendo as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Entretanto, o investimento em ações que promovam efetivamente o processo de desinstitucionalização, essencial à consolidação da lei, bem como investimentos na criação de novos dispositivos assistenciais nessa direção, têm sido gradativamente reduzidos ao longo dos anos.

Concluimos que o direcionamento dos gastos ora reafirma, ora nega os princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a destinação insuficiente de recursos na implementação da política de saúde mental e, para além disso, o atravessamento de interesses que dificultam a constituição de uma rede extra-hospitalar com dispositivos assistenciais que garanta cobertura dos usuários da saúde mental.

Convidamos a todos a seguirem conosco para responder “para onde se direcionam os gastos em Saúde Mental?”.

## **2. ESTADO E FUNDO PÚBLICO**

O percurso para criticar nosso objeto requer problematizar o lugar estrutural do fundo público no capitalismo contemporâneo na reprodução geral do capital e no financiamento das políticas sociais. Aqui refletiremos como o fundo público se expressa no orçamento público e, por meio dele, refletir a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos. Como nosso objeto trata do financiamento da Saúde Mental, área constitutiva da política de saúde, é mister pensar como ocorre a apropriação do fundo público vinculado à Seguridade Social para a valorização e acumulação do capital<sup>23</sup> e para a garantia dos serviços públicos previstos no Sistema Único de Saúde. Iniciaremos a discussão apontando que as lutas de classes se expressam no interior do orçamento do Estado e este se obriga a aumentar sua intervenção na economia, por meio do uso crescente do orçamento público.

Este capítulo está organizado em quatro partes: a primeira trata do papel do Estado, que para viabilizar um conjunto de condições necessárias ao processo de acumulação e valorização do capital, passa a desenvolver funções econômicas de forma direta e indireta e, para isso aumenta o orçamento público. A segunda trata da constituição do fundo público brasileiro no processo e desenvolvimento da economia mundial, que condicionou o Brasil a uma relação de subordinação e dependência. A terceira trata do fundo público brasileiro, constituído em maior peso por recursos que advêm da classe trabalhadora, que encontra dificuldades em canalizar para si os recursos do fundo público e garantir direitos inscritos na Seguridade Social brasileira. A quarta parte reflete sobre o financiamento da saúde como política constitutiva da Seguridade Social brasileira, que tem seu financiamento redirecionado para o processo de acumulação e valorização do capital. Ou seja, tratamos o quadro do subfinanciamento da política de saúde.

### **2.1. O Estado no processo de acumulação e valorização do capital**

Para compreendermos o papel do Estado para garantir a acumulação e valorização do capital, necessitamos considerar o processo sócio-histórico. Em

---

<sup>23</sup> Aqui a estratégia utilizada é a dívida pública.

uma perspectiva histórica, nas fases anteriores do capitalismo (primitivo e concorrencial), o Estado não tinha o mesmo peso quantitativo que adquiriu no processo de desenvolvimento do capitalismo. Isso porque o Estado não extraía e transferia parcela tão significativa da mais valia socialmente produzida, como também, não se apropriava do trabalho necessário via tributação como hoje é feito, especialmente nos países de capitalismo periférico (BEHRING, 2010).

No capitalismo contemporâneo, o Estado, além das funções de coerção e legitimação, age no sentido de garantir as condições gerais de produção. Passa a intervir no processo de organização da dinâmica social de forma contínua e sistemática, desempenhando sua função repressiva e, ao mesmo tempo, integradora. Para isso, direciona parte do fundo público para implementação de políticas sociais, acirrando a disputa pelo fundo público entre o capital e a classe trabalhadora, que busca garantir o financiamento de suas antagonicas necessidades básicas (NETTO, 2005).

Mandel (1982), a partir da análise das características do capitalismo após a segunda guerra mundial (caracterizado por ele como capitalismo tardio), nos oferece pistas relevantes acerca da disputa pelo fundo público. Nas três fases de desenvolvimento do capitalismo que o autor propõe (livre concorrência, imperialismo clássico e capitalismo tardio), este destaca que as duas últimas fases (imperialismo clássico e capitalismo tardio) são marcadas pelo processo de monopolização do capital. Este processo impõe ao Estado uma alteração no seu modo de ser<sup>24</sup>.

Tanto no capitalismo monopolista do final do século XIX (ainda imperialismo clássico) quanto no capitalismo tardio do pós Segunda Guerra Mundial (capitalismo tardio), a classe trabalhadora encontra-se consolidada como classe e essa demanda impõe ao Estado novas funções. Nessa fase do capitalismo, o Estado teria três principais funções:

---

<sup>24</sup> Na livre concorrência, o papel do Estado limitava-se a assegurar os contratos de trabalho e intermediar os interesses burgueses junto à classe trabalhadora utilizando a força para impor tais interesses. Nesta fase o Estado controla as primeiras expressões materiais e políticas da questão social nascente- resultante da hegemonia do capital industrial nascente - bem como assegura a expansão mundial do capital subordinando a periferia ao processo de exploração. Para exercer essas funções os Estados Nacionais já no início do século XX recolhiam entre 10 e 20% do PIB em termos de cargas tributárias nacionais (MANDEL, 1982)

1- criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; 2- reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes utilizando o Exército, a polícia, o sistema judiciário e penitenciário; 3- integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (MANDEL, 1982, p. 333).

Para Netto (2005), nesta fase de desenvolvimento de acumulação capitalista, as funções políticas do Estado encontram-se imbricadas com as funções econômicas, abrindo possibilidades, entre outras, para um salto organizativo nas lutas do proletariado e do conjunto da classe trabalhadora.<sup>25</sup> Mas essas possibilidades são mediatizadas pela correlação das classes e das forças sociais no jogo político. Nas sociedades onde não ocorreu um movimento democrático, operário e popular sólido, com objetivos determinados capazes de estabelecer alianças sociopolíticas, não se obteve ganhos para as classes subalternas<sup>26</sup>. Netto (2005) lembra que não é uma inclinação natural por parte do Estado contemplar as demandas econômico-sociais e políticas imediatas das classes subalternas. A prioridade será os superlucros dos monopólios e do sistema de poder político de que eles valem. Entretanto, na medida em que as demandas apresentadas pelas classes subalternas possam ser refuncionalizadas para o interesse direto e indireto da maximização dos lucros, tais demandas são passivas de respostas positivas.

Para viabilizar um conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista, o Estado desenvolve funções econômicas de forma direta e indireta. Dentre as funções econômicas diretas desenvolvidas

---

<sup>25</sup> Nos países de capitalismo central o movimento operário cresceu e passou a ocupar espaços políticos e sociais importantes obrigando a burguesia a reconhecer direitos de cidadania político e social cada vez mais amplo para esses segmentos. A vitória do movimento socialista na Rússia, em 1917, e seu impacto sobre o movimento operário internacional impulsionou o capital a buscar legitimidade política, pactuando acordos coletivos de trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

<sup>26</sup> No Brasil, país de periferia do mundo, as relações sociais tipicamente capitalistas desenvolveram-se de forma bem diferente dos países de capitalismo central. O trabalho no Brasil, atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação não possibilitou uma radicalização das lutas operárias que resultasse na constituição de partidos e organizações fortes. Logo, a criação dos direitos sociais no Brasil não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central. É interessante notar que os direitos sociais no Brasil, resultantes da luta de classes, são instituídos como tutela e favor expressando a correlação de forças dominantes (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

pelo Estado, destaca-se seu papel como empresário nos setores básicos não rentáveis para fornecer aos monopólios, a baixo custo, energia e matérias primas fundamentais ao desenvolvimento do mesmo; o socorro às empresas capitalistas em dificuldades, socializando as perdas; os complexos construídos com dinheiro do fundo público e depois entregues aos monopólios; os subsídios imediatos aos monopólios e a garantia explícita de lucros pelo Estado. Somam-se a isso, funções indiretas assumidas como investimentos públicos em meios de transporte e infraestrutura para reprodução do capital; preparação institucional da força de trabalho requerida pelos monopólios e gastos com investimentos e pesquisas (NETTO, 2005).

Para garantir o processo de acumulação capitalista, o Estado se empenhou em controlar os ciclos econômicos combinando políticas fiscais e monetárias. Essas políticas eram dirigidas a áreas de investimento público para reprodução do capital e consumo da massa (transporte, lazer). O Estado passou a regular, direta e indiretamente, os acordos salariais e os direitos dos trabalhadores de produção, além de lhes fornecer um forte complemento ao salário social com gastos em saúde, educação, habitação etc (NETTO, 2005; HARVEY, 1996). O Estado buscou se legitimar desenvolvendo sua capacidade de estender os benefícios do fordismo a todos e desenvolver estratégias para garantir assistência médica, educação, habitação às classes subalterna. Mas a condição para manutenção do fornecimento de bens coletivos dependia da contínua aceleração da produtividade do trabalho no setor corporativo (NETTO, 2005; HARVEY, 1996).

No *Welfare State* do pós-segunda guerra mundial (nos países de capitalismo central), a esfera pública sistematizou-se a partir de regras universais e pactuadas, tornando o fundo público - nas suas diversas formas - como pressuposto do financiamento da acumulação do capital. Por meio da reprodução da força de trabalho, a população passa a ser coberta via gastos sociais e, assim, cria-se uma esfera pública ou um mercado institucionalmente regulado (OLIVEIRA, 1998).

Nos chamados “anos dourados”, o fundo público ampliou o financiamento da reprodução da força de trabalho, com investimentos públicos em educação,

saúde e programas de garantia de renda maiores que o crescimento percentual do PIB, ou seja, um incremento do salário indireto pelo Estado, possibilitando aos trabalhadores direcionar seus salários diretos para dinamizar o consumo de massas (OLIVEIRA, 1998). A ampliação das despesas sociais públicas ou dos salários indiretos possibilitou o crescimento dos mercados, especialmente do de bens de consumo duráveis, graças à ascensão do consumo de massa. Desse modo, o fundo público contribuiu para o aumento das taxas de lucro, bem como para o progresso técnico, a organização fordista de produção e os enormes ganhos de produtividade nos países de capitalismo central (OLIVEIRA, 1998).

Para Oliveira (2008), a regulação keynesiana<sup>27</sup> esteve em pleno funcionamento até o momento em que a reprodução do capital, os aumentos da produtividade e a elevação do salário real limitavam, de certa forma, sua circulação no território nacional. Isso porque havia uma relativa circularidade nacional dos processos de retroalimentação, ou seja, o investimento e a renda que o fundo público articulava e financiava, retornava em ganhos fiscais correspondentes. Mas, à medida que ocorre a internacionalização produtiva e financeira da economia, parte dos ganhos fiscais é retirado dos fundos públicos nacionais, mas isso não o isenta da responsabilidade de continuar articulando e financiando a reprodução do capital e da força de trabalho. Assim, a crise fiscal vai se instalando nos limites nacionais de cada uma das grandes potências industriais desenvolvidas, num jogo em que “um ganha e o outro perde”. Para o autor, ocorre uma “incompatibilidade entre o padrão de financiamento público e a internacionalização produtiva e financeira”. Esta última rompe com o padrão de financiamento do chamado *Welfare State*, significando o enfraquecimento da regulação keynesiana (OLIVEIRA, 1998, p. 27).

Associado à regulação keynesiana surge o fordismo, que defendia a produção e o consumo de massa. Trata-se do período do segundo pós-guerra mundial em que se registra um crescimento acelerado do capital produtivo nos principais países capitalistas, configurando um regime de acumulação intensiva acompanhado pelo consumo de massa. Esse regime de acumulação

---

<sup>27</sup> Para aprofundar nesse aspecto ler HARVEY (1996).

conhecido como fordismo marca o longo período de expansão capitalista que se estendeu de 1945 a 1973 (HARVEY, 1996). O fordismo sustentou-se em um **conjunto de práticas** de controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico, constituído como modelo fordista-keynesiano (HARVEY, 1996). Durante os anos do keynesianismo/fordismo, o fundo público, particularmente o previdenciário, serviu para garantir a aposentadoria dos trabalhadores e canalizar recursos para obras de infra-estrutura. O Estado aumenta o seu tamanho para garantir as condições gerais de produção e, ao mesmo tempo, desenvolver políticas sociais para reprodução da classe trabalhadora.

Para O'Connor (1977) o crescimento e a composição dos gastos do Estado capitalista são determinados por duas funções básicas e contraditórias que o Estado se obriga a desempenhar para garantir a reprodução do sistema capitalista: a da *acumulação*, que constitui as próprias bases de seu poder de arrecadação; a de *legitimação*, com a qual busca garantir a coesão e consenso das classes e frações de classes em torno de um projeto econômico hegemônico. Isso significa que a formação do capitalismo seria impensável sem o uso de recursos públicos, que, muitas vezes, funcionam como uma “acumulação primitiva” (OLIVEIRA, 2012). Ou seja, a presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é central ao capitalismo (SALVADOR, 2012).

O'Connor (1977) apresenta duas teses básicas de seu estudo sobre o papel do Estado no processo de acumulação do capital. A primeira é que para ele, o crescimento do Estado e da despesa estatal funciona como base do crescimento do setor monopolista e da produção total. O Estado tende a intervir para garantir a lucratividade do sistema, socializando os custos com investimento social, capital de consumo, despesas militares<sup>28</sup>, entre outros. Dito

---

<sup>28</sup> Para Mandel (1982) o gasto militar configura uma importante via de subsídio estatal do lucro, considerando que boa parte do rendimento nacional passa a ser destinado aos itens bélicos. Ampliam-se os orçamentos dos Estados por intermédio das indústrias bélicas, na qual sequências inteiras de ramos industriais funcionam por meio de encomendas estatais. O gasto militar configura também o incremento da pesquisa no âmbito público, evitando riscos para o setor privado (MANDEL, 1982). Para o autor a origem militar das inovações tecnológicas constitui um verdadeiro sustentáculo da fase do capitalismo monopolista. O autor chama a atenção para essa fonte extra-econômica associada à chamada guerra fria, que produziu um

de outro modo, as despesas realizadas pelo Estado teriam a característica de favorecer a acumulação do capital privado, seja por meio do aumento da capacidade produtiva - expansão da produtividade e diminuição dos custos da força de trabalho – seja na complementação da renda salarial ou na expansão do complexo industrial-militar. A segunda residiria na alocação dos recursos governamentais, oriundos do sistema tributário (impostos sobre o capital, o consumo, a propriedade e o trabalho) e de outras fontes internas como taxas, dívida pública, etc. A tese central do autor é que há uma forte demanda dirigida ao Estado, combinada com dificuldades crescentes de ampliação de base tributária (O'CONNOR, 1977).

O papel do Estado como reforçador da acumulação privada por meio da priorização das despesas em favor do desenvolvimento do capital é acrescido por meio do volume e distribuição do peso tributário. Os tributos sobre o trabalho assalariado (imposto sobre a folha de pagamento e consumo) teriam maior peso do que os incidentes sobre o capital (imposto sobre o lucro e o patrimônio) fortalecendo a acumulação e transformando a estrutura tributária em instrumento altamente discriminatório em favor do capital privado (OLIVEIRA, 2012). Para o autor, o financiamento do orçamento por meio da tributação é uma questão que impõe uma análise de classe expressando a correlação de forças sociais.

A classe dominante impõe um sistema de exploração tributária que é dissimulada por meio de *slogans* - justiça, igualdade, progresso - ou ocultada por inúmeros tributos nos preços das mercadorias. As justificativas para a exploração tributária fundamentam-se em três conceitos: a) o incentivo ao progresso, que difunde a ideia de não taxar demasiadamente os lucros para não diminuir o crescimento da produção e do emprego; b) a capacidade de pagar, no entendimento de que cada um deve pagar imposto correspondente à renda, o que discrimina os trabalhadores, justificando que uns ganhem menos em detrimento de outros, considerando o ramo de produção em que estão

---

aumento substancial nas despesas com armamentos e o desenvolvimento do militarismo. Registra-se o crescimento maior do aparato estatal envolvendo um desvio maior de rendimentos sociais para o Estado (MANDEL, 1982).

inseridos; c) e o tratamento igual para iguais numa concepção marcadamente ideológica de que todos terão igual acesso aos benefícios da tributação (O'CONNOR, 1977).

A elite no poder intervém na esfera do domínio econômico por meio da política tributária e do orçamento, meio pelo qual realiza a redistribuição da renda nacional. Os grupos de interesses intervêm na distribuição desejada de valores pela qual lutam as várias classes em disputa, sendo a classe burguesa de proprietários controladores das empresas monopolistas e contratantes do Estado, a primeira e maior influência sobre o governo nacional. Os interesses desses grupos refletem-se no âmbito parcial ou global das políticas nas instâncias federal, estaduais e municipais (OLIVEIRA, 2012).

A forte demanda dirigida ao Estado, combinada com dificuldades crescentes de ampliação da base tributária, num contexto de acirramento da concorrência internacional e de estagnação econômica, inevitavelmente vai gerar a crise fiscal (O'CONNOR, 1977). Para o autor, o crescimento simultâneo do setor monopolista e do setor estatal vai gerar graves crises – social e fiscal – orçamentárias. Instalada a crise, os defensores do capital dirigem sua crítica ao Estado Social para liberar o fundo público da esfera social, direcionando-o apenas para o capital. Assim, no contexto da crise fiscal do Estado, acirra-se a disputa pelo fundo público, sob acusações neoliberais de estatização, de desperdício e estímulo à dependência (BERHING; BOSCHETTI, 2006). Logo, a crise fiscal do Estado se expressa na disputa entre os recursos destinados à reprodução do capital e os fundos destinados à manutenção das políticas sociais (SALVADOR, 2012).

Embora O'Connor (1977) não utilize a expressão “fundo público” ele desvela que o Estado capitalista utiliza-se dos recursos públicos para resolver o problema da crise fiscal, que é resultado da crise do próprio capital. A característica comum a todas as crises financeiras dos últimos trinta anos é o uso do fundo público para socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, processo que se evidenciou a partir dos anos de 1970 (SALVADOR, 2010).

A partir dos anos 1970, com a intensificação dos fluxos financeiros, o Estado capitalista intensificou sua atuação para alimentar os circuitos da valorização do capital portador de juros. Para recuperar as taxas de juros em franco declínio e o ritmo de valorização do capital, os Estados capitalistas aumentaram suas dívidas<sup>29</sup>, objetivando evitar uma brutal desvalorização do capital fictício e assegurar a reprodução ampliada do capital em tempos de crise (LUPATINI, 2012).

O aumento da dívida pública explica-se pelos pacotes de salvamento dos Estados capitalistas aos grandes bancos, corretoras, financeiras, grandes empresas privadas para evitar a brutal desvalorização do capital fictício (LUPATINI, 2012). Ou seja, em tempos de crise do capital, o fundo público é utilizado para socorrer as instituições falidas. Ocorre que no capitalismo contemporâneo o mundo das finanças globalizadas tem sido marcado por sucessivas crises financeiras. A fragilidade sistêmica das crises<sup>30</sup> está no volume elevado de créditos sobre a produção futura que os detentores de ativos financeiros consideram pretender. Quando a crise instaura-se, ela não se limita às fronteiras do país de origem, uma vez que a globalização financeira permite gerar créditos espalhados em vários mercados financeiros no mundo. Instaurada a crise, todo o discurso e a defesa da eficiência do mercado, da privatização, da desregulamentação desaparece e o fundo público é acionado para socializar os prejuízos (SALVADOR, 2010).

Desde o final dos anos de 1970, a dívida pública vem se expandindo nos países capitalistas, período em que os Estados Unidos elevaram de forma drástica e unilateral as taxas de juros, aprofundando o endividamento dos

---

<sup>29</sup> Nos EUA a relação dívida pública (Esfera Federal) e PIB aumentou significativamente entre 2007 e 2015, passando de 35% para 104,1%. A dívida pública nos países da OCD (França, Alemanha, Itália, Japão, Reino Unido e EUA), saltou entre 2007 a 2015, de 55,1% para 150,5%, enquanto as instituições financeiras retrocederam suas dívidas (LUPATINI, 2012).

<sup>30</sup> Para Chesnais (2005), a fragilidade sistêmica da crise ocorre pelo volume elevado de créditos sobre a produção futura que os possuidores de ativos financeiros pretendem receber, bem como na busca de resultados das aplicações financeiras realizadas pelos administradores de fundos de pensão. A esfera financeira ascende e se sobrepõe a esfera da produção no processo de acumulação capitalista, provocando maior instabilidade econômica e taxas de crescimento pequenas ou negativas.

países devedores<sup>31</sup>. No final da década de 1970, a dívida pública se constituía importante mecanismo de garantia de margens de rentabilidade do capital e de fortalecimento dos credores, que passaram a representar uma parcela significativa da aristocracia financeira que se forma nesse período (BRETTAS, 2012).

Na medida em que o Estado cresce sua atuação para garantir as condições gerais de produção capitalista, o fundo público vai se tornando, cada vez mais, imprescindível à reprodução do sistema, evidenciando a dificuldade do capital em garantir, por sua própria capacidade, seu processo de valorização. Entretanto, as classes dominantes criticam o perfil do gasto público denunciando que são excessivos aqueles voltados para atender à demanda da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que legitimam os gastos diretamente voltados para o fortalecimento da acumulação capitalista. A classe dominante acusa que o déficit no orçamento público ocorre em função dos recursos gastos na reprodução da força de trabalho. Nesse caso, impõe-se a necessidade de ajustes fiscais para conter as políticas sociais, mas, em contrapartida, ampliam-se os repasses para o capital sair da crise (LUPATINI, 2012).

É dessa forma que o fundo público passa a ter um papel cada vez mais importante para a reprodução ampliada do capital utilizando como um dos principais mecanismos o aumento da dívida pública para garantir as condições de acumulação capitalista. Isso porque o lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma e concretizar o processo de acumulação, mas, ao apropriar-se de parcelas dos recursos do fundo público, o processo de acumulação retoma suas possibilidades (BRETTAS, 2012; LUPATINI, 2012).

Oliveira (1998, p. 24) destaca que “as proporções e o lugar da dívida pública dos principais países confirmam o lugar estrutural do fundo público na sociabilidade geral”. Nas últimas três décadas do século XX, tornou-se indisfarçável a relação entre a dívida pública dos países mais importantes, suas posições no sistema capitalista e suas dinâmicas.

---

<sup>31</sup> Ver estudos no Observatório da dívida em <http://msiainforma.org/category/observatorio-da-divida/>. Ver Nakatani em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Paulo\\_Nakatani.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Paulo_Nakatani.pdf).

O Estado capitalista empreende esforço para pagamento da dívida pública que aumenta em consequência da rolagem da dívida<sup>32</sup> (MARQUES; MENDES, 2010). Lupatini (2012) afirma que nos últimos anos em todos os países capitalistas ocorreu uma elevação significativa entre dívida pública e Produto Interno Bruto, pois a estratégia usada pelos Estados capitalistas é a emissão de créditos públicos para evitar a desvalorização do capital fictício e assegurar a reprodução ampliada do capital<sup>33</sup>. No Brasil, a maior parte dos títulos públicos foi emitida no mercado mobiliário, que saltou de R\$108,5 bilhões em 1995 para aproximadamente 3,11trilhões em 2016. No mesmo período, enquanto o PIB cresceu 5,5 vezes, a dívida mobiliária federal cresceu quase quinze vezes (NAKATANI, 2006; 2012; BRASIL, 2017). O exemplo do Brasil é perfeito para se afirmar que o aumento da dívida pública ocorreu para garantir a valorização do capital fictício (NAKATANI, 2006; LUPATINI, 2012).

O aumento espiral da dívida pública nos principais Estados capitalistas não se deu para ampliar o bem estar da sociedade e sim para garantir a reprodução ampliada do capital. A dívida pública tornou-se uma das saídas da crise, por meio de pacotes de salvamento dos Estados aos grandes bancos, corretoras financeiras, grandes empresas privadas etc, para evitar a desvalorização do capital fictício. O Estado capitalista que socorre as instituições privadas adota crescentes e intensos ajustes por meio de privatizações, ataque a previdência social, redução de pensão e salários de servidores públicos, aumento de impostos indiretos, que recai em grande parte sobre a classe trabalhadora, tudo isso para garantir o pagamento da dívida pública adquirida para socorrer o capital (MARQUES; MENDES, 2010; LUPATINI, 2012).

---

<sup>32</sup> Os detentores dos títulos públicos emitidos pelo Estado recebem anualmente certo valor de juros pelo capital emprestado. O credor não pode pedir ao Estado o reembolso, pois o capital já foi consumido. O que o credor possui é um título de propriedade que pode ser vendido como crédito para outra pessoa, que terá assegurada um tributo anual do Estado. A acumulação do capital da dívida pública significa a multiplicação de uma classe de credores do Estado autorizados a retirar para si certas somas do montante dos impostos (LUPATINI, 2012)

<sup>33</sup> Nos Estados Unidos, em 2007 a taxa de crescimento da dívida de crédito no mercado do governo federal era de 4,9% ao ano, enquanto que a taxa das instituições financeiras era de 12,6%. A partir de 2008 o governo Federal aumentou significativamente o crédito no mercado e as instituições financeiras retrocederam. A mais valia extraída da classe trabalhadora para assegurar a reprodução do capital aumentou o número de pobres nos Estados Unidos (LUPATINI, 2012).

Na análise de Brettas (2012), a dívida pública assumida no final do século XX, implica uma volumosa transferência de recursos provenientes do trabalho para as mãos da burguesia financeira (nacional e internacional). Portanto, tanto o tamanho da dívida quanto a sua gestão não podem ser analisadas a partir de questões puramente técnicas, mas pela compreensão de que se trata de decisões políticas em defesa dos interesses do grande capital e que tem por base uma determinada correlação de forças entre estes e os interesses da classe trabalhadora.

Brettas (2012) afirma que na crise mundial que estourou em 2008, os países europeus contiveram a crise por meio de repasse de recursos para o setor privado, aumentando sua dívida pública. Os Estados assumem a crise financeira por meio da dívida pública que é paga pela classe trabalhadora via ajustes fiscais, que restringem direitos, precarizam as condições de vida da população e aumentam o desemprego.

Salvador (2012) afirma que a crise que se manifestou em 2008 nos Estados Unidos é, na verdade, uma crise do capital e do desenvolvimento do capitalismo em sua permanente busca por superlucros, que produz destruição sem precedentes de natureza do trabalho e gera desemprego em grande escala. Ela é estrutural porque se origina e atinge o núcleo central da reprodução do capital, seja nos países da América Latina, que nunca alcançaram o pleno emprego, ou um Estado social universal, seja nos países europeus, que conquistaram direitos sociais e trabalhistas (SALVADOR, 2012).

Behring (2010) acrescenta que os impactos da crise do capital sobre o fundo público atingem a sua formação e a sua destinação. No que tange à formação, o fundo público é usado como um instrumento de contenção da crise, implicando em “reformas” tributárias regressivas e o desencadeamento de mecanismos de renúncia fiscal<sup>34</sup> para o empresariado, com o discurso de proteção do emprego. No que se refere à sua destinação, o fundo público é direcionado para socorrer empresas endividadadas adquirindo seus ativos,

---

<sup>34</sup> As renúncias fiscais na saúde se dão sobre os gastos das pessoas físicas e jurídicas que utilizam planos privados de saúde e os gastos direto das famílias com saúde, bem como mediante as desonerações fiscais da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Essa questão será apontada ainda nesse capítulo.

justificando a necessidade de manutenção de postos de trabalho. O fundo público se comporta também como mecanismo de crédito, mobilizando recursos para garantir o processo de acumulação do capital. De modo que o crédito e a dívida pública vão permanecer como elementos cada vez mais essenciais ao processo de reprodução social ampliada. Para Oliveira (1998), o que torna os fundos públicos insubstituíveis na reprodução do capital, atuando nas duas pontas de sua constituição - reprodução da força de trabalho e despesas sociais públicas - é que o lucro do capital é absolutamente insuficiente para estruturar e concretizar as novas possibilidades do progresso técnico (OLIVEIRA, 1998). Para isso, é necessário apropriar-se dos recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalista.

As formas com que o fundo público participa indiretamente da reprodução do capital são descritas por Salvador (2010) como sendo de quatro ordens:

- 1) O fundo público reproduz o capital por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção; 2) Na reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição e liberando os salários para o consumo; 3) Por meio dos gastos sociais do Estado, que destina vultosos recursos do orçamento *para* investimentos em transporte e infraestrutura, no desenvolvimento de pesquisa, tecnologias e subsídios e renúncias fiscais para as empresas; 4) Na transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, 2010, p.622).

A análise de Salvador nos aponta que o fundo público é essencial tanto no processo de acumulação produtiva garantindo investimento para desenvolvimento do capital, por meio de gastos com infraestrutura, pesquisa, tecnologias, transporte, subsídios, desonerações, renúncias fiscais e pagamentos de juros e amortização da dívida, quanto por meio de gastos com políticas sociais para reprodução da força de trabalho. No âmbito das políticas sociais, a ampliação das mesmas garante o consumo aquecendo o mercado, principalmente nos períodos de refração da atividade econômica. Assim, o papel do Fundo Público para a manutenção do capitalismo na esfera econômica é extremamente relevante, além de garantir a coesão social.

Para Salvador (2010), o fundo público envolve toda a capacidade de arrecadação de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc.. Mas, essa arrecadação não se dá de forma igualitária, e muito menos progressiva<sup>35</sup>, principalmente nos países com grande desigualdade de renda e riqueza, como é o caso do Brasil. A tributação no Brasil é regressiva na medida em que tem relação inversa com o nível da renda do contribuinte. A reversão ocorre porque o contribuinte com renda mais baixa é mais prejudicado. Quando o imposto é progressivo, o contribuinte com maior renda paga mais, isso significa mais progressividade e justiça fiscal. Para compreender a regressividade e progressividade é necessário avaliar as bases de incidência tributária, que são: renda, propriedade, produção, circulação e consumo de bens e serviços. Conforme as bases de incidência consideram-se os tributos diretos e indiretos. Os tributos diretos incidem sobre a renda e o patrimônio, sendo considerados os mais adequados para garantir a progressividade. Os indiretos incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços, sendo repassados para os consumidores. Mais da metade dos impostos do Brasil são cobrados sobre o consumo, significando que a população de baixa renda acaba suportando uma elevada tributação indireta (SALVADOR, 2010).

Behring (2010) contribui com o debate conceituando o fundo público pela via tributária afirmando que “o fundo público é constituído pela punção compulsória - na forma de impostos, taxas e contribuições - da mais-valia socialmente produzida” (BEHRING, 2010, p. 20). Apropriando-se de Marx, explicita que o Estado se apropria de parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra destinando esse montante ao desempenho de múltiplas funções. A autora alerta que no capitalismo monopolista e cada vez mais no capitalismo contemporâneo e, especialmente no capitalismo periférico, o fundo público não se forma apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas também com o trabalho necessário, tendo em

---

<sup>35</sup>A arrecadação progressiva consiste na taxação de impostos diretos sobre a renda e o patrimônio das camadas mais ricas da população. A taxação dos impostos no Brasil é regressiva, pois é feita com maior peso sob a folha de salários e sob as mercadorias (impostos indiretos), onerando justamente a renda dos pobres (SALVADOR, 2010).

vista que a forma de tributação recai em maior peso sobre a classe trabalhadora. A exploração tributária crescente complementa a exploração do trabalho na produção, pois na medida em que os trabalhadores pagam impostos diretamente via folha de salário e indiretamente, por meio do consumo, lhe é extraído o trabalho necessário para sua sobrevivência, ou seja, o trabalhador é expropriado duas vezes (BEHRING, 2010). Assim o fundo público brasileiro se constitui historicamente com características regressivas<sup>36</sup>.

Se, por um lado, o Estado se apropria cada vez mais dos recursos advindo do trabalho, se amplia o retorno destes recursos para a burguesia por meio de subsídios fiscais, dos mecanismos da dívida pública, entre outras medidas que garantem a lucratividade do capital (SALVADOR, 2010). Assim, como vimos destacando desde o início, o fundo público expressa em si as disputas presentes na sociedade de classes em que trabalhadores mobilizados buscam, por meio de políticas públicas, garantir o financiamento das suas necessidades enquanto o capital hegemônico assegura o uso do fundo público para sua reprodução por meio de subsídios econômicos, participação no mercado financeiro e na eliminação de riscos para garantir o processo de circulação da produção (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Evidenciado o papel do Estado no cenário da acumulação, bem como a função do fundo público no capitalismo contemporâneo, destacamos que o Brasil e a América Latina configuram-se em realidades específicas distantes das formas com que se configurou o capitalismo contemporâneo nos países centrais. Assim, é mister aprofundarmos a questão do fundo público brasileiro.

## **2.2. O Fundo público brasileiro: uma mirada histórica**

Dentro das marcas da formação sócio-histórica brasileira, o fundo público foi a condição essencial para a burguesia brasileira garantir sua ascensão econômica e manutenção de sua política conservadora e antidemocrática, apropriando-se do fundo público e excluindo desse processo parcelas da classe trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

---

<sup>36</sup> A arrecadação regressiva consiste na taxação de impostos indiretos que incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços e acabam sendo repassados para os preços dos produtos adquiridos pelos consumidores (SALVADOR, 2010).

O desenvolvimento do capitalismo na América Latina evoluiu de uma forma peculiar que impôs aos países latino-americanos uma condição de dependência, inicialmente por se integrarem no capitalismo como formações coloniais de vários tipos, posteriormente ao se incorporarem ao imperialismo industrial como territórios neocoloniais (MARINI, 2000). O sistema colonial foi essencial para o amadurecimento e expansão do capitalismo, pois além da extração de riquezas das colônias, esse sistema garantiu um mercado para escoar os produtos manufaturados na Europa, possibilitando o desenvolvimento capitalista dos países de primeiro mundo (RIBEIRO, 2007).

Além de garantir matérias-primas para os países industriais, os países latino-americanos garantiram meios de subsistência de origem agropecuária para manter uma população urbana disponível para a indústria. A grande indústria tornou-se possível graças à grande disponibilidade de bens agrícolas que permitiu aprofundar a divisão do trabalho e a especialização dos países industriais como produtores mundiais de manufaturas (MARINI, 2000). Cueva (1998) acrescenta que a garantia dos meios de subsistência de origem agropecuária proporcionada pelos países latino-americanos possibilitou o forte incremento da classe operária e de uma população urbana ocupada nas indústrias e nos serviços. Isso foi fundamental para aprofundar a divisão do trabalho e a especialização dos países industriais como produtores mundiais de manufaturas.

As relações comerciais estabelecidas na economia mundial se baseiam em um sistema de trocas desfavoráveis que resultam na transferência de renda dos países latino-americanos para os países centrais. Os países latinos participam de um processo de intercâmbio de mercadorias com trocas não equivalentes, desfavoráveis aos países latino-americanos, designado pelo autor como intercâmbio desigual. Para compensar a perda de renda gerada pelo comércio internacional, intensifica-se a exploração do trabalhador pela mais-valia-relativa, que, ao final, é enviada para os grandes centros industriais. O problema que se coloca no intercâmbio desigual é o de compensar a perda da mais-valia que não se realiza no interior de cada nação, mas é transferida para os países centrais (MARINI, 2000).

Enquanto os países industriais se especializaram como produtores mundiais de manufaturas os países latino-americanos cumprem seu papel na divisão internacional do trabalho formando um mercado de matérias-primas industriais, aumentando a massa de trabalhadores explorados. As funções que a América Latina desempenha na economia capitalista mundial não requerem apenas a exploração da mais-valia-absoluta dos trabalhadores latinos. A acumulação passa a depender cada vez mais do aumento da capacidade produtiva do trabalho deslocando a produção da mais-valia-absoluta para a mais-valia-relativa. Ou seja, o desenvolvimento da produção latino-americana, que garante a acumulação da economia industrial dos países centrais, sustenta-se fundamentalmente na maior exploração dos trabalhadores latino-americanos (MARINI, 2000).

A condição de subordinação e dependência imposta aos países periféricos pelos países centrais se modifica historicamente, mas se mantém (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Exemplo disso foi a imposição dos ideais liberais aos países latino-americanos, no final dos anos de 1980, que endividados pelo aumento da taxa de juros internacionais, optaram por seguir passo a passo a cartilha do Consenso de Washington, imbuídos pela ideia de que para renegociar a dívida era indispensável gerar confiança nos órgãos internacionais. A estratégia da política econômica da América Latina voltou-se para um tema central: a renegociação da dívida externa, o que implicou a submissão dos governos latino-americanos às decisões dos Organismos Internacionais. Estes, ao imporem a manutenção de saldo positivo no resultado fiscal como condição para os países em desenvolvimento demonstrarem seu comprometimento com os contratos previamente firmados, passaram a direcionar a formulação das políticas sociais<sup>37</sup> (UGÁ et al, 2008). Assim, a partir

---

<sup>37</sup> A maioria dos países aceitou como premissa as ideias neoliberais e assumiu que as estratégias de desenvolvimento deviam desenhar-se em torno de uma maior incorporação da economia internacional, com políticas de liberalização comercial e da balança de pagamentos, de flexibilização do mercado de trabalho e de redução do papel do estado, principalmente no âmbito das políticas sociais. Em Cuba, a política social seguiu uma característica própria, bem diferente da lógica neoliberal implantada na América Latina. A partir dos anos 2000 Cuba eleva a planos superiores o desenvolvimento das políticas sociais alcançando os melhores resultados sociais na área da saúde, educação, seguridade social, comparados aos demais países da América Latina. Alguns indicadores alcançaram resultados comparados com os de países desenvolvidos (MURUAGA, 2012).

da década de 1990, os países em desenvolvimento se empenharam em gerar superávits primários<sup>38</sup> para pagamento da dívida pública (LUPATINI, 2012).

A orientação do Consenso de Washington nos anos 1990 – conter gastos públicos – dirigida tanto ao sistema de meta de inflação, taxa de câmbio flutuante e criação de um superávit primário fiscal, sustentou a permanência de uma política econômica que subordina o social aos objetivos macroeconômicos (MARQUES; MENDES, 2010).

No Brasil, a adoção do pensamento neoliberal passa a determinar a política econômica brasileira a partir do governo Collor de Mello (início da década de 1990). O período Collor, apesar de curta duração em função do *impeachment*, representou uma transição entre o passado desenvolvimentista<sup>39</sup> e a política econômica fundamentada no neoliberalismo. Eleito, Collor lança um plano de combate à inflação, abrindo o mercado ao capital estrangeiro, dando início ao processo de privatizações. O Plano Collor de controlar a inflação fracassa e Collor é impedido de governar, mas permanecem as novas regras da abertura comercial e a convicção de que o Estado deveria tornar-se cada vez menor (MARQUES; MENDES, 2010). Esse é um processo que permanece atual.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) aprofunda-se o processo de privatização das empresas e serviços estatais, inclusive os das áreas sociais, subordinando a política econômica brasileira ao pensamento neoliberal, aos interesses dos credores internacionais e nacionais e ao capital financeiro em geral (MARQUES; MENDES, 2010). A economia brasileira segue os ditames da ordem mundial mantendo como fundamento da política econômica o sistema de metas de inflação, a taxa de câmbio flutuante e a geração de superávits primários, com fortes incentivos e subsídios ao grande capital

---

<sup>38</sup> Superávit primário é a economia dos gastos públicos utilizados para o pagamento do serviço da dívida; é a diferença entre as receitas e os gastos não financeiros (LUPATINI, 2012).

<sup>39</sup> No período chamado de desenvolvimentista, em plena ditadura militar, o Estado definia a política salarial e controlava os preços de produtos considerados essenciais. Garantia ainda incentivos fiscais para a produção de cana-de-açúcar, visando à produção de álcool em substituição à gasolina, além de medidas protecionistas voltadas para a indústria brasileira de microinformática. No campo das políticas sociais estendeu gradativamente a cobertura do risco velhice até cobrir todos os trabalhadores formais, através da unificação dos antigos institutos chegando a um sistema único. Alcançou-se ainda o direito à saúde universal e a criação de um Sistema Único de Saúde. Os avanços no campo das políticas sociais foram inscritos constitucionalmente na promulgação da CF de 1988, sob a pressão democrática (MARQUES, 2010).

exportador. Tal medida implicou em ajustes com graves consequências econômico-sociais e o estrangulamento fiscal-financeiro do setor público (LUPATINI, 2012). O governo FHC realizou as principais privatizações, fez duras investidas contra a previdência social pública, rege a política econômica por metas de inflação e controla o gasto público, com vistas a redirecionar os recursos do fundo público para a realização de superávits primários. A meta pactuada com o Fundo Monetário Internacional (FMI) para geração de superávit primário entre 1999 e 2002 foi fixada em 3,1% do Produto Interno Bruto (PIB). Esse pacto impossibilita o retorno ao Estado Desenvolvimentista<sup>40</sup>, pois a prioridade dada à política macroeconômica é antagônica ao desenvolvimento das políticas sociais, em especial, a de cunho universalizante como a saúde (MARQUES; MENDES, 2010).

O primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2007) não operou mudança na política econômica realizada por FHC. Ao contrário, aprofundou o processo de privatização, sob uma nova forma<sup>41</sup> e manteve o tripé dos fundamentos da política econômica, ultrapassando a meta pactuada com o FMI fixando em 4,25% do PIB. A geração de superávits primários resultou em tentativas e/ou redução de recursos para as áreas sociais, inclusive para o setor saúde (MARQUES; MENDES, 2010). O Governo Lula, no seu primeiro e segundo mandato (2007-2010), contou com uma situação econômica favorável, em virtude do processo de crescimento mundial, o que possibilitou ao governo contornar problemas estruturais da economia (OLIVEIRA, 2013).

Em resumo, a despeito de o governo Lula ter sido eleito na esperança de que mudanças significativas no campo econômico e social seriam realizadas, Lula declarava que respeitaria os contratos e obrigações do país e que preservaria o superávit primário para impedir o aumento da dívida interna e a destruição da confiança na capacidade do governo de honrar os seus compromissos

---

<sup>40</sup> No processo de industrialização o Estado desenvolvimentista foi elemento chave por investir em infraestrutura; criar estatais produtoras de matérias-primas essenciais; e também por se preocupar em desenvolver um sistema público de proteção social. Agora a ordem do capital é afastar o Estado de suas antigas funções – associadas ao período desenvolvimentista entre 1930 e 1970 (LUPATINI, 2012).

<sup>41</sup> Na Petrobrás, por exemplo, a privatização ocorreu mediante leilões dos novos pontos de prospecção e pela negociação de suas ações na Bolsa de Nova York. Realizou-se parceria público privado (PPP) para exploração de vias rodoviárias, bem como para gestão de serviços essenciais como o de Saúde (MARQUES; MENDES, 2010).

(MARQUES; ANDRADE, 2015). Em seus dois governos, Lula não rompeu com a política macroeconômica adotada durante o governo FHC, pois manteve o tripé do acordo estruturado em conjunto com o Fundo Monetário Internacional (FMI), ao final de 1998 (MARQUES; ANDRADE, 2015).

A presidente Dilma, ao contrário do presidente Lula, não encontrou um cenário internacional favorável. Para manter um crescimento da economia, optou por reduzir a taxa básica de juros (Selic), sendo derrotada pelo mercado. No início de seu governo em 2011 a taxa Selic estava em 12,0% a.a. reduzindo em 2012 a 7,25%, voltando a aumentar para 14,25% em 2015. Dilma também deu continuidade às políticas anticíclicas para estimular o consumo, num quadro de retração do investimento e sem promover reformas que alterassem as condições da oferta. Apesar de inicialmente dispor de mais de 80% da representação da Câmara dos Deputados, a presidente enfrentou dificuldades nessa casa na tramitação de projetos do executivo (OLIVEIRA, 2013).

A política macroeconômica adotada pela presidente Dilma Rousseff não foi diferente em relação aos governos anteriores. Em todos os anos, mais de 48% do orçamento do governo Dilma direcionou-se ao pagamento e amortização da dívida pública, em maior parte para os bancos nacionais e estrangeiros, além dos fundos de pensão. Em contrapartida, o PIB obteve um percentual de crescimento menor que 1% ao ano por oito trimestres consecutivos (COGGIOLA, 2015). O governo Dilma privatizou aeroportos, com fortes subsídios estatais e transferiu para a iniciativa privada a manutenção, construção e exploração de 7,5 mil quilômetros de rodovias e 10 mil quilômetros de ferrovias. Ademais, no governo Dilma houve redução dos salários dos servidores públicos e dos gastos sociais em percentual mais baixo dos últimos vinte anos, abaixo inclusive do prevalecido pelos governos anteriores ao PT (COGGIOLA, 2015). Os ajustes fiscais do governo Dilma levaram à redução de salários e a um pesado processo de privatização e, ainda que não expresse nenhuma novidade, faz parte das respostas à crise dadas pelo governo, o que demonstra a continuidade da política macroeconômica de Lula (VIANNA, 2012). Ou seja, o compromisso com a sustentabilidade da dívida, por meio do controle/redução do déficit ou com a

geração de superávits primários é tido como único caminho, subordinando a política fiscal ao controle do capital financeiro (OLIVEIRA, 2012).

É importante destacar que as decisões sobre a taxa básica de juros (Selic) comprometem as contas públicas. As grandes instituições financeiras exercem pressão para manter a taxa de juros altos e as despesas com juros é o principal fator para o aumento da dívida pública (OLIVEIRA, 2013).

Oliveira (2012) aponta que o primeiro mandato do governo FHC (1995-1998), a participação do refinanciamento ficou entre 35% e 39% do total dos gastos. Com o acordo feito pelo Brasil com o FMI<sup>42</sup>, em novembro de 1998, o percentual destinado a essa rubrica elevou-se para 45,7% em 1999 e 48,8% em 2000. Nos governos Lula e Dilma, a prioridade para pagamento da dívida se mantém representando em todos os anos, percentual acima dos 45% (OLIVEIRA, 2012). Em 2015 foram gastos R\$ 571.63 bilhões com juros da dívida<sup>43</sup>, valor correspondente a 6,2 vezes ao gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde no mesmo ano. Isso demonstra a real importância dessa rubrica dentro da execução orçamentária e como o Estado se compromete com a dívida.

Durante a campanha eleitoral do segundo governo, Dilma passou a atacar o “rentismo” e o “grande capital bancário” o que lhe garantiu apoio de setores significativo de esquerda<sup>44</sup> (MARQUES; ANDRADE, 2015). A presidente Dilma Rousseff se reelegeu em 2014 com pequena margem de 3% em relação ao candidato Aécio Neves do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB). Entretanto, após a eleição, ocorrem mudanças no comando do governo, passando a constituir o novo ministério com forças de direita, para garantir a formação de uma base política no Congresso Nacional. Essas mudanças geraram uma crise ainda maior na legitimidade do governo, resultando no isolamento do Partido dos Trabalhadores (PT) e do governo de sua tradicional base de apoio. A direita neoliberal e conservadora avançou e pressionou o

---

<sup>42</sup> O acordo era recompor parte das reservas internacionais do país para sustentar o regime de câmbio (OLIVEIRA, 2012).

<sup>43</sup> Dados extraídos do Tesouro Nacional. Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/series-historicas>. Nesses valores estão computados os gastos com juros e a amortização da dívida.

<sup>44</sup> Partido Socialismo e Liberdade.

governo com a perspectiva de recomposição política do grande capital, impondo ao governo petista a adoção de um conjunto de medidas tais como: o aumento dos juros, corte de direitos trabalhistas, aumento da tarifa nos combustíveis e na energia elétrica. Os cadernos de economia dos grandes jornais traziam como pauta a necessidade de reduzir os gastos do Estado, acabando com desonerações fiscais e o aumento da taxa de juros. A taxa Selic havia caído para 7,5% ao ano e o rendimento dos investimentos financeiros aproximou-se de zero, desagradando ao capital internacional e a fração da burguesia brasileira a ele integrada (MACIEL, 2015).

O PMDB exerceu pressão no Congresso Nacional para ampliar seu espaço no governo e ocupar o lugar do PT como principal operacionalizador da política neoliberal. Diversos partidos e forças políticas de direita, mesmo aquelas consideradas “aliadas”, se articulam para aprofundar o programa neoliberal, em defesa do capital internacional, e capitanearam, política e eleitoralmente, uma mobilização em torno do antipetismo e contra o governo, colocando-se como opção preferencial nas eleições de 2016 e de 2018. Tal articulação resultou no *impeachment* da presidente Dilma (MACIEL, 2015).

A entrada do governo Temer no poder em 2016, após *impeachment* da presidente Dilma, aponta para o retrocesso, no sentido amplo, das conquistas sociais. O Ministro da Fazenda por ele nomeado (Henrique Meirelles) representa o interesse das finanças e das grandes Corporações Empresarias. Ou seja, Meirelles representa a vontade política de aplicar toda a agenda neoliberal, retirando as conquistas sociais do povo brasileiro (KLIASS, 2016).

No governo Temer a tendência é aumentar ainda mais o percentual de recursos públicos destinados ao sistema financeiro, sustentado no argumento que o governo não pode gastar mais do que arrecada. Assim, a nova/velha administração da fazenda manterá a lógica de cortes de gastos sociais direcionando os recursos do Fundo Público para pagamento dos juros da dívida que atualmente soma mais de R\$ 520 mil milhões por ano (KLIASS, 2016).

Não é a toa que a Proposta de Emenda Constitucional - PEC 241/2016 aprovada sob PEC 95/2016, que propõe o congelamento dos gastos públicos

por 20 anos, proíbe a criação de novos cargos públicos, propõe a reforma da previdência, a privatização de empresas públicas, a cessão de direitos e a concessão de serviços públicos, foi aprovada na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. A PEC 95/16 aprovada no Congresso Nacional desvinculou receitas e acabou com regra de fixação do gasto mínimo de políticas importantes como saúde e educação. Essa é a principal estratégia utilizada pelo governo Temer para gerar superávit primário para pagamento dos juros e amortização da dívida.

A Nota Técnica (Nº 28) emitida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) analisa algumas implicações para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a garantia do direito à saúde com o Novo Regime Fiscal, apresentado por meio da PEC 95/2016 (IPEA, 2016).

No caso da saúde é preciso considerar que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, impactando na situação de saúde da população. Os anos 2016/2017 têm apresentado alguns indicativos para a área da saúde. Retoma-se no cenário nacional a emergência de doenças como a Dengue, Febre amarela, Zica-virus, Chikungunya, leptospirose, tuberculose, Malária, Sífilis, entre outras consideradas doenças negligenciadas<sup>45</sup>, sustentadas por interesses econômicos que se fortalecem com a lógica de mercado instituída; a deterioração dos programas de saúde pública, que resulta do desfinanciamento das políticas sociais; além de fenômenos da degradação socioecológica provocadas pela irracionalidade humana e interesses industriais (NAVARRO et al, 2002).

Considera-se ainda a transformação na pirâmide populacional com o envelhecimento e o aumento da expectativa de vida, demandando maior investimento na saúde. Também há expansão acelerada das situações de vida de segmentos populacionais submetidos a inúmeros riscos sociais, tais como os moradores de rua, migrantes e refugiados das guerras civis, populações

---

<sup>45</sup> Doenças negligenciadas implicam em doenças decorrentes da falta de atendimento das reais necessidades de saúde da sociedade brasileira que compreenda os problemas sociais, culturais, políticos e econômicos, o que impõe a articulação da pesquisa científica canalizada para as resoluções da saúde pública, apoiada na perspectiva dos macroproblemas estruturais da nação (NAVARRO et al, 2002).

indígenas, usuários de drogas e grupos marginalizados dos grandes centros urbanos, dentre outros, que demandam a necessidade de garantir a saúde no seu sentido amplo (NAVARRO et al, 2002). Ademais, vivemos tempos de elevadas taxas de desemprego. Segundo IBGE - com base na Pesquisa por Amostra de Domicílios - o último trimestre analisado (dez/16 a fev/17), alcançamos a maior taxa de desemprego no país desde 2012<sup>46</sup>.

No campo da saúde mental há que se destacar ainda o crescimento no número de suicídios e de uso de ansiolíticos. No caso do suicídio, a taxa cresceu de 5,1 por 100 mil habitantes em 2002 para 5,6 em 2014, saltando para 9,8 em 2015 (OMS, 2016). No caso dos ansiolíticos, Azevedo; Araújo e Ferreira (2016, p. 88) registraram que "as capitais brasileiras passaram de um consumo de 2,63 doses diárias/por mil habitante em 2010, para 3,66 em 2011, chegando a 4,53 em 2012". A instabilidade vivida em tempos de crise repercute diretamente no quadro da saúde mental. Assim, a preservação dos programas de proteção social é necessária para proteção da saúde da população, bem como para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto (VIEIRA, 2016).

Mas, a despeito disso, as políticas sociais e, em especial, a política de saúde não se constituem ponto prioritário frente aos interesses econômicos, caracterizados pelo imediatismo dos empreendimentos lucrativos que desconsideram as questões ligadas ao desenvolvimento social, incluindo neste contexto um claro descaso pela saúde da população, principalmente das regiões historicamente pobres, as tropicais e subtropicais (NAVARRO et al, 2002)

Em suma, o compromisso com a sustentabilidade da dívida, por meio do controle/redução do déficit ou com a geração de superávits primários, que subordina a política fiscal ao controle do capital financeiro, tem levado aos governos de centro-esquerda e de direita a adotarem a política macroeconômica destinando o fundo público para pagamento da dívida pública com elevadas taxas de juros, carga tributária elevada e regressiva, congelando salários do setor público, priorizando metas de superávit primário, adoção de reforma neoliberal com redução de direitos da Seguridade Social e

---

<sup>46</sup> Ver [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad\\_continua/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/).

privatizações. Com a derrocada do PT, a direita retoma o controle político e econômico com presteza para aprofundar a política macroeconômica e com graves prejuízos à Seguridade Social Brasileira.

### **2.3. O fundo público em terras brasileiras e o desenho da Seguridade Social**

No caso brasileiro, historicamente, a presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e nos gastos sociais nunca alcançou resultados na mesma magnitude dos países centrais. Entretanto, como a presença dos fundos públicos no processo de ampliação do capital é uma questão estrutural do capitalismo, também no Brasil o fundo público, em suas diferentes formas, assegurou tanto as condições gerais de produção e reprodução do capital, quanto condições mínimas de reprodução social (OLIVEIRA, 1998). Mas, ao contrário dos países desenvolvidos, o Brasil não propiciou condições de reproduções sociais da totalidade da força de trabalho. Segundo Behring e Boschetti (2006), na formação do Estado nacional, os políticos e a elite econômica não se comprometeram com qualquer defesa mais categórica dos direitos dos cidadãos brasileiros, marcando a configuração da política social no Brasil.

A correlação de forças entre os divergentes interesses do grande capital e da classe trabalhadora torna-se cada vez mais desfavorável para a última. Numa correlação de forças desfavorável à classe trabalhadora, esta encontra dificuldades em canalizar para si os recursos do fundo público para garantir direitos inscritos na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Ou seja, como destacado anteriormente, a ação do Estado privilegia o direcionamento de recursos para o grande capital em detrimento de garantias constitucionais como é o caso do direito à saúde (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O processo de valorização do capital financeiro iniciado nos anos de 1980 aprofunda-se nos anos de 1990 e 2000, sobretudo no momento atual, determinando as difíceis condições de financiamento das políticas sociais inscritas na Seguridade social brasileira, instituída pela CF de 1988. Dito de outro modo, em busca de sua valorização o capital financeiro se apropria do fundo público provocando cortes dos recursos da área social, ameaçando

duramente o financiamento da Seguridade Social (MENDES; FUNCIA, 2016). Vários aspectos, como demonstraremos a seguir, vêm enfraquecendo o financiamento da Seguridade Social (SS), Seguridade Social essa que, sem dúvida, foi um dos maiores avanços da Constituição brasileira de 1988.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 inscreveu a Seguridade Social brasileira no seu Título VIII, que trata da ordem social, no capítulo II. O artigo 194 inscreve que o poder público deve organizar a seguridade social, tendo como objetivos: I) universalidade da cobertura e do atendimento; II) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III) seletividade e distributividade nas prestações dos benefícios e serviços; IV) irredutibilidade do valor dos benefícios ; V) equidade na forma de participação no custeio; VI diversidade da base de financiamento; e VII) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 2001).

O artigo 195 da CF estabelece que o financiamento da Seguridade Social deve compreender, além das contribuições previdenciárias, recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento. Portanto, a Constituição não havia vinculado as ações de algum ramo da seguridade a um tipo de contribuição específica, reforçando a concepção de seguridade social, compreendendo ações e serviços que, em qualquer das três áreas (Saúde, Previdência e Assistência), integravam indivisivelmente a Seguridade Social (BRASIL, 2001c).

A CF de 1988 previu que as despesas com as três áreas deveriam correr por conta do orçamento específico da seguridade social, garantido mediante recursos das três esferas de governo (União, estados e municípios), bem como do Distrito Federal. Para tornar o financiamento menos dependente das variações da economia, os legisladores incorporaram novas fontes de financiamento como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL), 50% das receitas de prognósticos (loteria), mais a receita previdenciária líquida, que responde basicamente às contribuições de empregados e empregadores sobre

a folha de salários. Ou seja, o financiamento da previdência, saúde e assistência social é ampliado para além da folha de salários, incluindo a receita, o faturamento e o lucro (MARQUES; MENDES, 2010).

A ideia de Seguridade Social e do seu financiamento começou a ser desconstruída no início da década de 1990 quando, contrário ao inscrito constitucionalmente, a legislação que regulamentou a Seguridade se configurou separando as três políticas, com leis específicas para a saúde, previdência e assistência social, discriminando-as do ponto de vista do financiamento (MOTA, 2008). Boschetti e Salvador (2006) destacam que a partir da década de 1990, as três políticas que constituem o tripé da Seguridade Social brasileira (saúde, previdência e assistência social), seguiram sua lógica própria e diferenciada, sem estabelecer articulação e complementaridade entre si e sem instituir um sistema homogêneo. O financiamento da seguridade social permaneceu fracionado com separação das fontes de recursos advindos das contribuições diretas de empregados e empregadores para custear a previdência social, enquanto que as políticas de saúde e assistência social foram custeadas com as contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Um dos elementos que impediram a não implementação da Seguridade Social brasileira foi a não efetivação do Ministério da Seguridade Social, como proposto desde a promulgação da CF de 1988. Ao invés disso, criaram-se ministérios específicos para cada política, o que reforçou a fragmentação e independência entre elas (MARQUES; MENDES, 2010).

Na década de 1990, diante da evidência de que os mecanismos de financiamentos do SUS continuavam indefinidos, e que o volume de recursos direcionados ao seu funcionamento era instável, várias propostas foram apresentadas para responder à questão do financiamento do SUS. As propostas seguiam na direção de aumentar o volume e dar maior estabilidade aos recursos destinados à saúde. Na contramão das propostas em defesa da garantia de recursos para o financiamento do sistema de saúde, o governo Federal aprofunda a crise da seguridade social desvinculando parte de seus

recursos por meio da DRU. Trata-se de uma medida que assegurou ao governo Federal direcionar 20% da arrecadação das contribuições sociais para o orçamento fiscal. Desse modo, os recursos antes exclusivos da seguridade social, passam a ser alocados para outros fins (MARQUES; MENDES, 2010).

Tal mecanismo de apropriação foi instituído desde 1994 (criada pela ECR n.º 1, de 1994)<sup>47</sup> (denominado Fundo Social de Emergência) desvinculava 20% das receitas da Seguridade Social para o Fundo Fiscal. Em 1996 tal mecanismo foi renovado pela EC n.º 10, e assumiu nova denominação: Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). A partir de 2000 passa a vigorar a DRU com sucessivas prorrogações. A mais recente foi a EC 93, de 8 de setembro de 2016, que prorrogou a DRU até 2013 ampliando o percentual de desvinculação de 20% para 30% (PIOLA et al., 2013).

Tal manobra visa garantir o destino e a apropriação (antes de 20%, agora 30%) das fontes dos recursos que pertencem ao Orçamento da Seguridade Social para o pagamento dos juros da dívida pública, por meio da manutenção do *superávit* primário (ANFIP, 2014; FUNCIA, 2015). O orçamento da seguridade social, conforme definido na CF de 1988, seria suficiente não só para cobrir as despesas com os direitos já previstos, como também cobriria sua ampliação. Entretanto, a estratégia da União de garantir a desvinculação da arrecadação de impostos e contribuições sociais para geração de *superávits* primários compromete, de maneira drástica, o financiamento das políticas da seguridade social, tornando-a deficitária<sup>48</sup> (SALVADOR, 2010).

A estratégia de vincular recursos às políticas sociais foi uma importante conquista da Constituição Federal de 1988 para enfrentar a prática fiscal institucionalizada no Brasil, que sempre assegurou a aplicação dos recursos do orçamento público na acumulação do capital, submetendo as políticas sociais à lógica econômica. Vincular recursos implica em assegurar que parte da receita

---

<sup>47</sup> Desde sua criação a prorrogação da DRU vinha sendo aprovada no Congresso Nacional por quatro anos. Em 2016, a prorrogação da DRU, que ocorreu pela sétima vez, se estendeu para oito anos aumentando o percentual de desvinculação.

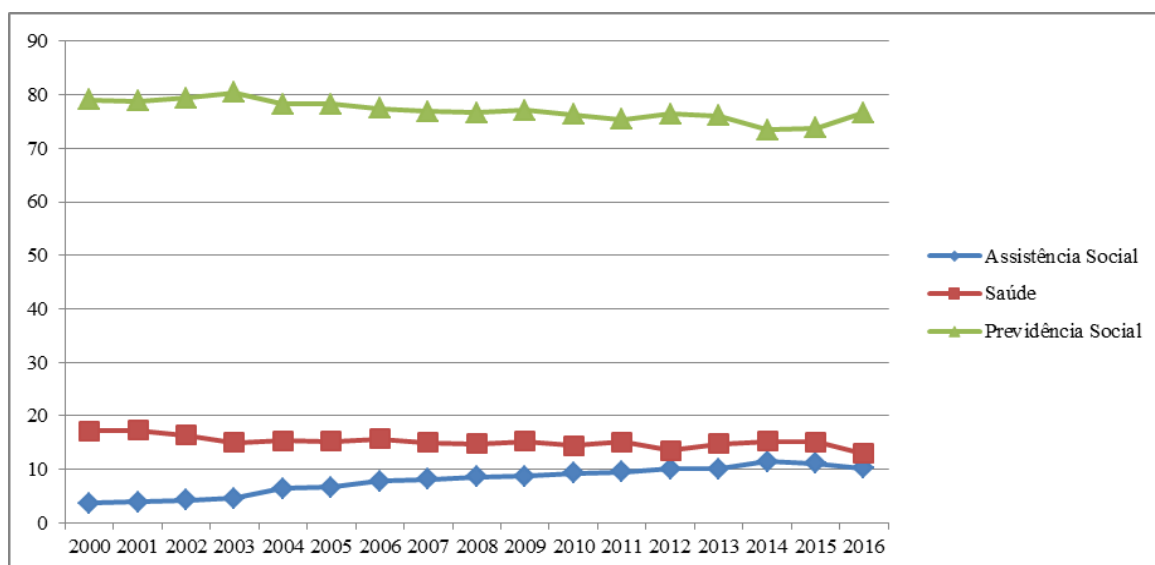
<sup>48</sup> Segundo os dados da ANFIP (2014), os valores apropriados pelo mecanismo da DRU passam de um patamar de R\$ 33.829 milhões, em 2005, para R\$ 63.415 milhões, em 2013, em valores correntes.

do orçamento do governo seja efetivamente direcionada à implementação de políticas sociais, nesse caso das três áreas da Seguridade Social (SALVADOR, 2012).

Entretanto, o financiamento da seguridade social brasileira permanece fracionado com separação das fontes de recursos decorrentes da contribuição direta de empregados e empregadores para custear a previdência social. Para as políticas de saúde e de assistência social prevalece as contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira. Esse desenho do financiamento não fortalece o conceito de seguridade social na sua totalidade, conforme pretendida na Constituição Federal de 1988 e fortalece a tese de que a estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se estrutura sob um financiamento regressivo baseado na renda dos trabalhadores e no consumo não garantindo redistribuição de renda (SALVADOR, 2010), aspecto já destacado anteriormente.

Quanto à aplicação dos recursos da seguridade social nas três políticas, as determinações da Constituição Federal de 1988 assegurou a criação de fundos específicos para garantir destinação de recursos para as três áreas. Dos fundos públicos que compõem a Seguridade Social Brasileira, o Fundo de Regime Geral da Previdência Social é o mais volumoso, entretanto o volume de recursos não tem sido suficiente para universalizar direitos previdenciários, pois na prática, a exigência de contribuição limita o direito aos trabalhadores do mercado formal de trabalho. Quanto ao Fundo Nacional de Saúde, o mesmo vem perdendo participação ano a ano, disputando recurso com a previdência, enquanto que o Fundo Nacional da Assistência Social tem tido clara expansão no âmbito da Seguridade Social Brasileira, em função do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada, como podemos observar no gráfico 1.

**Gráfico 1-** Participação das políticas sociais no orçamento da Seguridade Social em %(2000- 2016)



**Fonte:** Sistematização própria com base no Relatório da ANFIP 2015 e nas Séries históricas do Tesouro Nacional

No gráfico 1 evidencia-se uma curva com encontro das linhas entre os percentuais da saúde (em decréscimo em torno dos 13%) e da Assistência Social (com valores em torno dos 10%).

As três áreas constitutivas da Seguridade Social seguem em disputa pelo Fundo da Seguridade Social e encontram desafios para sua sustentação enquanto políticas públicas destinadas a assegurar direitos sociais (SALVADOR, 2012).

A previdência fica com o maior percentual do orçamento da seguridade social. Em 2000 gastou 79,1% do orçamento, oscilando o percentual nos anos que se seguiram. A partir de 2007 a participação da previdência no orçamento da Seguridade Social mostrou-se decrescente registrando em 2015 a participação em 73,8% e em 2016 o percentual aumenta para 76,6% (ANFIP, 2016).

Salvador (2010) afirma que o Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS) é o mais volumoso financeiramente e no período 2000 a 2007 a maior parte do orçamento (96%) foi executada na subfunção previdência básica, sendo este o principal programa do FRGPS. O FRGPS tem

características diferentes do FNS e FNAS<sup>49</sup>. O Brasil dispõe de dois subsistemas de previdência social, Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e os Regimes Próprios de Previdência Social. Os dois têm caráter obrigatório e funcionam sob o regime de repartição simples<sup>50</sup>. O RGPS cobre os trabalhadores do mercado formal de trabalho do setor privado e os Regimes Próprios de Previdência Social cobrem os servidores públicos e militares, da União, dos Estados e dos Municípios. Para ter direito ao RGPS os trabalhadores do mercado formal necessitam estar inscritos no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o que significa que a cobertura não é universal. Tal regime garante uma renda de substituição em casos de velhice, morte, doença, acidente de trabalho, maternidade e reclusão para os trabalhadores do mercado formal<sup>51</sup> (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003). Vale destacar que o sistema previdenciário brasileiro está baseado no sistema de repartição simples, o que significa que são as contribuições previdenciárias dos atuais membros da população em idade ativa, que garantem os recursos para pagamento dos benefícios, esperando que as gerações futuras, com suas contribuições, façam o mesmo (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003).

Com a Emenda Constitucional n.º 20 (EC n.º 20) (BRASIL, 1998), as contribuições sociais incidentes sobre a folha de pagamentos das Empresas são direcionadas especificamente para as contribuições previdenciárias (antes integravam o conjunto de fontes para o financiamento de toda a Seguridade Social). A EC n.º 20 impossibilitou a utilização dos recursos provenientes das contribuições das empresas sobre a folha de pagamentos, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do RGPS, o que protegeu essas receitas previdenciárias da incidência da ação da DRU, que subtrai 20% de todas as demais receitas de contribuições sociais da Seguridade e transfere

---

<sup>49</sup> Em 1998, foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 20 (EC 20) (BRASIL, 1998), que organizou o Sistema de Previdência em dois regimes: o Regime Geral de Previdência Social e o Regime Próprio de Previdência dos Servidores (RPPS), além do Regime de Previdência Complementar (RPC), previsto para os servidores.

<sup>50</sup> No Sistema de repartição simples as contribuições atuais são destinadas a cobrir os gastos com os aposentados e os pensionistas de hoje. Trata-se de um pacto social entre gerações, em que os ativos financiam os inativos (exemplos de países em que isso ocorre Brasil, EUA, França, Alemanha e Espanha) (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003)

<sup>51</sup> Em 2013, apenas 60,7% da população ocupada esteve segurada em termos previdenciários.

esses recursos para o orçamento fiscal (MARQUES; BATICH; MENDES, 2003).

Vale destacar que o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) é operado pelo INSS, sendo uma entidade pública e de filiação obrigatória para os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse regime cobre a maior parte dos trabalhadores assegurados pela previdência<sup>52</sup>.

A exigência de contribuição prévia para que os trabalhadores possam acessar a previdência, ou seja, a contribuição financeira para garantia da proteção social da previdência é impeditivo para universalização do direito. Principalmente porque a relação salarial não é uma condição generalizada do mercado de trabalho no país, ao contrário, os postos de trabalho são heterogêneos com inserções precárias e vínculos informais de trabalho<sup>53</sup> (BOSCHETTI: SALVADOR, 2008; SALVADOR, 2010).

O discurso da necessidade de reforma na previdência é pauta constante na agenda do governo Federal. Em dezembro de 2016 foi enviado ao Congresso Nacional pelo presidente Michel Temer a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) Nº 287/2016 com esse objetivo. As justificativas apontadas para a reforma são: a) que as contas do Regime geral da Previdência Social (RGPS) registram déficit em relação ao PIB; b) que segundo o IBGE (2015), atualmente nove trabalhadores ativos contribuem para a aposentadoria de uma pessoa com mais de 65 anos. Em 2040 estima-se que haverá quatro trabalhadores ativos por um aposentado, considerando o comportamento demográfico brasileiro, que aponta o envelhecimento populacional, com aumento da expectativa de vida para 75 anos<sup>54</sup>. Nessa direção, propõe-se idade mínima de aposentadoria para 65 anos para homens e mulheres com tempo mínimo de

---

<sup>52</sup> Além do RGPS temos o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS): instituído por entidades públicas –Institutos de Previdência ou Fundos Previdenciários e de filiação obrigatória para os servidores públicos titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; e o Regime de Previdência Complementar: operado por Entidades Abertas e Fechadas de Previdência Complementar, regime privado, com filiação facultativa, criado com a finalidade de proporcionar uma renda adicional ao trabalhador, que complemente a sua previdência oficial.

<sup>53</sup> Para dados sobre isso consultar *Informalidade no Brasil: análises críticas, definições e artigos relacionados*. Disponível em: <https://grupo2informalidade.wordpress.com/2013/05/>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

<sup>54</sup> Ver dados do IBGE, 2014.

contribuição de 40 anos (atualmente é de 30 para mulheres e 35 para homens). Propõe-se ainda o fim de regimes especiais para servidores públicos, professores, entre outras categorias profissionais; mudanças nas regras de pensão por morte, inclusive com cortes no valor da pensão; além de regras para o acúmulo de benefícios, isto é, beneficiários que recebem mais de um benefício encontrarão obstáculos.

Entretanto, o relatório da ANFIP (2016) mostra que entre 2005 e 2012, o percentual aplicado por parte do governo para financiamento do RGPS caiu de -1,72% do PIB, em 2005, para -0,69% em 2012, tendo em vista o aumento do emprego e da renda do trabalho, maiores graus de formalização das empresas e das relações de emprego, mesmo em meio à crise internacional. Isso significa que em 2012, o Tesouro Nacional, ao invés de contribuir com 33%, com recursos da própria Seguridade Social, aportou apenas 10,5% para complementar o pagamento de todas as despesas com benefícios. Ou seja, uma proporção pequena para um modelo tripartite de financiamento (empregados, empresas e governo) (ANFIP, 2016). Após 2012, além de diminuir a geração de novos postos de trabalho, em função da crise econômica, cresceram as renúncias fiscais, o que gerou falta de recursos para cobrir as perdas do RGPS.

O relatório da ANFIP aponta que em 2014, o governo desonerou a folha de pagamentos e estendeu o Super Simples para a quase integralidade dos segmentos econômicos. Vale destacar que as renúncias do Simples não são cobertas pelo Tesouro e elas se agigantam. Em 2015, o governo diminuiu as renúncias da folha de pagamento, mas abriu para que uma infinidade de empresas optasse pelo regime do Simples, aumentando o percentual a ser repassado pelo governo para -1,41%, em relação ao PIB, em 2015. Ou seja, o chamado déficit da Previdência Social corresponde ao volume de renúncias determinado nas contribuições previdenciárias (ANFIP, 2016).

No que tange à política de assistência social, essa garantiu um percentual crescente gasto ano a ano. Em 2000 o percentual foi de 3,7% ascendendo nos anos que se seguiram, chegando em 2015 a 11,1% do orçamento da seguridade social. Em 2016 ocorreu queda nos recursos destinados a essa

área chegando a 10,2% do orçamento da Seguridade Social (ANFIP, 2014). Seguindo tendência crescente na participação do orçamento da Seguridade Social, a assistência social aproxima do percentual de recursos destinados à saúde, como podemos observar no gráfico 1 (página 63).

É evidente o crescimento do orçamento da assistência social nos últimos anos, principalmente após 2003, com o reajuste do salário mínimo que impacta sobre o BPC e com o aumento ascendente dos programas de transferência de renda traduzido pela centralidade política que adquiriu o programa Bolsa Família, estratégia constitutiva do Plano Brasil sem Miséria, para superar a extrema pobreza. Sem dúvida a Política de Assistência Social obteve avanços do ponto de vista do seu financiamento quando consideramos o aumento dos recursos, a instituição dos pisos de proteção social e a instituição dos Fundos Municipais de Assistência Social. No entanto, o processo de implementação do SUAS enfrenta sérias dificuldades e encontra-se ameaçado na sua lógica e configuração enquanto direito social, quando consideramos a não garantia de aporte de recursos para os benefícios, serviços, programas e projetos (COUTO et al, 2012). Isso, porque o aumento dos recursos para os programas focalizantes (Benefício de Prestação Continuada - BPC e o Programa Bolsa Família - PBF) não provoca a universalização de cobertura e atendimento como propõe a Seguridade Social e sustenta a Lei Orgânica da Assistência Social (BOSCHETTI: SALVADOR, 2008; SALVADOR, 2010).

Entretanto, com a nova proposta do governo Temer, o SUAS pode ficar ainda mais focalizado. De acordo com a proposta do governo para implantação do programa “Travessia Social – Uma ponte para o futuro”, o programa Bolsa Família deve ser focalizado nos 5% mais pobres da população brasileira, que representam 3,4 milhões de famílias, equivalendo a cerca de 12,2 milhões de pessoas. Entretanto, para o ano de 2014, o mesmo parâmetro de pobreza, contabilizado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios era de 14,3 milhões de famílias de pobres, sendo o rendimento médio destas famílias de R\$ 176,00 mensais (R\$5,87 por dia para família ou R\$1,63 per capita ao dia) (IBGE, 2014).

Essa proposta de redução do programa exclui 10,5 milhões de famílias. Dessas, 49,6% pertencem à região Nordeste, 25,5% ao Sudeste, 12,9% ao Norte, 6,5% ao Sul e 5,5% ao Centro-Oeste, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015). Em resumo, um programa que deveria ser ampliado sofre progressivos cortes.

Outra questão questionável entre as mudanças propostas por Temer é a contratação dos chamados visitantes sociais, que deverão acompanhar as famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família. Essa proposta coloca a população considerada vulnerável em condições de julgamento e o que deveria ser um direito do cidadão e dever do Estado torna-se instrumento de fiscalização e penalização da pobreza<sup>55</sup>.

Outro desmonte da área assistencial é a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 287/2016) da Reforma da Previdência, que levou o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicar no Diário Oficial da União uma resolução 22/16 manifestando-se contrário à proposta. O CNAS pede que o Congresso Nacional retire do texto o artigo que trata do pagamento do Benefício de Prestação Continuada a idosos de baixa renda e pessoas com deficiência (BRASIL, 2016a).

O CNAS defende que o BPC possibilita melhores condições de vida a 2,3 milhões de pessoas com deficiência e 1,9 milhão de idosos em estado de pobreza. Ademais, o valor de um salário mínimo definido para o BPC destina-se às pessoas que se encontram impossibilitadas de gerar renda pelo próprio trabalho em condições alheia a sua vontade, assim, constitucionalmente o pagamento não pode ser inferior a um salário mínimo. Somado a isso, o CNAS argumenta que o BPC não se destina a complementar a renda de uma família, mas prover ao indivíduo a segurança de renda e que o mesmo não compõe o orçamento da Previdência Social, mas, da Política da Assistência Social,

---

<sup>55</sup> Ver site <http://www.terrasemmalas.com.br/ofensiva-conservadora-de-temer-poe-em-risco-a-assistencia-social/>.

alocada no Fundo Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2016a). Além disso, o Fórum Nacional dos Usuários do Sistema Único da Assistência Social (FNU-SUAS) se manifestou em nota contrários as perdas dos direitos sociais<sup>56</sup>.

Quanto à saúde, apesar do avanço na perspectiva do direito universal, o SUS vem sofrendo um processo de desconstrução sem garantia da cobertura assistencial, com serviços que oscilam entre, alguns de altíssima complexidade (Hemodiálise, tratamentos oncológicos, exames de imagem, como ressonância magnética) e outros de baixa qualidade, resultante de um processo de desfinanciamento. Salvador (2010), ao analisar a distribuição dos recursos das três políticas sociais da seguridade social, chamou a atenção para os gastos com saúde na esfera federal que vêm perdendo participação no orçamento da seguridade social (tendência crescente nos gastos).

Em 2000 os recursos destinados à saúde representavam 17,2% do montante de gastos da seguridade social, no âmbito das três políticas sociais. Ao longo do período teve a participação reduzida, oscilando em alguns anos, representando em 2015 um percentual de 15,1% do orçamento da Seguridade Social (ANFIP, 2016). Em 2016 o orçamento da saúde reduziu para 13,0% reafirmando a tese de que a saúde vem perdendo participação no orçamento da Seguridade Social.

Ou seja, é mister refletirmos sobre o financiamento da saúde e os reflexos dessa na política de saúde mental.

#### **2.4. O financiamento da saúde**

O financiamento do SUS é um dos temas de maior controvérsia na agenda política da saúde. Desde a constituição do sistema, há duplo movimento no caminho do seu financiamento. Por um lado, a defesa do aumento no volume de recursos financeiros seguros e suficientes para que o sistema público brasileiro seja a principal e prioritária forma de atenção a saúde de toda a população, garantindo o princípio da universalidade, defendida por grupos

---

<sup>56</sup> Ver <https://forumusuariosuas.org/>.

comprometidos com a Reforma Sanitária. Por outro, a racionalidade econômica que impõe “contenção de gasto” e, conseqüentemente a redução de gasto na saúde, limitando a extensão da cobertura assistencial na saúde, liberando o orçamento e direcionando-o ao processo de ampliação e valorização do capital (MARQUES; MENDES, 2010).

Na constituição de 1988, os legisladores vincularam receitas do orçamento para garantir o financiamento da saúde no montante dos recursos da Seguridade Social. Entretanto, após a Constituição de 1988 dois fatores determinantes condicionaram a situação financeira da área da saúde: a prioridade dada à Previdência no interior do orçamento da Seguridade Social e a política fiscal implementada pelo governo federal para reduzir gastos sociais. Assim, desde a sua constituição, em todos os anos, o SUS travou uma luta constante pela disputa dos recursos do orçamento da Seguridade Social<sup>57</sup> (MARQUES; MENDES, 2010).

O direcionamento dado ao financiamento da Seguridade Social pelos governos que se seguiram após a Constituição de 1988 delimitou o financiamento da política de saúde, contrariamente às expectativas do movimento pela Reforma Sanitária. Além da não garantia dos 30% do conjunto de recursos da Seguridade Social para a área da saúde, inscrito na CF de 1988, somente em 2000 foi apresentado ao Congresso Nacional a Emenda Constitucional 29 (EC 29), estipulando a forma de inserção da União, estados e municípios no financiamento do SUS. A proposta inovou ao definir o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deveria ser destinado à saúde (MARQUES; MENDES, 2010; SALVADOR, 2010).

A EC 29 determinou a efetiva participação das esferas subnacionais no financiamento do SUS, fortalecendo a participação e a responsabilidade no arranjo federativo que sustenta o Sistema Único de Saúde brasileiro (CARVALHO, 2013). Mas os governos FHC, Lula e Dilma, nas suas gestões (2000-2016), não priorizaram a regulamentação da EC 29. Suas prioridades, como vimos anteriormente, foram dar prosseguimento à política econômica

---

<sup>57</sup> Ver Mendes (2005); Marques e Mendes (2005 e 2010); Marques e Piola (2014).

adotada por FHC, tendo como objetivo principal cumprir metas de inflação e obter elevados superávits primários e, para isso, há que se reduzir o gasto público social. Somado a isso, apenas os municípios cumpriram a EC 29 desde sua aprovação, entretanto, incluíram como despesas da saúde pagamentos com inativos da área da saúde e saneamento básico. Boa parte dos estados que cumpriu a EC 29 também incluíram despesas indevidas como ações e serviços de saúde, como gastos com inativos da área da saúde, saneamento, recursos hídricos, hospitais de clientela fechada, entre outros<sup>58</sup> (MARQUES; MENDES, 2010; SALVADOR, 2010).

Salvador (2010), ao analisar o Fundo Nacional de Saúde (FNS) no período de 2000 a 2007, chamou a atenção para despesas que receberam dotação orçamentária com recursos do FNS que não estavam aglutinadas nas subfunções saúde. Redirecionou-se recursos do FNS para pagamento de inativos do Ministério da Saúde, serviço da dívida externa, administração geral, formação de recursos humanos e ensino superior. O principal desvio de recursos foi para a subfunção previdência do regime estatutário, que engloba os pagamentos de aposentadorias e pensões de inativos do Ministério da Saúde, tratando da política de recursos humanos do governo federal (que deveria ser custeada com recursos do orçamento fiscal)<sup>59</sup>. Em termos de distribuição dos gastos, uma parcela significativa de recursos foi destinada à área meio ou para outros setores, em vez de ampliar a cobertura do atendimento de saúde e da universalização. Pagamentos que deveriam ser custeados pelo orçamento fiscal foram extraídos do FNS, contrariando a CF de 1988, comprometendo as ações da área da saúde. De maneira geral, Salvador (2010) comprova a retração do governo federal na participação dos gastos total

---

<sup>58</sup> Espera-se que, com a aprovação da Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012), que define as ações e serviços públicos de saúde para fins de aplicação dos recursos mínimos, os entes federados se obriguem a aplicar somente naquilo definido na lei. A lei prevê que o Ministério da Saúde mantenha o sistema de registro centralizado (SIOPS), com base na definição do que são despesas com saúde, ou seja, o que deve ser considerado ações e serviços de saúde para efeito de financiamento. O SIOPS é um dos principais instrumentos de fiscalização. Ele deve ser alimentado pelos entes federados garantindo o acesso público às informações, cabendo aos órgãos de controle externos (Ministérios públicos, Tribunais de Contas, Sistema de auditoria do SUS) e de controle internos (Conselhos de Saúde), fiscalizarem a gestão dos recursos da saúde (SANTOS, 2012).

<sup>59</sup> O gasto com o pagamento de inativos foi maior que os gastos com Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, por exemplo.

com saúde e, conseqüentemente, o aumento dessa responsabilidade direcionada aos estados e municípios levam os entes subnacionais a pressionarem por uma nova regra para as aplicações da União no setor.

A regulamentação da EC 29 tramitou por 12 anos no congresso até que fosse aprovada em 2012 por meio da Lei Complementar n.141/2012, fragilizando a proposta inicial, implicando em perda de recurso para o SUS (MARQUES; MENDES, 2010; SALVADOR, 2010). A proposta inicial era que nenhum dos entes federados repassasse o percentual inferior a 10% dos impostos arrecadados para a saúde. Desde a EC 29, estados e municípios foram aumentando o percentual aplicado, mas a União, ao contrário, foi se desonerando. Os estados, que antes deveriam destinar no mínimo 10% das Receitas Correntes Brutas para a saúde, com a EC 29 passaram a ter a responsabilidade de repassar 12% e Municípios de 10% foram obrigados a repassar 15% de suas receitas próprias. A União, com os recursos concentrados em seu poder (mais de 60% da arrecadação), reduziu o percentual de despesas no total de gastos com saúde e atribuiu a responsabilidade aos estados e municípios, que juntos ficam com menos de 40% da receita pública arrecadada (CARVALHO, 2013).

Em suma, o pequeno avanço nessa direção só ocorre em 2012 por meio da Lei Complementar n. 141, que apesar de definir os percentuais das receitas fiscais a serem destinados à saúde pelos entes federados, não garantiu, por parte da União, a destinação de recurso de no mínimo 10% da arrecadação dos impostos, conforme proposta inicial dos defensores do SUS. À União coube o montante correspondente à aplicação do ano anterior (2011), acrescido pela variação do PIB. O que se considerou avanço na Lei é a definição das ações e serviços de saúde aos quais os recursos podem ser aplicados<sup>60</sup>. A não aplicação adequada dos recursos deve ser denunciada pelos respectivos conselhos de saúde aos órgãos competentes e fiscalizadores: Ministério

---

<sup>60</sup> Na Lei 141, no capítulo VI – Das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Art. 3º- consta o que é considerado ações e serviços de saúde. No Art. 4º do mesmo capítulo, consta o que não é considerado despesas com ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração de aplicação de percentuais mínimos a serem aplicados (BRASIL, 2012).

Público Estadual e Federal, Tribunal de Contas do Estado e da União (SANTOS, 2012).

Dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) apontam que desde o ano 2000, quando foram definidos os percentuais mínimos a serem aplicados na saúde pelos três entes federados, os estados e municípios elevaram consideravelmente seus gastos em saúde (BRASIL, 2016b) (tabela 2).

**Tabela 2-** Gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo (2000-2015) - em R\$ bilhões 2016 deflacionados pela média anual do IGP-DI (FGV)

Ano	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total
2000	71.386.786	58,50	24.792.767	20,52	25.852.487	21,18	122.032.040
2001	71.795.664	54,57	30.089.982	22,87	29.678.859	22,56	131.564.506
2002	71.578.556	52,05	31.127.792	22,64	34.809.118	25,31	137.515.467
2003	62.218.392	50,09	30.484.865	24,54	31.509.408	25,37	124.212.666
2004	69.530.996	49,03	36.821.151	26,07	34.888.760	24,70	141.240.906
2005	70.432.104	48,18	37.285.693	25,51	38.466.721	26,31	146.184.518
2006	76.325.929	46,68	43.038.769	26,32	44.136.991	26,99	163.501.687
2007	79.945.663	45,81	46.862.205	26,85	47.695.002	27,33	174.502.869
2008	81.396.352	43,42	51.805.241	27,63	54.281.192	28,95	187.482.785
2009	89.317.185	46,59	49.446.506	25,80	52.925.809	27,61	191.689.499
2010	96.365.010	44,74	57.951.014	26,91	61.003.611	28,33	215.319.634
2011	92.890.983	41,59	58.642.118	26,26	71.792.038	32,15	223.325.138
2012	98.668.177	41,54	58.867.841	24,78	79.993.682	33,68	237.529.699
2013	98.306.903	41,72	56.642.473	24,04	80.679.746	34,24	235.629.122
2014	99.020.966	38,65	70.228.926	27,41	86.950.093	33,94	256.199.983
2015	105.184.088	39,94	69.222.944	26,28	88.978.273	33,78	263.385.304

**Fonte:** Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde – FNS (Gasto Federal).  
Elaboração própria

<sup>1</sup> Valor atualizado com base no IGP-DI de 2000 de 3,51; 2001 de 3,19; 2002 de 2,89; 2003 de 2,29; 2004 de 2,12; 2005 de 1,89; 2006 de 1,87; 2007 de 1,80; 2008 de 1,67; 2009 de 1,53; 2010 de 1,55; 2011 de 1,39; 2012 de 1,33; 2013 de 1,23; 2014 de 1,16; 2015 de 1,12. Base de cálculo 01/16.

**OBS:** os dados de 2016 encontram-se disponíveis no SIOPS, mas não estão consolidados.

Entre 2000 e 2015 (tabela 2), estados e municípios foram elevando gradativamente o percentual de participação nos gastos totais com saúde, chegando à participação dos estados a 26,28% e municípios 33,78% em 2015, enquanto a União diminuiu sua participação de 58,50% em 2000 para 39,94% em 2015 (BRASIL, 2016) (gráfico 2). A baixa participação da União nos gastos total com saúde não condiz com a existência de um sistema de acesso

universal e atendimento integral e impõe a necessidade de maior participação dos entes federados nos gastos com saúde.

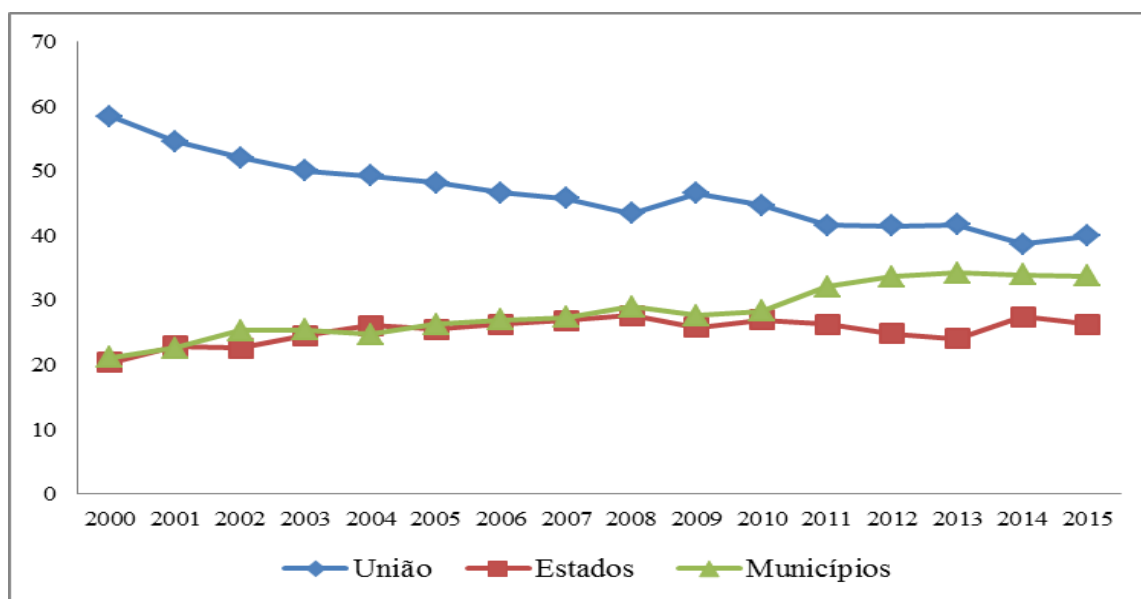
Contraditoriamente, até o final de década de 1980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os Estados e Municípios com 25%. Após o pacto federativo constitucional de 1988, os municípios e Estados vêm assumindo novas e maiores responsabilidades, elevando sua participação de 25% para pouco mais de 60% do total do financiamento público da saúde, enquanto a União reduz sua participação para menos de 40% em 2016 (SANTOS, 2013; BRASIL, 2016).

Outro aspecto, até 2010 estados e municípios percentualmente apontavam valores similares de gasto com saúde. Entretanto, a partir de 2011 cresceu o percentual municipal em relação ao estadual aproximando a participação dos municípios à participação da União. Essa realidade implica em duas questões: a primeira é que, dado a baixa capacidade de arrecadação da maioria dos municípios brasileiros, essa tendência na participação dos gastos com saúde compromete significativamente o orçamento municipal, dificultando o desenvolvimento das demais políticas públicas nos municípios que podem garantir as condições de saúde da população no seu sentido mais amplo<sup>61</sup>. A segunda é que a maior participação dos municípios e estados e menor participação da União aumenta o desfinanciamento da saúde, tendo em vista que a maior parte dos recursos encontra-se na gestão da esfera Federal.

---

<sup>61</sup> Em 2011, na gestão municipal da saúde fui pressionada pela administração a fechar serviços assistenciais de saúde, considerando que os gastos com saúde ultrapassavam 30% do orçamento municipal, tendo em vista queda na arrecadação. O questionamento era que os gastos com saúde naquele montante, além de impossibilitar o desenvolvimento de outras áreas assistenciais incorria ao prefeito a Lei de Responsabilidade Fiscal.

**Gráfico 2.-** Percentual das despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo (2000 a 2015)



**Fonte:** Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde – FNS (Gasto Federal). A variação percentual foi calculada em relação ao ano anterior.

Carvalho (2013), ao analisar os gastos da União com saúde nos anos 1995-2012, afirma que existe uma limitação ao realizar uma análise dos números em série histórica. Segundo o autor, o Ministério da Saúde é o ente federado que mais sobrecarrega o orçamento da saúde com despesas que deveriam estar no orçamento fiscal da União. Ressalta que, para avaliarmos corretamente os gastos, é necessário levar em consideração dois fatores: o cálculo da atualização monetária (valores deflacionados) e a população a qual são destinados os recursos (face ao aumento ou diminuição da população no período de aplicação, os recursos alocados a ela terão outro significado). Dito de outro modo, não é suficiente a variação nominal dos recursos para se concluir pelo crescimento ou diminuição deles, é necessário deflacioná-los e aplicá-los à população coberta (CARVALHO, 2013).

Segundo Carvalho (2013), o valor *per capita* gasto pelo governo federal com saúde teve uma tendência de queda entre 2000 (R\$337,00 por habitante/ano) e 2005 (R\$312,00 por habitante/ano). Entre 2006 e 2009 o valor passou de R\$338,00 para R\$389,00 por habitante/ano. O aumento ocorreu frente à necessidade de maior recurso para o enfrentamento da influenza, que

demandou a ampliação dos lotes de vacinas e tratamentos. A partir de 2009, o gasto per capita aumenta, considerando a pressão dos defensores do SUS para aprovação da EC 29 e a repercussão, nos fóruns de debate, de que o Ministério da Saúde deveria chegar a um percentual mínimo de investimento na saúde de 10% das Receitas Correntes Brutas (CARVALHO, 2013). Dados da ANFIP (2015) registram que em 2015 o gasto per capita com saúde no Brasil chegou a R\$ 500,00/ano.

Em relação ao percentual do PIB, os gastos públicos passaram de 2,8%, em 2000, para 3,9% em 2015. Enquanto os municípios aumentaram o percentual de gastos com saúde em relação ao PIB de 0,6% em 2000, para 1,2% em 2015 e, os estados de 0,5% em 2000, para 1,7% em 2015, o governo Federal manteve sua participação em torno de 1,7% do PIB no mesmo período (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

A questão é que o gasto público nacional no setor saúde permanece pequeno para os padrões internacionais. Enquanto o Brasil destina 3,9% do PIB para a saúde, países que também contam com atendimento universal, como a Espanha, o Reino Unido e a Suécia investem em torno de 7% a 9% do PIB. Isso evidencia o tamanho da dívida que a União tem com o Sistema Único de Saúde brasileiro. Seria necessário direcionar para a saúde ao menos 8% do PIB, média de gastos dos países com sistema universais e públicos, ou seja, dobrar os gastos com saúde (CARVALHO, 2013; MARQUES; PIOLA, 2014). Ademais, os poucos recursos do SUS são disputados pelo setor privado que se colocam como prestadores. Mais de 60% das internações realizadas no SUS ocorrem em hospitais privados, havendo evidência de que estes hospitais aumentam o número de internações quando ocorre aumento na remuneração dos procedimentos. No âmbito ambulatorial mais de 80% dos procedimentos mais complexos (serviços de diagnóstico e terapias), bem remunerados pelo Fundo de Ações estratégicas e Compensação (FAEC), são realizados pelo mercado privado de saúde (SANTOS; SERVO, 2016).

Para Santos (2013), isso resulta do desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos e assistenciais de Média Complexidade, que impõe um déficit significativo na

oferta desses serviços para a população. Este desinvestimento leva ao crescimento desproporcional dos serviços privados complementares no SUS (contratados e conveniados), que acaba ocupando lugar central na prestação de serviços. Assim, esses serviços perdem seu caráter complementar, tornando-se “o centro nervoso do sistema” (SANTOS, 2013, p.275).

Há ainda outros aspectos a considerar. No Brasil os gastos privados com saúde chegam a 4,9% do PIB superando os gastos públicos (CARVALHO, 2013; SALVADOR, 2010). A realidade brasileira apresenta um paradoxo: um país com sistema universal de saúde que apresenta um gasto privado superior ao gasto público. Apesar de todos os problemas no interior do financiamento da saúde (que expressam aspectos já destacados no item inicial desta tese), temos conquistas. Se os gastos públicos brasileiros com saúde ainda não alcançaram a média mundial, a expectativa de vida aumentou de forma significativa nos últimos 20 anos. Segundo a OMS, no início dos anos 1990, uma pessoa vivia no Brasil uma média de 67 anos, em 2010 essa expectativa atingiu os 74 anos<sup>62</sup> (OMS, 2013), passando a 75,2 anos em 2015 (IBGE, 2016).

Há evidências claras da necessidade de mais recursos públicos para a saúde pública no Brasil, tendo em vista a transição demográfica, questões epidemiológicas e tecnológicas. Como vimos, o Brasil passa por um rápido processo de mudança na estrutura demográfica, em decorrência do aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de natalidade. Segundo o IBGE (2016), a população com mais de 60 anos no Brasil dobrará em vinte anos<sup>63</sup>. Também as questões epidemiológicas em curso no país onde já predominam doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, diabetes, mas com

---

<sup>62</sup> O aumento da expectativa de vida se atribui em parte a reorganização do modelo de atenção, visando especialmente às ações de promoção à saúde. A partir da década de 1990 o Ministério da saúde fortalece as ações de caráter preventivo com investimento em programas de ações, voltadas para o fortalecimento da atenção básica, como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção. A exemplo, destaca-se o Programa de Imunização, as Estratégias Saúde da Família, a Saúde Bucal, a Assistência Farmacêutica, entre outros. Tais programas possibilitaram aos municípios, responsáveis pela atenção básica de saúde, ampliar a cobertura assistencial e melhorar os indicadores de saúde (BRASIL, 2011).

<sup>63</sup> Hoje a população de idosos representa cerca de 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%, aumentando a necessidade de financiamento dos serviços de saúde.

tendências crescentes de doenças transmissíveis, em caráter endêmico, como o Zica Vírus, impõe aumento de gastos com saúde para assistir essas demandas (IPEA, 2016).

Somado a isso, o investimento em infraestrutura física e tecnológica no SUS é necessário. Dados de 2009 demonstram que existe insuficiência de equipamentos para os atendimentos no sistema público, responsável por atender mais de 70% da população. A carência ocorre desde equipamentos mais simples, como os eletroencefalógrafos e eletrocardiógrafos (55,6% disponíveis ao SUS) a equipamentos de tecnologia mais complexa, como ressonância magnética (30,1%), ultrassom doppler colorido (27,8%) ou tomógrafos (37,9%) (IPEA, 2016).

A questão é de onde sairão os recursos, considerando o espaço nos orçamentos estaduais e municipais. Outra questão a responder é de onde sairá o recurso adicional, tendo em vista que a saúde disputa verbas do orçamento social com a Previdência e a Assistência, cujos encargos também tendem a subir com o envelhecimento da população<sup>64</sup> (CARVALHO, 2013).

O débito do setor público em saúde pode ser dimensionado também quando consideramos sua participação no total do gasto em saúde no Brasil. A participação das três esferas de governo no financiamento do sistema público passou de 40,3% em 2000 para 48% em 2013. Neste mesmo ano o gasto total (público e privado) com saúde no Brasil foi de 9,7% do PIB. Considerando que em 2000 a participação do gasto público com saúde representou 40,3% do montante gasto com saúde, considera-se que o percentual alcançado em 2013 significou uma melhora. Entretanto, está longe de representar uma situação que possibilite a implantação de um sistema público universal. Países da América Latina como Argentina, Uruguai e Colômbia, que possuem renda média igual a do Brasil, registraram seus gastos públicos com saúde bem acima do alcançado no Brasil. Argentina registrou uma participação pública no gasto total com saúde de 68%, Uruguai de 70% e Colômbia de 76% (ROA, 2016).

---

<sup>64</sup> Assim, aquilo que seria indicador da qualidade de vida - aumento da expectativa de vida – contraditoriamente é responsabilizado por problemas na saúde, na previdência e na assistência social.

No Brasil, no período de 2003 a 2011, o número de vínculos registrados no mercado de planos de saúde aumentou em 75%, resultado da crescente pauta de reivindicações dos trabalhadores<sup>65</sup> (MARQUES; PIOLA, 2014). Barros e Piola (2016) afirmam que ao longo dos últimos quinze anos os planos privados de saúde experimentam expansão e forte processo de concentração de recursos. Entre 2000 e 2015 o número de beneficiários de planos de saúde coletivos saltou de 16,7 para 49,7 milhões de pessoas, cerca de 24,3% da população brasileira, majoritariamente população residente em centros urbanos das regiões sudeste e sul do país (PIOLA; BARROS, 2016). Entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) registrou redução de 2,2 e 2,8% no número de beneficiários de planos de saúde. Para ANSS, aproximadamente 2 milhões de brasileiros deixaram de contar com planos de saúde nos últimos dois anos, em função da crise econômica vivida no país, o que reforça a necessidade de mais recurso para o SUS, que deverá receber essa demanda.

Os gastos das pessoas físicas e jurídicas que utilizam Planos privados de saúde e os gastos diretos das famílias com saúde implica em renúncia fiscal (gasto tributário), pois estes podem ser deduzidos da renda tributável, sem incidência de teto. Significa dizer que o governo reembolsa, sob a forma de não pagamento de imposto de renda, o gasto realizado pelo indivíduo. De igual modo, o mecanismo se aplica ao empregador, em relação aos gastos realizados com o Plano de Seguros de seus trabalhadores, que podem ser deduzidos do lucro tributável (MARQUES; PIOLA, 2014; SALVADOR, 2012).

Esse é um incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, sob a forma de dedução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, que se aplica sobre as despesas com planos de saúde. Ocké-Reis (2012) defende que, se a parcela dos impostos não fosse deduzida, o montante de recurso a ser aplicado na saúde pública seria maior. Se a renúncia fiscal correspondeu ao montante de R\$15,8 bilhões em 2011 (que deixou de ser

---

<sup>65</sup>É relevante uma reflexão de quais seriam os fatores que influenciam na tomada de decisão dos trabalhadores para reivindicar planos de saúde ao invés de voltarem seus esforços para o engajamento na luta constante em defesa de um sistema único de saúde universal e de qualidade. Mas isso não é objeto de nossa discussão no momento.

aplicado na saúde pública), o lucro líquido das operadoras triplicou, em termos reais, entre 2003 e 2011, alcançando R\$4,9 bilhões no último ano (OCKÉ-REIS, 2012). Tal constatação remete à discussão da relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento para saúde pública universal.

A partir de 2010, período em que a crise dava sinais, o Estado utilizou as renúncias, as desonerações tributárias e os incentivos fiscais como instrumentos para financiar direta ou indiretamente a economia, o emprego, as exportações e os investimentos. Nesse período, e, principalmente a partir de 2011 e 2012 ocorreu uma expansão descontrolada dessas medidas aprovadas pelo Congresso Nacional, trazendo impactos para o orçamento da União (ANFIP, 2015). Os valores envolvidos em renúncias passaram de menos de R\$ 10 bilhões em 2010 para mais de R\$ 46 bilhões em 2012. Em 2013 e 2014 esses valores se multiplicaram e em 2015, o conjunto das renúncias totalizou R\$ 267,3 bilhões (ANFIP, 2015).

O saldo disso tudo é que, por meio da renúncia fiscal, impostos que deveriam ser direcionados para a Seguridade Social, principalmente no caso da tributação sobre a indústria farmacêutica e sobre as entidades filantrópicas<sup>66</sup>, são direcionados para o mercado privado, privilegiando distintas formas de privatização da política de saúde. Na prática significa uma transferência de recursos do fundo público para as empresas privadas da área da saúde. A renúncia fiscal incentiva a compra de serviços privados de saúde, fortalecendo a ideia de que a saúde comprada no mercado é melhor do que o sistema público de saúde, além de fragilizar a luta por maior financiamento público para o SUS (MARQUES; PIOLA, 2014; SALVADOR 2012).

Desde sua inscrição na Constituição de 1988, a saúde se constitui na tensão permanente entre dois princípios: o da universalidade (que reafirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde garantida pelo Estado com recursos financeiros que sustentem essas ações) e o princípio da focalização (que direciona as ações e serviços de saúde a grupos economicamente desfavorecidos que não têm condições de acessá-los no mercado). Esse

---

<sup>66</sup> Os tributos desonerados são em grande parte aqueles que financiam as políticas sociais, em especial os da Seguridade Social (COFINS e a CSLL) (SALVADOR, 2012).

princípio se organiza na lógica da racionalidade econômica, na qual a contenção dos gastos públicos é condição para um Estado mais eficiente (CORREIA, 2008; SALVADOR, 2010).

Como já afirmado, a vinculação de receitas no orçamento público foi uma estratégia para garantir o funcionamento de um sistema universal, o que representou uma importante conquista da CF de 1988, assegurando que parte da receita, obrigatoriamente, se destinasse a área social e permitisse a universalização de direitos importantes como o direito à saúde. Mas desde a sua aprovação legal, o SUS sofre tensionamentos de grupos de interesses para a quebra do caráter universal do sistema público de saúde (CORREIA, 2008).

Com a política fiscal implementada pelo governo federal para reduzir gastos sociais e gerar superávit primário, a situação financeira da saúde apresenta-se ainda mais ameaçada (LEVI; MENDES, 2015). Recentemente, duas medidas propostas no âmbito do Congresso Nacional vieram agravar o subfinanciamento do SUS. Destacamos a lei nº. 13.097/2015, aprovada em janeiro de 2016, que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive os filantrópicos, por meio da permissão de aquisição das Santas Casas – instituições basicamente financiadas pelo Estado brasileiro (MENDES; FUNCIA, 2016). A nova Lei suplanta a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que originalmente proíbe capital estrangeiro no setor saúde. A presença do capital estrangeiro limitava-se aos planos de saúde e à indústria farmacêutica (MENDES; FUNCIA, 2016). A entrada do capital estrangeiro está permitida para as seguintes atividades assistenciais de saúde: a) Assistência hospitalar geral ou especializada, incluindo a filantropia; b) Clínica geral, especializada, policlínica; c) Laboratório de genética humana; d) Produção e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde; e) Laboratório de análise clínicas, anatomias patológica e de diagnóstico por imagem (SANTOS, 2015).

A segunda refere-se à Emenda Constitucional (EC) aprovada nº. 86/2015, que propôs uma nova base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo os gastos nessa área. A nova regra para aplicação de recurso da

União na saúde altera a base de cálculo, sustentado na Lei 141/12, que considera o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, passando a ser calculado com base na Receita Corrente Líquida (RCL). Pela nova regra, a aplicação do recurso deve ser executada de forma escalonada em cinco anos consecutivos (13,2% no ano da aprovação), até alcançar 15% no quinto exercício financeiro. Com a nova regra de cálculo definida pela EC/86 (13,2% da RCL), estima-se para 2016 uma perda de R\$16,6 bilhões no orçamento federal da saúde, em comparação ao que seria se continuasse em vigor a regra anterior, baseada na variação nominal do PIB (FUNCIA, 2015).

A situação se agrava com a aprovação da PEC 95/16, pois a base sobre a qual incide o congelamento corresponde a 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2016, o que representa aproximadamente, R\$ 90,9 bilhões. Mesmo ajustado pela inflação ao longo dos anos, esse valor reproduzirá e agravará o subfinanciamento do SUS. Para exemplificar, em caso de aprovação da PEC 241, o limite mínimo estimado para 2017 é de R\$ 97,5 bilhões, inferior, em termos nominais, ao valor empenhado em 2015 (R\$ 100 bilhões) e ao estimado para 2016 (R\$ 106,9 bilhões). A partir de 2018, a correção ocorrerá pela variação anual da inflação, calculada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e as perdas deste valor congelado em 2018 até 2036 totalizam R\$ 438 bilhões (IPEA, 2016).

Para, além disso, há cortes no orçamento para 2017, após aprovação da Lei de Diretriz Orçamentária. Em março o corte foi de 42,1 milhões para garantir superávit primário, tal como destacamos no início.

O Conselho Nacional de Saúde<sup>67</sup> se posiciona contrário às determinações do Estado Brasileiro de retirar recursos públicos da Seguridade Social, o que tem

---

<sup>67</sup> O acompanhamento e a definição das ações e serviços de saúde devem ser feito por meio dos conselhos e das conferências de saúde instituída pela Lei 8.142 de 1990, que dispõe da participação da comunidade na gestão do SUS e regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2001d). Como instrumento de controle social, os conselhos de saúde devem ser constituídos de forma paritária, no que se refere à representação e devem estar presentes em todos os estados da federação e nos municípios, pois constituem uma exigência legal para recebimento de verbas orçamentárias da União (BRASIL, 2001d).

impactado negativamente no projeto de implantação do SUS. No âmbito do CNS defende-se a efetivação do SUS com acesso universal, público e de qualidade. Do outro lado, a tendência ao ajuste neoliberal imposto pelos organismos financeiros internacionais, que leva à quebra da universalidade, à focalização e seletividade da assistência à saúde, ao processo de privatização dos serviços de saúde via terceirização, delegação e/ou parcerias e de mercantilização da saúde, abrindo cada vez mais à participação do setor privado na prestação desses serviços (CORREIA, 2008).

O CNS tem a atribuição formal de atuar na formulação e controle da execução da política de saúde em âmbito federal, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros<sup>68</sup>. Exemplo disso foi a resolução Nº 534 de 19 de agosto de 2016, emitida pelo CNS, que resolve: 1) Posicionar-se contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde; 2) Posicionar-se contrário a qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível estabelecido pela Portaria nº 1.482, de agosto de 2016; e, 3) Solicitar a imediata revogação desta Portaria (nº 1.482/16) (BRASIL, 2016c). O CNS defende que os recursos para o financiamento do SUS são insuficientes e com a aprovação da PEC 95, que trata da desvinculação de receitas e estabelecimento de tetos orçamentários, o financiamento da saúde estará ainda mais comprometido. O congelamento do gasto público com saúde em valores equivalentes ao limite mínimo de 2016 tem como base um patamar muito baixo, considerando a mudança da regra de aplicação de recursos pela União da EC 29 em 2015 para a EC 86 em 2016, que somado à queda da arrecadação, a previsão é de perda importante de recursos.

Como alternativas para equacionar as contas públicas, de maneira a não prejudicar a população, o CNS apresenta algumas propostas, entre elas, a tributação sobre grandes fortunas, a revisão da renúncia fiscal (projetada acima de R\$ 300 bilhões para os próximos anos), aumento da tributação sobre tabaco, álcool e motocicletas (que impactam com despesas no setor saúde) e,

---

<sup>68</sup> Conforme atribuições do Conselho Nacional de Saúde contidas no Decreto 9,9438/90.

a correção da tabela do Imposto de Renda, com tributação maior para rendas mais elevadas (BRASIL, 2016c).

A denúncia da aplicação do fundo público de maneira contrária aos interesses da população fornece elementos que podem contribuir com a gestão e o controle democrático do SUS. O CNS denuncia constantemente o desvio dos recursos da saúde e do Orçamento da Seguridade Social, por meio da DRU, e, principalmente, os contingenciamentos realizados pela área econômica, para redirecionar recursos para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública por parte do executivo, cumprindo as condicionalidades dos organismos financeiros internacionais, especialmente, com as do FMI (CORREIA, 2008). Assim, o controle social exercido pelos defensores do SUS<sup>69</sup> encontra sérios limites para efetivar um modelo de assistência à saúde de acordo com a proposta do movimento pela reforma sanitária.

Como destacado por Asa Laurell<sup>70</sup> (2014), para se garantir o direito à saúde, é mister: a) pacto social por uma política social ampla e redistributiva; b) construção da participação popular ampla; c) acordo constitucional em que o interesse geral – a saúde da população - prevaleça sobre os interesses particulares; d) incremento programado e sustentável de recursos públicos investidos no sistema público, entre outros. Neste último item, o Brasil tem muito a fazer. Mas, o tempo presente é de contexto de desfinanciamento da saúde pública que afeta de forma diferente os níveis de atenção à saúde e aos seus usuários. Nesse contexto, falar sobre o financiamento da saúde mental pode parecer desnecessário, como se ele fosse um microcosmo desse processo. Mas, defendemos que no interior da saúde mental há elementos que expressam particularidades que requerem explicitações.

---

<sup>69</sup> Articulados em defesa da constituição e implementação de um Sistema Único de Saúde, encontram-se segmentos de movimentos populares e sindicais, instituições acadêmicas como o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em saúde, ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, o Conselho Nacional de Saúde; ABRES- Associação Brasileira da Economia da Saúde, entre outros. Integram-se ainda nessa luta colegiados de gestores do SUS (COSEMS, CONASEMS, CMS, CES, e CNS). A luta dos setores progressistas da sociedade civil aliados aos órgãos colegiados de gestores do SUS em defesa das diretrizes da reforma sanitária tem sido pela efetiva prática das propostas incorporadas formalmente na legislação do SUS (COHN, 2000; CORREIA, 2008).

<sup>70</sup> Apontamento feito durante conferência realizada no XI Encontro Nacional de Economia da Saúde e VI Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe - ENES, realizado nos dias 24 a 26 de setembro de 2014, na cidade de São Paulo (LAURELL, 2014)

O debate sobre a política de saúde e seu financiamento deve ser compreendido num contexto de apropriação do Fundo Público pelos interesses privados que redireciona fundos públicos destinados à manutenção das políticas sociais para grupos econômicos. Compreende-se também a apropriação do fundo público da seguridade social para a valorização do capital financeiro. Ou seja, recursos destinados ao financiamento da seguridade social são transformados em recursos fiscais para a composição do superávit primário e redirecionados para pagar os juros da dívida que alimenta as políticas financeiras. A apropriação do fundo público destinado à política de saúde e dentro dela a política de saúde mental é expressa pelo subfinanciamento da saúde, bem como pelos gastos direcionados ao mercado privado da saúde.

Com base nessa compreensão, trazemos para o debate a luta pela reforma da política de saúde mental e seu financiamento, que envolve sujeitos políticos que se colocam em cena na defesa do fundo público voltado para implementação das políticas sociais, dentre elas, a política de saúde mental.

A política de saúde mental expressa um longo caminho de superação da Casa Verde do Dr. Bacamarte, que citamos na nossa apresentação.

O próximo capítulo buscará situar o processo de implantação da reforma da política de saúde mental, a partir da década de 1970, período de efervescência dos movimentos sociais que lutavam por garantir direitos e por democracia. Demonstraremos ainda como a política de saúde mental foi se constituindo, a partir dos anos de 1990, como uma política do Ministério da Saúde exigindo a definição de um conjunto de ações e serviços e evidenciaremos o contexto político e econômico em que se desenvolveu as articulações dos atores, que impulsionaram a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil, para inscreverem suas demandas no plano de governo. Essa exposição nos ajuda a explicar as possibilidades, limites e retrocessos no processo de implementação dessa política que é parte constitutiva da política de saúde (inscrita na seguridade social brasileira), e que na contemporaneidade sofre com o (des) financiamento das políticas sociais brasileira e com o processo de neoinstitucionalização dos ditos loucos.

### 3. A REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SEU FINANCIAMENTO

*A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente (MACHADO de ASSIS, 1994, p.8).*

O objetivo desse capítulo é resgatar o processo de constituição da política de saúde mental como programa de governo, a partir da década de 1990, resultado da luta pela reforma da política de saúde mental, que envolveu sujeitos políticos na disputa pelos poucos recursos destinados à saúde mental. Nesse resgate destacamos a luta pelo financiamento e os seus embates com a indústria da loucura.

Em uma perspectiva histórica, a década de 1970 no Brasil foi marcada pela hegemonia manicomial na assistência aos doentes mentais com expansão das internações psiquiátricas, asilando grupos populacionais de forma crescente. Foi um período de construção de manicômios com recursos públicos, gerido pelo setor privado, fortalecendo a indústria da loucura que se apresentava cada vez mais lucrativa (PITTA, 2011). O período registrou a expansão do número de leitos psiquiátricos contratados em hospitais privados<sup>71</sup>, de modo que, aproximadamente 90% do orçamento do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) chegou a ser destinado à contratação desses leitos (DALLA VECCHIA, 2009). Ou seja, as internações psiquiátricas públicas no Brasil, maioria delas realizada em instituições privadas com recurso público, consumia quase que em sua totalidade, os recursos gasto com saúde mental<sup>72</sup>.

Na segunda metade da década de 1970 aumentavam as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central autoritário. Além de denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, denunciava-se também o abandono, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos internados

---

<sup>71</sup> Tenório (2002) afirma que entre 1965 e 1970 se manteve o número da população internada em hospitais públicos, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970. Nos anos que se seguiram, esses números se multiplicaram chegando a ter 80% de leitos contratados junto ao setor privado e apenas 20% diretamente público (TENÓRIO, 2002).

<sup>72</sup> Esse quadro se inscrevia dentro de um modelo médico assistencial privatista adotado na saúde. Ver Gastão Wagner de Souza (2008) e BAHIA (2008).

nos muitos e grandes hospícios do país. Entretanto, não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, apenas seus excessos ou desvios (TENÓRIO, 2002).

A indústria da loucura, privilegiada pela exploração desumana do dito “louco”, gerou lucros, mas também reações de indignação e reflexões sobre o tratamento dispensado à pessoa com sofrimento mental. Profissionais de saúde da área, indignados com as condições desumanas com que eram tratadas as pessoas com sofrimento psíquico, denunciaram as instituições asilares e alguns desses foram demitidos. É nesse contexto que emerge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), formalmente instituído em 1978 (AMARANTE, 1995). O Movimento denuncia o abandono, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país (TENÓRIO, 2002)<sup>73</sup>.

A pauta inicial do movimento gira em torno da melhoria das condições de assistência à população, aumento salarial, críticas ao tratamento psiquiatrizante oferecido nas instituições, reversão do modelo médico-assistencial, mudanças das relações entre instituição, clientela e profissionais. O objetivo do movimento é a garantia de um espaço de luta não institucional, com propostas efetivas de transformação da assistência psiquiátrica. Como estratégia de luta, o movimento aglutina informações, organiza congressos, encontros e fóruns de debate (AMARANTE, 1995).

O movimento se fortalece numa conjuntura de transição política, de articulação da sociedade civil contra todas as formas de opressão e negação de direitos. Foi um momento de efervescência dos movimentos sociais na luta pela democracia e pelo exercício de cidadania<sup>74</sup> (BORGES; BAPTISTA, 2008; VASCONCELOS, 2008).

---

<sup>73</sup> Sobre o tratamento oferecido aos ditos loucos ler: Nos porões da loucura de Hiran Firmino (1982); Ver também filmes e documentários: Bicho de Sete Cabeças, O Coração da Loucura, o Holocausto Brasileiro.

<sup>74</sup> Destaca-se entre esses movimentos o Movimento Pela Reforma Sanitária em defesa das ações de saúde pública e de qualidade e o Movimento Pela Reforma Psiquiátrica em defesa da saúde mental, que buscou inserir na agenda política o direito de garantia de cidadania da pessoa com transtorno mental (PITTA, 2011). Este último discutiu a saúde mental no país denunciando as formas perversas dos tratamentos oferecidos, especialmente, em sanatórios e/ou manicômios (JORGE et al, 2005).

Ao longo dos anos de 1980, o denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental vai construindo espaços de debates e participação<sup>75</sup>, acumulando força e experiência. Neste período, a discussão sobre os direitos dos pacientes permaneceu limitada à questão do aperfeiçoamento e da universalização do atendimento dentro das estruturas tradicionais (ambulatórios e hospitais de internação) existentes na assistência à pessoa com transtorno mental. O movimento se alia ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que ofereceu as bases político-ideológico da reforma sanitária. Essa aproximação permite ao movimento o amadurecimento de suas bases e o desenvolvimento de uma postura política. É com esse amadurecimento que o movimento se constitui como Movimento pela Reforma Psiquiátrica<sup>76</sup> (BRASIL, 2005). A lógica não é mais de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de construir novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Ou seja, a noção de reforma ganha um novo sentido. A crítica ao asilo não requer mais seu aperfeiçoamento ou humanização, mas a desconstrução dos pressupostos da psiquiatria, que impunha normatização e controle do dito louco (TENÓRIO, 2002).

O Movimento segue na luta com participação importante na 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, que reuniu, além de gestores e trabalhadores da saúde, representantes da sociedade civil organizada em defesa de um sistema público de saúde, sustentado por um novo modelo de atenção. Durante a 8<sup>a</sup> CNS, representantes do MTSM decidiram realizar a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), marcada para o ano seguinte (1987). Grupos de

---

<sup>75</sup> Em 1983 é organizado em Belo Horizonte (MG) o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, com a participação de mais de mil e quinhentas pessoas comprometidas com a Reforma Psiquiátrica. Em 1985 é organizado em São Paulo o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, com a participação de mais de mil trabalhadores da Saúde Mental. Nesse evento ainda não se garantiu a participação do movimento social, contrariando o processo de democratização em curso no país (PITTA, 2011).

<sup>76</sup> Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. A Reforma Psiquiátrica funda-se não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

interesses contrários à Reforma Psiquiátrica se articulam e dão a essa I Conferência um caráter congressual e científico, esvaziando-a de caráter comunitário ou de participação social. A iniciativa privada que mantinha a estrutura manicomial, a burocracia estatal e o conservadorismo psiquiátrico anulam a perspectiva sanitarista de incorporar propostas reformistas nas políticas oficiais, revelando estratégias de resistência dos grupos contrários à reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Como movimento de resistência à lógica manicomial, os trabalhadores de saúde decidem, durante a I Conferência, a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a participação da sociedade civil, trazendo como tema “Por uma Sociedade sem Manicômio”. A partir desse encontro, entram nesta luta novos aliados. São usuários, familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais que passam a participar de discussões, encontros e conferências. Há também proposta de mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica e a tarefa da reforma psiquiátrica passa a ser a substituição de serviços, antes centrados no hospital, por serviços abertos e de natureza comunitária que garanta ao sujeito a sociabilidade (TENÓRIO, 2002).

Assim, no final da década de 1980 o movimento tem incorporado na sua trajetória a noção de desinstitucionalização sustentada no pensamento de Baságlio<sup>77</sup>, o que significa uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, negando o hospital como dispositivo assistencial (AMARANTE, 1995; BORGES; BAPTISTA, 2008). Ou seja, o amadurecimento de uma nova perspectiva, possibilitou, além de protagonizar estratégias de luta contra a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma assistência privada, a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais centrada no hospital. As novas premissas colocam para os serviços a responsabilidade de não se constituírem como lugar de repressão, controle, disciplina e vigilância como os manicômios. Acima de tudo, impõe que se revejam legislações e

---

<sup>77</sup> Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano, responsável por uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano e inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

normas sociais que exclui o sujeito. A proposta da Lei da Saúde Mental foi um passo decisivo nessa direção<sup>78</sup>.

Entretanto a década de 1980 seguiu sem mudança no caráter perverso da relação entre poder público, rede privada e modelo asilar. A política de financiamento de internações se mantinha, com garantia de recursos gastos pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas (TENÓRIO, 2002).

O percentual de recursos destinados à Internação hospitalar (85%) evidenciava a necessidade de superar a assistência cara e de má qualidade, superando o modelo hospitalocêntrico, por meio da oferta de diversos recursos terapêuticos de base municipal e com garantia de financiamento por parte da esfera Federal (BORGES; BAPTISTA, 2008). No caso da saúde mental o modelo assistencial concentrava-se em hospitais psiquiátricos privados<sup>79</sup>, com número reduzido de leitos nos hospitais gerais e mínimos serviços ambulatoriais e de recursos intermediários ou programas de reabilitação. A atenção psiquiátrica centrada em hospitais psiquiátricos caracterizava-se pelo isolamento da pessoa com sofrimento psíquico em condições desumanas. Os manicômios funcionavam em precárias condições de higiene, de cuidado, falta de medicamento, de médico, com amontoamento de pacientes e violação de direitos humanos (AMARANTE, 1995).

Em 1989 o deputado Paulo Delgado<sup>80</sup> (PT-MG) apresentou ao congresso Nacional o projeto de lei nº 3.657/89, propondo a regulamentação dos direitos

---

<sup>78</sup> Vale lembrar que a ausência de Lei de Saúde Mental é um problema que persiste ao longo dos tempos em muitos países. Em seu plano de ação sobre Saúde Mental 2013-2020, a OMS (2013) estabelece como meta mundial “80 % de los países habían elaborado o actualizado sus políticas/planos de salud mental em consonância com los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020)” (WHO, 2013, p.12)

<sup>79</sup> Tenório (2002) afirma que entre 1965 e 1970 se manteve o número da população internada em hospitais públicos, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970. Nos anos que se seguiram, esses números se multiplicaram de modo que em 1996 para 45 hospitais públicos haviam 211 contratados, sendo que a maioria desses tem como única fonte de receita as verbas públicas, destinadas como pagamento de internações. 80% dos leitos contratados eram privados e apenas 20% diretamente público (TENÓRIO, 2002).

<sup>80</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado (deputado federal entre 1986 e 2006) é irmão do psiquiatra Pedro Gabriel, que assume a coordenação da área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde em 2000.

das pessoas com transtornos mentais. O projeto sustentava-se em três proposições: a) impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; b) previa recurso público a ser direcionado para construção de serviços não-manicomial; c) a obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciais, que deveriam posicionar-se quanto à legalidade da internação. O projeto aprovado pela Câmara dos Deputados encontrou dificuldade no Senado tramitando no congresso por mais de dez anos até sua aprovação sob a Lei 10.216 em 2001.

O debate nacional de mudança de paradigma e reversão do modelo de atenção a saúde mental, em momento de transição política, confluiu com as propostas de reformas na saúde defendida pelo Movimento pela Reforma Sanitária, que articulado em defesa da Saúde, teve sua inscrição na constituição democrática promulgada em 1988. A saúde foi inscrita no artigo 196 como direito de todos, sendo dever do Estado garantir o acesso universal aos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O direito à saúde foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080 e 8.142) de 1990, pela instituição do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142 determina no artigo terceiro repasse de recursos de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, para o desenvolvimento das ações de saúde, atendendo a diretriz da descentralização<sup>81</sup>. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro pensado pelo Movimento Pela Reforma Sanitária torna o terreno fértil para a implementação da política de saúde mental pensada pelo Movimento Pela Reforma Psiquiátrica. Ou seja, é preciso reconhecer os direitos de cidadania dos ditos loucos. Mas, esse trajeto é permeado por tensões, resistências e embates entre reforma e reestruturação dos serviços.

---

<sup>81</sup> A descentralização foi diretriz posta na Constituição, junto à participação social e à integralidade para viabilizar as pretensões do movimento da reforma sanitária. Mas aqui a descentralização não é pensada sob a lógica neoliberal que propõe o repasse de funções para governos locais sem garantir a autonomia e o financiamento. Mas, como um processo político que resulta na conquista ou transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais, com garantia de recursos financeiros. O formato das transferências seria regulamentado em portarias das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que operam a descentralização em relação as atribuição de funções e responsabilidades e garantia de recursos (ABRÚCIO, 2004).

A primeira metade da década de 1990<sup>82</sup> representou um período de avanços na materialização das bases para a reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro foi a Declaração de Caracas, que representou um marco dos processos de reformas da assistência em saúde mental nas Américas. Realizado na Venezuela, em dezembro de 1990, sob coordenação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Conferência de Caracas propôs a reestruturação da reforma psiquiátrica na América Latina e Caribe<sup>83</sup>. As diretrizes que estruturaram a Declaração de Caracas apontavam para a necessidade de rever o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, por meio da instituição de um modelo de atenção comunitário para responder às demandas da saúde mental. O modelo proposto é que a atenção ao usuário de saúde mental passe pelo serviço de Saúde comunitário e que a internação psiquiátrica seja feita em hospitais gerais. A declaração de Caracas pauta a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, mas não nega a estrutura hospitalar, apenas sua centralidade, fortalecendo o caráter reformista no campo da saúde mental. O caráter reformista não questiona a cidadania interdita do dito “louco”, apenas visar o aperfeiçoamento ou humanização do serviço prestado (AMARANTE, 1995, TENÓRIO, 2002).

Dito de outro modo, a crítica feita ao hospital pela OPAS e OMS sustentava-se no fato desse ser a modalidade assistencial central e das estruturas desumanas, custosa e ineficiente. Aqui, a questão da desinstitucionalização da loucura não ganha visibilidade, mas sim o elevado custo do hospital indo ao encontro da lógica neoliberal econômica de contenção de gastos sociais. O conservadorismo da OPAS e OMS é evidente quando comparado às discussões que já se desenvolviam no Brasil em defesa da construção de

---

<sup>82</sup> Definido por Borges e Baptista (2008) como momento germinativo.

<sup>83</sup> A Conferência de Caracas foi convocada, tendo em vista análise da OMS/OPAS sobre a situação da atenção em saúde mental nas Américas. Constatou-se que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implicava na revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços e que por meio da superação do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico e sua substituição por dispositivos comunitários de atenção seria possível humanizar a atenção na saúde mental. A Conferência de Caracas resultou em uma declaração sobre os rumos da saúde mental que foi adotada pelos países latino-americanos (BRASIL, 1990). Entretanto, afirma Amarante (1995), a Conferência de Caracas não propunha a superação dos manicômios, mas a reestruturação do serviço.

cidadania dos usuários da saúde mental (BORGES; BAPTISTA, 2008). A reforma psiquiátrica brasileira já havia avançado nas suas bases trazendo para além das exigências políticas, administrativas e técnicas, as bases teóricas da reforma “o reclame da cidadania do louco” (TENÓRIO, 2002, p. 27).

Entretanto, ainda que se compreendesse que a Declaração de Caracas guardava um caráter reformista, por não romper com a lógica psiquiátrica, estrategicamente os defensores da reforma psiquiátrica vão utilizar a força desse discurso para sustentação da política de saúde mental, ou seja, reversão do modelo assistencial (BORGES; BAPTISTA, 2008). Aqui as autoras deixam claro algo do campo da saúde mental: a reversão do modelo assistencial envolve ações em diferentes campos e enfrentam muitos entraves.

Voltando à Conferência de Caracas, os países que participaram dela assumiram o compromisso de desenvolver programas que promovessem a reestruturação, assim como a promoção e defesa dos direitos humanos das pessoas com problemas mentais, de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais (BRASIL, 2005).

A iniciativa de reestruturação psiquiátrica na região desencadeou um amplo movimento de revisão da legislação da saúde mental, nos países envolvidos no processo, para a mudança do modelo assistencial custoso e não resolutivo. Os países latino-americanos iniciaram um processo de mobilização da opinião pública em torno da necessidade de revisão do modelo assistencial da saúde mental. Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Venezuela e Chile realizaram encontros nacionais multissetoriais para debater as linhas da reforma<sup>84</sup> (DESVIAT, 2015).

Como desdobramento do pacto firmado em Caracas, em 1991, o Ministério da Saúde criou a Coordenação de Saúde Mental (CORSAM), alocada na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que abrigava todas as políticas nacionais. A instituição da CORSAM demarca a entrada de representantes do Movimento da luta antimanicomial no aparelho do Estado<sup>85</sup>. Ocupa a

---

<sup>84</sup> No Brasil esse encontro culminou na II Conferência Nacional de saúde Mental em 1992.

<sup>85</sup> Essa tática havia sido desenvolvida no interior do movimento sanitário na década de 1980, que ocupou espaços públicos de poder e de tomada de decisão como estratégia para introduzir mudanças no sistema de saúde (AMARANTE, 1995).

coordenação um militante declarado da reforma sanitária e da luta antimanicomial e que também participou da construção do PL nº 3.657/89<sup>86</sup>, que tramitava no Congresso Nacional<sup>87</sup> (VASCONCELOS, 2008). A coordenação da CORSAM empenhou-se nas articulações com militantes do movimento da reforma psiquiátrica, com agentes da

OPAS, com tecnoburocratas do INAMPS, com demais cargos políticos do MS, com atores do legislativo, com coordenadores estaduais de saúde mental, e de forma geral, com opositores e defensores do PL nº3.657/89, buscando configurar e implementar a política de saúde mental em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica. Em suma, a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, com experiência de uma antiga militância política em partidos de esquerda na luta contra a ditadura e com habilidade para conciliar posturas em torno de pontos fundamentais para a reforma psiquiátrica, conseguiu sensibilizar a sociedade e seus líderes culturais, políticos e sociais para um consenso em torno de objetivos claros, estruturando as bases da reforma psiquiátrica brasileira<sup>88</sup> (VASCONCELOS, 2008; BORGES; BAPTISTA, 2008; DESVIAT, 2015). Esse processo é mediado por edições de portarias *pari passu* à luta pela aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica.

### **3.1. As portarias e o financiamento da saúde mental nos anos 1990**

Em 1991 o Ministério da Saúde edita a Portaria SNAS N.º 189/91 que normatiza grupos de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), possibilitando o custeio de

---

<sup>86</sup> Cabe ressaltar que esse Projeto Lei, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e extinção dos manicômios no país, além de prever a necessidade de recurso público a ser direcionado para serviços não manicomial. O projeto tramitou no Congresso Nacional durante toda a década de 1990. Aprovada pela Câmara dos Deputados, a lei encontrou dificuldade no Senado e tramitou no Congresso Nacional por 12 anos até sua aprovação sobre a Lei 10.216/01, que sofreu modificações em relação ao projeto original (TENÓRIO, 2002).

<sup>87</sup> O espaço político da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde foi ocupado pelo Drº Domingos Sávio Alves (VASCONCELOS, 2008).

<sup>88</sup> Também a experiência de Santos contribuiu na prática para o fortalecimento das bases do projeto da reforma psiquiátrica. Inspirado na experiência Basagliana, em 1989, o Município de Santos, São Paulo, implanta uma rede essencialmente pública de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital. O projeto de base municipal organizou uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico- psicológica e de caráter social. A experiência de Santos foi o principal laboratório de um fechamento de hospital psiquiátrico municipal e abertura dos núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (VASCONCELOS, 2008; BORGES; BAPTISTA, 2008).

serviços alternativos. A portaria previu pagamento de consultas individuais ou em grupo em SM realizados por profissionais de diferentes categorias, atenção em centros psicossociais e hospital-dia, pagamentos com atendimento de urgência e internações em SM em hospitais gerais.

Nessa mesma direção a Portaria N.º 224/92 possibilitou uma diversificação na alocação de recursos para financiar serviços de saúde mental existentes (TENÓRIO, 2002; VASCONCELOS, 2008;). Fixou normas para as equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde; ambulatórios de saúde mental; Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs); Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); hospital-dia de psiquiatria; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral (BRASIL, 2004). Essa portaria legitimou importantes experiências que vinham ocorrendo, além de possibilitar o financiamento das mesmas com recurso do SUS (LUZIO; YASUI, 2010). Sustentados nessas portarias, a Coordenação Nacional de Saúde Mental atuou na organização da assistência hospitalar, com o viés da desospitalização, fundamentada em ações de avaliação e acreditação hospitalar, que possibilitou um processo de controle e supervisão da assistência dos hospitais psiquiátricos, levando a fechamento de leitos (VASCONCELOS, 2008). Vale ressaltar que o movimento pela reforma psiquiátrica mantinha-se voltado para a transformação das práticas de saúde pelo viés da desinstitucionalização, que tem como sentido desconstruir e construir novas formas de lidar com a loucura e isso não se confunde com a desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de permanência hospitalar, do número de internações, etc...). Entretanto, essa via encontrada pelo Estado de adotar uma política progressista de redução do número de leitos psiquiátricos, possibilitou o aumento de serviços ambulatoriais, hospital dia, centro de convivência e outros recursos (AMARANTE, 1995).

Ainda em 1992, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), em Brasília com tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial direito à cidadania”. Este evento que reuniu 1200 pessoas entre elas políticos, associações de usuários e de familiares de

pacientes, profissionais, movimentos sociais na área da saúde mental e os quinhentos delegados eleitos nas etapas estaduais, proporcionou ampla participação na definição dos objetivos e estratégias da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002). No momento em que foi realizada a II CNSM diversas experiências já estavam consolidadas no país, como a tramitação da lei da saúde mental no Congresso Nacional, leis estaduais aprovadas ou em tramitação; edições de portarias interministeriais que possibilitavam a implantação de novos serviços, fiscalização dos hospitais, fortalecimento de associações de usuários atuando ativamente no país. Ou seja, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo teórico, no campo assistencial, no campo jurídico e no campo cultural (TENÓRIO, 2002; VASCONCELOS, 2008).

Em resumo, a primeira metade da década de 1990 foi marcada pelo compromisso brasileiro na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) realizada em 1992, que fortaleceu o compromisso da criação de novos serviços de saúde mental de base territorial. Nesse período, constituem-se no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS/ NAPS<sup>89</sup> e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Ou seja, foi um período de avanços com produção normativa que possibilitou o enfrentamento da questão da desospitalização e da abertura

---

<sup>89</sup> No final da década de 1980 assistiram-se duas experiências institucionais bem-sucedidas de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Essas experiências são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento. Trata-se do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental da cidade de São Paulo. O Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi aberto em 1987, tornando-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira. O Caps Luiz Cerqueira é uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo. Já a experiência santista nasceu da intervenção pública realizada pela administração municipal na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, em função de denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus tratos, confirmadas pelo Ministério Público. A Anchieta era uma clínica privada contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência pública à população - conveniada com o INAMPS. A comprovação das denúncias levou a desapropriação por razões de utilidade pública e ali a vontade política da equipe gestora possibilitou a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (TENÓRIO, 2002).

do financiamento, apesar de não haver configurado um desenho do modelo assistencial de uma rede de serviços de complexidade e territorializada, como a configurada em Trieste ou em Santos (BORGES; BAPTISTA, 2008). Assim, a primeira metade da década de 1990, início do processo de implementação da política de saúde mental pensada pela Reforma Psiquiátrica, o destaque era a questão da desospitalização e a construção de um modelo assistencial territorial.

Nesse período registra-se também uma redução significativa do número de leitos em hospitais privados e públicos, que se encontravam em condições precárias de funcionamento, o que Vasconcelos (2008) chamou de “Desospitalização Saneadora”. Paralelo ao processo de desospitalização foram abertos em todo o país mais de 2 mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 100 serviços de atenção diária (CAPS, NAPS e hospital-dia). Apesar da não aprovação do projeto de lei Paulo Delgado, houve um relativo avanço no legislativo nesse período. Vários estados<sup>90</sup> criaram leis inspiradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os núcleos ligados ao Movimento de Luta Antimanicomial garantiram a realização de congressos e encontros fortalecendo as bases do movimento. Também registrou-se o aumento significativo no número de organizações de usuários e familiares (AMARANTE, 2007; VASCONCELOS, 2008).

Entretanto, na segunda metade da década de 1990<sup>91</sup> o Brasil encontra limites na expansão da reforma psiquiátrica, no plano federal, com a entrada de Fernando Henrique Cardoso no governo e seu direcionamento político, que impôs limites à política de saúde mental (VASCONCELOS, 2008). O novo governo efetuou mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, resultando no enfraquecimento da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que abrigava a coordenação Nacional de Saúde Mental. Essa foi desarticulada enquanto

---

<sup>90</sup> Rio Grande do Sul – Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992; Ceará – Lei 12.151 de 29 de julho de 1993; Pernambuco – Lei 11.065 de 16 de maio de 1994; Rio Grande do Norte - Lei 6.758 de 4 de janeiro de 1995; Minas Gerais – lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995; Paraná – 11.189 de 9 de novembro de 1995; Distrito Federal – Lei 975 de 12 de dezembro de 1995; Espírito Santo – Lei 5.267 de 10 de setembro de 1996 (AMARANTE, 2007).

<sup>91</sup> Definido por Borges e Baptista (2008) como momento de latência. A denominação justifica-se pelo fato de que, apesar de não ter se obtido avanços na política, manteve-se a coerência interna da condução política, não permitindo o desmantelamento das conquistas do momento germinativo.

estrutura de formulação política, sendo alocada na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS)<sup>92</sup>, instituída pelo novo governo. A SPS submeteu a Coordenação Nacional de Saúde Mental a um caráter mais consultivo que propositivo e sem poder de articulação interna ou externa, neutralizando a Coordenação da Saúde Mental, dado ao arranjo estrutural do Ministério da Saúde (BORGES; BAPTISTA, 2008; VASCONCELOS, 2008).

Assim, os anos de 1997 e 1999, chamado momento de latência, observam-se vazios de Portarias, sem avanços no processo de implementação da reforma psiquiátrica. A única portaria editada no período foi a Portaria GM Nº. 1.077/99, que implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental e constitui um grupo técnico-assessor para avaliar o impacto na reestruturação do modelo de atenção (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Mas o Conselho Nacional de Saúde manteve-se atento nesse campo. Por meio da Resolução nº. 272/98, o CNS propôs criar a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP) do CNS, para garantir junto ao Ministério da Saúde a análise dos fatores que determinavam o não cumprimento adequado das metas e estratégias da reforma psiquiátrica. Ao criar a comissão, o CNS se coloca como importante interlocutor tanto na articulação de interesses quanto na formulação de propostas e na cobrança de ações na área da saúde mental (BORGES; BAPTISTA, 2008; VASCONCELOS, 2008). Assim, a despeito das trocas de coordenação, das mudanças estruturais e de gestão implantadas pelo Ministério da Saúde no período de latência, a política de saúde mental atravessou os anos 1990 mantendo-se coerente internamente por representantes do movimento da reforma psiquiátrica na defesa da desinstitucionalização no seu sentido mais amplo. Nessa direção, o Brasil caminhou para os anos 2000 com a implementação, bastante tímida, de uma rede de serviços extra-hospitalar (VASCONCELOS, 2008).

---

<sup>92</sup> Secretaria de Política de Saúde responsável pela coordenação da formulação política e da avaliação no âmbito do SUS.

### 3.2. As portarias e o financiamento da saúde mental nos anos 2000

A década será demarcada pela reocupação do espaço e da iniciativa política na esfera federal, com avanços e conquistas no plano normativo. O Professor Pedro Gabriel Delgado, militante da saúde mental, ocupa a coordenação de saúde mental no nível Federal, em 2000 e, possibilita um novo dinamismo político e acumulação de forças (VASCONCELOS, 2008). O dinamismo político da coordenação da saúde mental, somado à articulação da liderança do movimento de reforma psiquiátrica, conquistam a aprovação da Lei 10.216 em abril de 2001, dispondo de um novo modelo assistencial em saúde mental com proteção e direito das pessoas portadoras de transtorno mental. No período em que tramitou no Congresso Nacional (12 anos)<sup>93</sup>, o texto sofreu inúmeras mudanças que o amenizaram, não conseguindo impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos ou contratação destes hospitais por parte do poder público, mas que produziram, assim mesmo, uma lei progressista. Embora não tenha a força extraordinária que o texto original significaria, considera-se que a lei representa um grande avanço da Reforma Psiquiátrica. O maior obstáculo concreto à reforma, ainda hoje, é o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas, sobretudo pelo setor contratado, à medida que elas cristalizam um sistema manicômio-dependente. Nessa perspectiva, o maior desafio do movimento pela Reforma Psiquiátrica ainda é a criação de alternativas de cuidados duradouros e, a desconstrução desse circuito manicômio-dependente. O Projeto original contemplava esses dois aspectos (TENÓRIO, 2002, AMARANTE, 2007).

Embora a lei aprovada não seja tão firme em relação à contratação de serviços em hospitais psiquiátricos com recurso público, a garantia de maior recurso

---

<sup>93</sup> Enquanto a lei nacional tramitava no Congresso Nacional, alguns estados e o Distrito Federal aprovaram leis que previam a substituição progressiva da assistência centrada em hospital psiquiátrico de internação por tratamento em outros dispositivos assistenciais e o Ministério da Saúde editou portarias, constituindo um arcabouço normativo importante para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país. A legislação possibilitou o fechamento de um número significativo de hospitais, frente ao não cumprimento das condições mínimas estabelecidas na legislação, bem como, garantiu incentivo à criação de novos dispositivos assistenciais que surgiram, a partir de experiências municipais, e que dependiam de uma nova sistemática de financiamento público.

para serviços não manicomial estabelecem uma inflexão positiva. No essencial, ela institui uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Entretanto, não impede a contratação de serviços hospitalares, apenas condiciona a internação à situação em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A lei estabelece ainda que o tratamento deve garantir a reinserção social do paciente em seu meio, além de obrigar que o tratamento em regime de internação contemple atendimento integral, inclusive ações desenvolvidas por diferentes profissionais de saúde, centrando a ideia do transtorno à figura não mais do médico, bem como atividades de lazer e ocupacionais. Isso representa um instrumento de controle dos serviços de internação (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2007; PITTA, 2011).

A aprovação da Lei da Saúde Mental impulsionou a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada mais de nove anos após a II CNSM. O norte do debate é o processo de descentralização, responsabilizando as três esferas de governo a garantir o desenvolvimento de políticas de saúde mental, priorizando a construção de rede de atenção integral à saúde mental (BRASIL, 2001; TENÓRIO, 2002; PITTA, 2011).

Estes dois pilares, a lei da Saúde Mental (2001) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), ofereceram sustentação para a política de saúde mental do governo federal. O Ministério criou linhas específicas de financiamento para serviços substitutivos aos manicômios, como também, criou mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos em todo o país. As ações do governo federal se direcionam para: a) a fiscalização e redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos, devendo os recursos destinados às internações serem direcionados para a rede substituída da saúde mental; b) a construção de uma rede de atenção à saúde mental para substituir o modelo hospitalar (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2001). A rede de atenção à saúde mental deve dispor de variados serviços extra-hospitalares, devendo funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (PITTA, 2011). Entretanto, o percentual de

cobertura dos serviços existenciais não atende a demanda pelo serviço, além da inexistência destes em certas regiões dos estados (vazios assistenciais).

Ao longo da primeira década dos anos 2000 o Ministério da Saúde edita algumas portarias interministeriais com garantia de financiamento para o processo de reversão do modelo assistencial. Tais portarias são importantes, mas não asseguram aumento do aporte global de recursos para a área.

**Quadro 7 - Normalizações do Ministério da Saúde para Saúde Mental com garantia de financiamento entre 2000 até a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (2011)**

Portarias	Ano	O que define
Portaria 106 prevê a instituição de casas localizadas no espaço urbano	2000	Transferência de recursos de AIHs de leitos desativados para a implantação dessas casas
Portaria n.º52, que institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)	2002	Transferência de recursos de AIHs de leitos desativados para serviços desinstitucionalizantes
Portaria 336 que estabelece modalidades de serviços para CAPS	2002	Garante recursos para implantação de CAPS
Portaria 10.708 que incentiva a reabilitação fora da unidade hospitalar	2003	Garante um auxílio para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos
Portaria de nº 2.843 cria no âmbito do SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF 3	2010	Garante incentivo financeiro para implantação de equipes de matriciamento
Portaria 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial	2011	Necessidade de garantir recursos para implantação da rede

**Fonte:** Sistematização própria – 2017

Tais normativas vêm na direção da configuração e consolidação de um conjunto de dispositivos assistenciais extra-hospitalares de atenção à pessoa com transtornos mentais. A Portaria 106 de Fevereiro de 2000 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, são os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em 2002 o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que permite aos gestores o descredenciamento do SUS de hospitais que não garantem qualidade na assistência prestada à sua população adstrita. O programa estabelece critérios técnicos para a redução progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos,

especialmente nos hospitais de maior porte (hospital com mais de 160 leitos). Com a avaliação do PNASH - Psiquiatria, Hospitais Psiquiátricos foram sendo apontados para descredenciamento do SUS. Entretanto o descredenciamento dessas unidades hospitalares vem ocorrendo lentamente, em parceria com Estados e Municípios. A partir de 2002 observa-se o aumento gradativo no percentual de hospitais de menor porte - com 160 leitos (BRASIL, 2003; 2012b). Ou seja, a ação possibilitará o redesenho de inúmeras instituições – de macro hospitais para hospitais de pequeno porte. Vis a vis a esse processo, outras portarias vão regular as novas ações e instituições extra-hospitalares.

Ainda em 2002 o Ministério da Saúde lança a portaria nº 336 estabelecendo três modalidades de serviços para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com garantia de financiamento. Essa portaria permitiu a expansão regular de CAPS nas três modalidades de modo que enquanto em 2002 registrou-se a existência de 424 CAPS, em 2016 o número de CAPS chegava a 2.772 representando, por região, uma cobertura regular ou boa de CAPS<sup>94</sup> (BRASIL, 2012b). Ou seja, o financiamento das estruturas de CAPS por parte do governo federal incentivou a adesão dos entes federados para implementação desse dispositivo assistencial de base comunitária.

Em 2003, a Lei Federal 10.708 de 2003 criou o Programa de Volta Para Casa que objetiva garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica - acima de 2 anos de internação ininterruptos - inclusive em hospitais de custódia. Trata-se de um auxílio oferecido ao usuário do programa para assisti-lo no retorno para Casa. No ano de sua criação (2003) o programa contemplou 206 beneficiários chegando a 4.439 mil beneficiários em 2016. Mas, vale destacar que em relação ao número de moradores de hospitais, o Programa de Volta para Casa (PVC) apresenta evolução tímida e como uma importante estratégia desinstitucionalizante necessita de maiores investimentos (BRASIL, 2012b).

---

<sup>94</sup> Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes: Cobertura muito boa (acima de 0,70) Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69) Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49) Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34 ) Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20 ) (BRASIL, 2012b).

Em 2004 e 2005 o Ministério da Saúde segue com a proposta de avançar na reestruturação da atenção psiquiátrica tomando como desafio investimentos em estratégias desinstitucionalizantes. Entretanto, até 2005 o percentual gasto com ações hospitalares (52,77 %) sobrepôs-se ao percentual gasto com ações extra-hospitalares (47,23%). Neste mesmo ano a Organização Panamericana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil, convocam a “Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas”, com o propósito de avaliar os resultados obtidos na América Latina, com a reforma da Política de Saúde Mental, desde os anos de 1990 (BRASIL, 2005). O evento contou com a participação de lideranças da psiquiatria na América Latina, ocasião em que foi reafirmado o compromisso com o projeto da Reforma Sanitária, por meio da “Carta de Brasília”. Esse evento, intitulado pelos participantes a nova “Conferência de Caracas”, retoma as bases do encontro realizado em Caracas em 1990 (VASCONCELOS, 2008). O encontro avalia que se produziram, no âmbito regional, novas possibilidades nos 15 anos após a conferência de Caracas, as quais permitiram avanços na reestruturação da atenção psiquiátrica. Conclui-se que os componentes essenciais da Declaração de Caracas estavam em processo de implantação em numerosos países da Região e que valiosas experiências ocorreram com êxitos, mas também, com grandes obstáculos e dificuldades (BRASIL, 2005).

O ano de 2006 marca a inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, em que o investimento na rede de serviços e ações extra-hospitalares (55,92%) supera os gastos com a rede hospitalar (44,08%), apontando para uma tendência de investimento crescente em uma rede de atenção com ações e serviços de base comunitária. Outro aspecto a se destacar é que o percentual de cobertura nacional em saúde mental, considerando o parâmetro 1 CAPS por 100 mil habitantes, passou de 21% em 2001 para 62% em 2010, segundo Relatório Saúde Mental em Dados 7 (BRASIL, 2010). Nos anos que se seguiram a proporção de recursos destinados a serviços extra-hospitalares mostrou-se superior aos recursos destinados aos hospitais psiquiátricos e o grande desafio continua a ser o investimento em estratégias desinstitucionalizantes.

A reversão dos gastos foi resultado das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde para possibilitar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial que só foi instituída em 2011 por meio da Portaria Nº 3.088 de dezembro de 2011. 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, para ser instituída, 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. Logo, 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 significa um avanço da saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial deve constituir um conjunto de ações e serviços de saúde mental articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde da pessoa em sofrimento mental (BRASIL, 2011c). Ela deve estar integrada e articulada aos diferentes pontos de atenção para atender aos usuários da saúde mental, incluindo os decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas.

São componentes da Rede de atenção Psicossocial: 1) **Atenção Básica em Saúde**, constituída por: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura; 2) **Atenção Psicossocial Estratégica**, constituída por: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; 3) **Atenção de Urgência e Emergência**, constituída por: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; 4) **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, constituída por: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; 5) **Atenção Hospitalar**, constituída por: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas; 6) **Estratégias de Desinstitucionalização**, constituída por: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa; 7) **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**, constituída por: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. Ou seja, a rede deve estruturar-se por um conjunto de serviços e dispositivos assistenciais que contemple os vários níveis de atenção e várias modalidades de intervenção (BRASIL, 2011c).

Vale destacar que a portaria 3.088/11 é lançada no primeiro ano do primeiro mandato do governo Dilma, com a intenção de fortalecer a "Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas", conhecido como "Plano de Enfrentamento ao Crack". O plano foi criado no final do segundo mandato do governo Lula em meio a campanha política eleitoral, impulsionada pela disseminação da mídia sobre a suposta "epidemia" do crack, iniciada em 2009. Assim, a presidente Dilma em 2011 implementa o plano que foi foco do discurso da campanha eleitoral e inclui na RAPS as Comunidades Terapêuticas (RODRIGUES, 2012).

A proposta da Rede de Atenção Psicossocial lançada em 2011, para a implementação do Plano Crack é Possível Vencer, exigiu a ampliação dos serviços de saúde mental existentes e a instituição de novos serviços. Assim, nos anos que se seguiram o Ministério da Saúde edita uma série de portarias de incentivos financeiros para garantir a instituição de dispositivos assistenciais da rede, com foco no "Plano de Enfrentamento ao Crack".

**Quadro 8-** Portarias de incentivos financeiros para o fortalecimento da RAPS

Portarias	Ano	O que define	
Portaria Nº 3.089, que estabelece no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial recursos a serem incorporados no teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade.	2011	Instituí recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial Realizadas.	-R\$ 28.305,00 para CAPS I; -R\$ 33.086,25 para CAPS II; -R\$ 84.134,00 para CAPS III ; -R\$ 105.000,00 para CAPS AD III (24h).
Portaria Nº 3.090, que altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.	2011	Define incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais	-R\$ 10.000,00 SRT Tipo I; -R\$ 20.000,00 SRT Tipo II.

		Terapêuticos (SRT) nas modalidades I e II.	
Portaria Nº121, que institui Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.	2012	Define incentivo para a implantação de Unidade de Acolhimento (UA), no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS	-R\$ 25.000,00 para UA Adulto; -R\$ 30.000,00 para UA Infanto-Juvenil.
Portaria 122, que regula Consultório na Rua.	2012	Define recursos financeiros para implantação de Equipes de Consultório na Rua (ECnaR).	-R\$ 9.500,00 para a eCR da Modalidade;  -R\$ 13.000,00 para eCR da Modalidade II;  -R\$ 18.000,00 para a eCR da Modalidade III.
Portaria Nº 130, que redefine o CAPS AD III	2012	Estabelece incentivos financeiros para funcionamento dos Centros de atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas	-R\$ 150.000,00 para implantação de CAPS AD III Novo;  -R\$ 75.000,00 para implantação de CAPS AD III Adaptado.
Portaria Nº131, que define custeio para Serviços de Atenção em Regime Residencial, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS	2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado a Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo às Comunidades Terapêuticas,	-R\$ 15.000,00 para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência.
Portaria Nº 132, que incentiva o desenvolvimento de Projetos de Geração de Trabalho e Renda como estratégia de reabilitação psicossocial	2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS	-R\$ 15.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários; -R\$ 30.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; -R\$ 50.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.
Portaria Nº148, que regulamenta o funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com	2012	Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial,	-R\$ 18.000,00 para implantação de até 5 (cinco) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de

necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.			crack, álcool e outras drogas; -R\$ 33.000,00 para implantação de 6 (seis) a 10 (dez) leitos; -R\$ 66.000,00 para implantação de 11 (onze) a 20 (vinte) leitos; -R\$ 99.000,00 para implantação de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) leitos
Portaria Nº 854, 855, 856, 857, 953 que regula procedimentos realizados nos dispositivos assistenciais da RAPS	2012	Define e garante pagamentos de procedimentos realizados nos CAPS, Unidade de Acolhimento, Unidade de Atenção em Regime Residencial, Serviço Residencial Terapêutico e em Leitos Psiquiátricos em H G e leitos de Saúde mental em HG.	Ver valores pagos por procedimentos no DATASUS.
Portaria Nº 615, que dispõe de incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS	2013	Garante incentivo financeiro para Construção de CAPS I, II, III, CAPS i, CAPS AD, AD III e Unidade de Acolhimento.	-R\$ 800.000,00 para construção de CAPS I, II, i e AD; -R\$ 1.000.000,00 para CAPS AD III; -R\$ 1.000.000,00 para CAPS III; -R\$ 500.000,00 para UA Adulto; --R\$ 500.000,00 para UA Infanto-Juvenil.

**Fonte:** Sistematização própria, 2017

A portaria Nº 3.089 instituiu recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas. A portaria altera a forma de financiamento dos CAPS com garantia de mais recursos para seu custeio. Além dos recursos pagos por meio dos procedimentos realizados pelos CAPS é incorporado ao limite financeiro de média e alta complexidade um repasse mensal de acordo com o tipo de serviço. CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais; CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais; CAPS III - R\$ 63.144,38 (sessenta e três mil, cento e quarenta e quatro reais e trinta e oito centavos) mensais; CAPS I- R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais; CAPS AD - R\$

39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais; e CAPS AD III (24h) - R\$ 78.800,00 (setenta e oito mil, oitocentos) mensais.

A portaria 3.090 de 2011 altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e define repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). A portaria institui as Modalidades tipo I e II dos SRTs, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador. Estabelece 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.

A nova proposta estabelecida na Portaria nº 3.090 supera o mecanismo de financiamento dos SRTs, antes custeados apenas por recurso proveniente da realocação das AIHs. Significa dizer que atualmente o mecanismo de financiamento existente do Ministério da Saúde, assegura 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, 2011d).

O custeio das residências terapêuticas 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 revelou-se insuficiente, pois as realocações das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica não são automáticas, mas dependem 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 (BRASIL, 2011d).

Em alguns estados ou regiões, tal pactuação foi efetiva, porém em diversos municípios com número importante de leitos as pactuações não se realizaram satisfatoriamente. A dificuldade no processo de implantação das Residências Terapêuticas ocorreu, dado a resistência dos gestores municipais em assumirem a gestão desses serviços. Ao pactuar a implantação de SRTs o gestor municipal assume a responsabilidade desses serviços no seu território,

com a contrapartida financeira do Ministério da Saúde. Mas o recurso repassado não garante a cobertura de 100% dos gastos, além de aumentar a responsabilidade dos gestores municipais para a manutenção de um serviço que antes se mantinha na responsabilidade da esfera estadual (hospitais psiquiátricos). Somado a isso, parte dos usuários a serem contemplados nos SRTs, são naturais de outros municípios e/ou estados, levando os gestores ao entendimento de que não são responsáveis pelo cuidado de outros municípios<sup>95</sup>.

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, 2011d).

A portaria Nº 121 de 25 de janeiro de 2012 institui a Unidade de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. A Unidade de Acolhimento é um dos pontos da RAPS instituído no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Tem um caráter residencial transitório com proposta de funcionamento 24 horas, sete dias da semana em duas modalidades de serviços adulto e infanto-juvenil. A portaria institui incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de Unidade de Atendimento, no valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais). Elas funcionam como casas onde pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que estejam em tratamento nos CAPS e que estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Nessas unidades, o usuário conta com apoio profissional e podem viver por um período

---

<sup>95</sup> Essa afirmação parte de minha experiência na gestão municipal nos espaços de pactuação do Colegiado Intergestor Regional (CIR) e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB). No estado do Espírito Santo, somente o município de Vitória assumiu a implantação de SRT. Na falta de disposição dos gestores municipais em assumir esses serviços o estado implantou 12 SRTs para possibilitar o processo de desinstitucionalização dos internos do hospital Adauto Botelho e da Clínica Santa Isabel em Cachoeiro do Itapemirim. Assim, dos 13 SRTs existentes no estado, somente 01 encontra-se sob gestão municipal.

no processo de tratamento. A implantação desses serviços ocorre num cenário de aumento de população de rua com histórico de uso abusivo de drogas, que demandou das autoridades sanitárias uma intervenção imediata. O que não significa que essa proposta de intervenção vá provocar mudança nas condições de vida desses sujeitos.

Nessa mesma direção vem a portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes Consultórios na Rua, com definição de três modalidades de equipes. A modalidade I define uma equipe formada por, no mínimo, quatro profissionais, dois de nível superior e dois de nível médio com garantia de repasse no valor de R\$9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) mensal. A modalidade II define uma equipe formada por no mínimo seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio com garantia de repasse no valor de R\$13.000,00 (treze mil reais) mensal. A modalidade III considera a equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico com garantia de repasse no valor de R\$18.000,00 (dezoito mil reais) mensal.

Esse tipo de intervenção é estratégico para os grandes centros urbanos onde se encontra um aglomerado de sujeitos considerados desvalidos que não encontraram lugar na sociedade. São sujeitos que historicamente encontram-se excluídos econômica e socialmente e por isso não se adaptam ou não são adaptáveis à dinâmica da sociedade capitalista. São produtos de uma desigualdade desenfreada imposta pela acumulação do capital que afasta cada vez mais o povo da riqueza coletivamente construída, mas essa leitura não é feita nessa proposta de intervenção. A proposta se limita a oferecer suporte psicossocial a essa população no intuito de provocar mudança nos hábitos ou na forma do consumo das drogas e, assim responder os anseios da sociedade que demandam providências das autoridades sanitárias.

Como as anteriores, a portaria 130 de 26 de Janeiro de 2012 define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas como ponto de atenção especializado da RAPS destinado a atender adultos, criança e adolescentes em conjunto ou separadamente, com garantia de incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de CAPS AD III público. O

incentivo de custeio para implantação de CAPS AD III Novo é de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); e para implantação de CAPS AD III adaptado é de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais).

Esse dispositivo, apesar de atender a demanda de profissionais que questionam a inexistência de serviços 24 horas, com leitos de internação, bem como serviços de atenção à criança e ao adolescente, também foi instituído e implantado como necessidade de resposta por parte das autoridades política e sanitária às questões das drogas e de igual forma se instituem num cenário em que o combate às drogas tornou-se central na política governamental. Não é preciso dizer do risco da institucionalização dos sujeitos nesses novos serviços.

Nessa mesma direção, a portaria N<sup>o</sup> 131 de 26 de janeiro de 2012 institui incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O incentivo financeiro de custeio é de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária. O valor do recurso financeiro é incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos entes federados por solicitação dos mesmos, após aprovação nos espaços de pactuação do SUS. Essa portaria atende claramente aos interesses dos donos das Comunidades Terapêuticas que exerceram pressão no espaço do legislativo para inscreverem suas demandas por recursos públicos para financiamento desses serviços. A ainda outra dimensão: a forte presença dos grupos religiosos na bancada do Congresso Nacional, alguns dos integrantes donos de Comunidades Terapêuticas<sup>96</sup>. Aqui há um enorme distanciamento da política na direção da Reforma Psiquiátrica, considerando que esses dispositivos reatualizam o modelo manicomial.

A portaria 132 de 26 de janeiro de 2012 institui incentivo financeiro para projetos de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais dentro do componente Reabilitação Psicossocial. A

---

<sup>96</sup> Ver Denadai (2015)

portaria define incentivo financeiro de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários; R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficie entre 51 e 150 usuários; e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários. Para receber os incentivos os programas de reabilitação psicossocial devem atender aos critérios definidos na portaria. Essa portaria abre possibilidades para elaboração de projetos inovadores que reafirmem os princípios da Reforma Psiquiátrica. Com base nessa portaria, experiências exitosas desenvolvidas nos espaços locais podem garantir financiamento e outras podem surgir.

A portaria 148 de 31 de janeiro de 2012 define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas em sofrimento mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, com internações de curta duração, bem como institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Para esse serviço a portaria institui incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) para a implantação de até 5 (cinco) leitos hospitalares; R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais) para a implantação de 6 (seis) a 10 (dez) leitos hospitalares; R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) para a implantação de 11 (onze) a 20 (vinte) leitos hospitalares; e R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais) para a implantação de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual para esses leitos é de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação; R\$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação. A base de cálculo utilizada tenciona garantir que o período de internação seja o menos prolongado possível.

Essa portaria fortalece a lógica de que a pessoa com problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas deve ser tratada em dispositivos comunitários, utilizando a internação como último recurso como propõe a Lei 10.216/2001.

A portaria 615 de 15 de abril de 2013 institui incentivo financeiro para construção de Centro de atenção Psicossocial e Unidade de acolhimento para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O incentivo financeiro destinado por tipo de estabelecimento contempla a construção de CAPS I, II, III, CAPS i, CAPS ad, Unidade de acolhimento adulto e infantil (BRASIL, 2013). O valor dos incentivos financeiros destinados para o financiamento da construção dos CAPS e das Unidades de Acolhimento considera o tipo de estabelecimento. Para CAPS I, II, CAPSi e AD destina-se o valor de R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais); CAPS III e AD III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). Esses serviços são voltados para sujeitos que demandam assistência terapêutica, mas que não dispõem de suporte familiar e se encontram em situação de risco social. Assim, essa portaria denuncia os limites da intervenção no campo da saúde, pois a possibilidade de assisti-los extrapola a capacidade organização e existência de dispositivos assistenciais de saúde, tendo em vista que esses sujeitos encontram-se totalmente desprovidos das condições mínimas de sobrevivência (moradia, alimentação, trabalho, família, entre outros).

Em resumo, esse conjunto de portarias tem como objetivo alcançar as metas definidas para a saúde mental no Plano Nacional de Saúde 2012 a 2015, na diretriz “Fortalecimento da rede de saúde mental”, que teve ênfase no enfrentamento ao crack, presente nos discursos dos candidatos à campanha eleitoral para presidência da república em 2010. Cabe ressaltar que em dezembro de 2010 o até então Coordenador Nacional da Saúde Mental Pedro Gabriel Delgado sai da coordenação, sendo substituído por Roberto Tykanori<sup>97</sup>, que assume a coordenação em 2011 dando seguimento à defesa da política de

---

<sup>97</sup> Foi um dos líderes da Reforma Psiquiátrica no país.

Saúde Mental, sob as bases da Reforma Psiquiátrica, que impõe estratégias desinstitucionalizantes.

No que se refere às estratégias desinstitucionalizantes coloca-se como preocupação do Ministério da Saúde a expansão e a consolidação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e estes se destacam dentre os principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois juntamente com o Programa de Volta Para Casa e o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é uma importante ferramenta para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2011d). 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).

A Rede de Atenção Psicossocial define os Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa como **Estratégias de Desinstitucionalização**, um dos componentes da RAPS, mas, a implantação e expansão da estratégia desinstitucionalizante tem sido um dos principais desafios ao processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, não alcançando prioridade na definição dos recursos. É o que demonstraremos ao adentrarmos no detalhamento dos gastos com as ações de saúde mental. O montante de recursos direcionados a essas duas ações denuncia o não privilegiamento de ações que eminentemente reafirmam os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, Carvalho estava completamente certo quando alerta para verificar a prioridade dada à política temos que olhar para o seu financiamento.

Até aqui situamos o processo de implantação da reforma da política de saúde mental, atravessada por interesses de grupos que se colocam em disputa pelos poucos recursos da saúde mental. A seguir, entraremos no debate sobre o financiamento da saúde mental norteado por dois pontos centrais. O primeiro considera os instrumentos de gestão que envolvem planos e relatórios de gestão da saúde. A análise desses instrumentos possibilita identificar as ações

planejadas e as executadas no interior da saúde evidenciando as prioridades definidas para alocação de recursos. Evidenciaremos aqui as demandas da saúde mental inscritas no plano de governo, impulsionadas por atores da luta pela reforma psiquiátrica. Para isso, analisaremos os planos e relatórios de gestão da saúde a partir dos anos 2000, demarcados pela aprovação da Lei da Saúde Mental.

O segundo considera os gastos em saúde mental com definição das ações prioritárias na área identificando se essas ações reafirmam as premissas da Reforma Psiquiátrica.

A seguir trataremos da gestão financeira dos recursos da saúde mental (dimensão financeira), que possibilitará compreender as decisões no campo político-administrativo no processo de implementação da política de saúde mental.

### **3. DESNUDANDO O CAMINHO DO DINHEIRO – OS PLANOS E OS RELATÓRIOS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Este capítulo está estruturado em quatro partes: a primeira analisa a inscrição das ações de saúde mental no plano e relatórios de gestão 2000 a 2003, período que demarca a aprovação da Lei da Saúde Mental (2001); a segunda analisa a inscrição das ações de saúde mental no plano e relatórios de gestão 2004 a 2007; a terceira analisa a inscrição das ações de saúde mental no plano e relatórios de gestão 2007 a 2011; e a quarta analisa a inscrição das ações de saúde mental no plano e relatórios de gestão 2012 a 2015.

Consideramos na análise do financiamento da política de saúde mental, a necessidade de evidenciar a relação intrínseca entre os instrumentos de gestão e a inscrição da garantia de financiamento da política de saúde mental no orçamento da saúde. A Lei 8.080/1990 instituiu os Planos e Relatório de Gestão da Saúde como instrumento básico do planejamento e orçamento do SUS<sup>98</sup>. O cumprimento dessa orientação legal é a base para garantir o financiamento das ações de saúde que devem ser planejadas, pois em tese, nenhuma ação que não esteja inscrita no plano é passível de financiamento, salvo em situações de emergência ou calamidade pública. Ademais, os planos e relatórios de gestão devem ser submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde nas suas esferas de governo. Assim, esse capítulo tem como objetivo evidenciar como a política de saúde mental se inscreveu no plano de governo, a partir dos anos 2000, tensionada por diferentes sujeitos contrários e a favor do projeto de implementação da reforma psiquiátrica brasileira, sustentado no modelo assistencial de base comunitária, como também evidenciar a necessidade de inscrição das ações nos instrumento de gestão do governo para a garantia do financiamento da política, inscrita no plano orçamentário.

---

<sup>98</sup> Os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde, Relatório de Gestão e suas respectivas Programações Anuais), devem orientar no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo (Plano Pluri anual –PPA; Lei de Diretrizes Orçamentária- LDO; e Lei Orçamentária Anual- LOA), como definidos a partir do Artigo 165 de Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001b).

#### **4.1. A Saúde Mental nos Planos Nacional de Saúde e Relatórios de Gestão (2000-2015)**

A análise dos Planos Nacional de Saúde no período entre 2000 e 2015 e os respectivos Relatórios de Gestão da Saúde no período foram norteados por duas questões: Quais ações da Política de Saúde Mental foram planejadas e implementadas? Qual o direcionamento dos gastos para essas ações à luz dos princípios da reforma psiquiátrica? Essa análise parte do pressuposto que os gastos efetuados se inserem no plano e o relatório de gestão da saúde, considerando que os mesmos são instrumentos de planejamento da gestão. Consideramos que essa análise permitirá cotejar essas evidências vis a vis com os dados do gasto em saúde mental. A análise do gasto requer ainda considerar o contexto histórico marcado pelos governos Collor/Itamar, Fernando Henrique Cardoso, Lula, Dilma e Temer. Um marco foi o processo de aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001. Outro marco foi a estabilidade na coordenação de Saúde Mental do gestor por 10 anos (2001-2010) e as instabilidades vividas na coordenação entre 2011-2016 (Tykanori entre 2011 e dezembro de 2015; Duarte Filho, ex-diretor do maior hospital psiquiátrico de Paracambi (RJ) – dezembro de 2015 a maio de 2016 )<sup>99</sup>. Em fevereiro de 2017 o médico Quirino Cordeiro Junior assume a cadeira de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Como vimos, enquanto a lei tramitava no congresso, travou-se ao longo dos anos 90, um intenso debate nacional acerca dos modelos teóricos de atenção à saúde mental, de constituição de rede assistencial, de direito à cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Os anos 2001 demarca uma fase

---

<sup>99</sup>Como aponta Vasconcelos (2016), nas lutas mais recentes do movimento antimanicomial no Brasil, registra-se a intensa mobilização do movimento antimanicomial contra a nomeação para a Coordenação Geral de Saúde Mental e Outras Drogas feita pelo Ministro da Saúde, Marcelo Castro, que assumiu a gestão em outubro de 2015, com um perfil político conservador e ligado ao PMDB. O coordenador nomeado pelo ministro da saúde é um médico psiquiatra que carrega em seu currículo a gestão médica do maior manicômio privado da América Latina durante a década de 1990 (a Clínica Dr. Eiras, em Paracambi, RJ). A instituição foi fechada mais tarde por intervenção do próprio Ministério da Saúde e Ministério Público, dado às inúmeras violações dos direitos humanos ocorridas naquela instituição regularmente. A mobilização do movimento antimanicomial, que culminou na queda do coordenador em maio de 2016, ocorreu no esforço de declarar a necessidade de garantir um coordenador nacional de saúde mental identificado com as lutas históricas do SUS e do processo de reforma psiquiátrica no país.

denominada por Vasconcelos como 3ª Grande Fase (2001-2010), marcada pelo crescimento e consolidação da rede de atenção psicossocial, incluindo na agenda política novas áreas e projetos, como atenção às crianças e adolescentes, álcool e drogas, além de novas estratégias desinstitucionalizantes como os Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa (VASCONCELOS, 2012, 2016).

#### **4.1.1. O plano de saúde 2000-2003 e os relatórios de gestão no período**

O Plano Nacional de Saúde 2000-2003 entra em ação em um período demarcado por Borges e Baptista (2008) como momento de retomada para expansão<sup>100</sup> do processo de implementação da reforma psiquiátrica. As coordenações de áreas técnicas da saúde, dentre elas, a de saúde mental, voltam para a SAS, significando o retorno a um ambiente propício à alavancagem da política da área. Somado a isso, é nomeado como coordenador da saúde mental uma liderança do movimento de reforma psiquiátrica<sup>101</sup>, tendo como um de seus maiores desafios articular forças e estratégias para a aprovação da Lei 10.216, além de organizar e convocar a III Conferência Nacional de Saúde Mental (VASCONCELOS, 2008). Pedro Gabriel Delgado afirma ter sido essa sua motivação para assumir o posto de coordenação, pois o cenário não era animador. A estrutura anterior havia sido esvaziada e o mesmo não dispunha inicialmente de uma estrutura para o trabalho e muito menos de uma equipe. Havia apenas um técnico de referência no setor, o que demandou articulações para estruturação do trabalho<sup>102</sup>.

O período é marcado pela aprovação da Lei da Saúde Mental 10.216 (2001), realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), regulamentação de Legislação para financiamento da rede de atenção psicossocial (Residências Terapêuticas em 2000, CAPS em 2002, Programa de Volta para Casa em 2003), entre outros avanços (VASCONCELOS, 2012). É momento da consolidação da rede de atenção psicossocial, mas também,

---

<sup>100</sup> Após um período de latência, os anos 2000 demarcam a reocupação do espaço institucional na esfera Federal, com novas conquistas no plano normativo.

<sup>101</sup> Pedro Gabriel Delgado permaneceu na Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde até Dezembro de 2010.

<sup>102</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

como já destacado anteriormente, por sinais de retrocessos gerados pelo avanço das políticas neoliberais, que impõem desinvestimentos às políticas sociais em geral e, particularmente, ao SUS. As dificuldades na implementação do sistema de saúde é um complicador ao projeto de implantação da reforma psiquiátrica, considerando que a área da saúde mental é particularmente vulnerável ao funcionamento do setor saúde como um todo. Ou seja, o não sucesso na implementação do SUS inviabiliza o projeto de reforma da saúde mental (VASCONCELOS, 2012, 2016).

No Plano Nacional de Saúde 2000-2003, a saúde mental aparece como um programa finalístico do MS, que tem como objetivo reverter o modelo hospitalocêntrico e intensificar a atenção extra-hospitalar às pessoas em sofrimento psíquico e aos dependentes de álcool e outras drogas. A diretriz expressa no plano de saúde é a **reversão do modelo hospitalocêntrico**.

A única ação referente à saúde mental presente no plano é **redução dos gastos com internação hospitalar com transtornos mentais em relação ao gasto total com internação na rede SUS**. Essa ação sustenta o enfrentamento da questão da desospitalização e abertura de novos serviços assistenciais perseguida durante toda década de 1990. Ou seja, aponta para a necessidade política de reversão dos gastos em Saúde Mental. Em 2000 o gasto hospitalar era de 88% do total gasto na saúde mental e 12% destinados às ações extra-hospitalares. Consideramos que a ação definida no plano (Redução dos gastos com internação hospitalar com transtornos mentais em relação aos gastos total com internação na rede SUS) possibilitou o monitoramento e a avaliação das internações psiquiátricas para propostas de ações de redução tanto do número de leitos disponíveis quanto das internações abusivas. O processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (HPs) é pauta de luta do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) travada no mundo e no Brasil. O Ministério da Saúde adotou como estratégia a redução de leitos em hospitais psiquiátricos para redirecionar os recursos para a implantação de uma rede de base territorial. A estratégia trazia a implementação de ações possíveis que longitudinalmente reforçaria a extinção dos leitos. Por outro lado desnudava o nó do financiamento.

A definição dessa ação foi fundamental para o plano de redução gradual e programada dos leitos psiquiátricos. É um período de produção normativa: a Portaria Ministerial N.º 251 de 2002, por exemplo, estabeleceu diretriz e normas para o funcionamento da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como principal objetivo melhorar a qualidade e indicar os principais problemas da assistência dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS (BRASIL, 2003). A aprovação de legislação e as ações de redução dos leitos psiquiátricos explicita o embate entre dois projetos em curso: o da indústria da loucura representado por donos de HPs que não abrem mão do lucrativo investimento na prestação de serviços assistenciais e do MRP que defendem o fim dos HPs.

Quanto aos relatórios de gestão da saúde registrou-se no ano de 2000 e 2001 apenas uma ação na área da saúde mental (quadro 9). Apesar do plano não fazer nenhuma referência à implantação de programa de qualificação em saúde mental para profissionais de saúde, o Ministério da Saúde destaca que nos dois anos realizou-se 302 cursos em saúde mental voltados para capacitação de profissionais das ESFs (281 em 2000 e 21 em 2001). Entretanto, em pesquisa realizada no relatório Saúde Mental em Dados n.º 02, não encontramos registro de cursos ofertados entre 2000 e 2001. Mas, encontramos a informação de que a partir de 2002 o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica instituída pelo MS, incentiva, apoia e financia a implantação de Núcleos de Formação em Saúde Mental para a Reforma Psiquiátrica por meio de convênios (BRASIL, 2012b).

Vale destacar que no início dos anos 2000 o Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde, deu início à elaboração do Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, visando incluir ações de Saúde Mental no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde realizou uma série de encontros com gestores, profissionais da saúde mental e da atenção básica e outros representantes do MS. Em 2001 realizou-se a primeira oficina de

trabalho para discussão do “Plano Inclusão Nacional das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. A oficina reuniu a equipe do DAB e da CGSM, além de municípios com experiências em curso de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica. A oficina de trabalho tinha como objetivo levantar as experiências desenvolvidas nos diferentes espaços territoriais em andamento, informações acerca da quantidade de integrantes da ESF/PACS, a capacidade de respostas das equipes às demandas em saúde mental, as atividades desenvolvidas. Discutiram-se também os tipos de demandas da saúde mental mais frequentes apresentadas às equipes das unidades básicas e os problemas que mais comprometiam os vínculos familiares e sociais, dentre eles os relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BORGES; BAPTISTA, 2008; SOUZA; RIVERA, 2010).

Em 2002 realizou-se o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, em parceria com a OPAS/MS/UFRJ e a Universidade de Harvard para definir diretrizes para organização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. O seminário teve como objetivo fortalecer conceitos básicos para sustentar ações de base territorial, como por exemplo, noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, ação integral, contínua; multiprofissionalidade e desinstitucionalização<sup>103</sup> (SOUZA; RIVERA, 2010).

A vinculação das ações de saúde mental na atenção básica é uma estratégia para viabilizar a construção de novos modos de atenção em saúde mental, com garantia a atenção diária, de base territorial, desinstitucionalizante e com responsabilização dos profissionais da rede básica de saúde no cuidado à Saúde Mental. A relação Saúde Mental e Atenção Básica demonstrava que a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrara (em tese) na lógica do SUS as condições institucionais para o seu desenvolvimento. A assistência à pessoa com sofrimento psíquico, antes pautada na segregação, exclusão e adoção de

---

<sup>103</sup> Com o mesmo propósito nos anos que se seguiram realizou-se oficinas de Saúde Mental por ocasião do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2003 e do I Congresso Brasileiro de CAPS em 2004. Todos esses encontros tiveram como ponto em comum propor diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica (SOUZA; RIVERA, 2010).

práticas equivocadas, passa a encontrar nos dispositivos assistenciais do SUS ações pautadas na lógica da: **Articulação** com outros saberes, com outras áreas de conhecimento e outras práticas; **Acolhimento** que possibilite ao usuário o lugar central das atividades de saúde; **Responsabilização** que coloca para os profissionais o desafio de se responsabilizarem pela saúde mental da população de seu território; **Integralidade** do cuidado que compreende o sujeito dotado de diferentes necessidades e nesse sentido demanda um conjunto de ações para atender suas demandas, **Inserção** nas redes sociais que demanda parcerias e laços com outros segmentos (SOUZA; RIVERA, 2010).

Entretanto, no relatório de gestão da saúde não há referência à implantação de serviços de base territorial nesses dois anos (2000-2001), como também não registra legislações implantadas nesse período. Pedro Gabriel Delgado afirma que quando assumiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental (agosto de 2000), esta não era considerada uma área relevante dentro do Ministério da Saúde<sup>104</sup>. Ou seja, o inexpressivo registro de ações da saúde mental no relatório de gestão da saúde nesse período é reflexo dos limites impostos à expansão da política de saúde mental no plano federal na última fase da década de 1990 (momento de latência).

É importante ressaltar que no ano de 2000, por meio da Norma Operacional Básica, o MS fortalece o processo de descentralização e regionalização das ações de saúde definindo áreas prioritárias de cuidado à saúde, mas a saúde mental não foi incluída<sup>105</sup>. As áreas prioritárias definidas pelo MS contaram com repasse fundo a fundo nas esferas municipais e estaduais, para o desenvolvimento de ações nas linhas de cuidado, colocando essas áreas em uma situação de maior vantagem na disputa pelo recurso da saúde<sup>106</sup>. Recebem maior atenção as áreas ligadas aos Objetivos de Desenvolvimento

---

<sup>104</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

<sup>105</sup> A saúde mental entra como área prioritária de cuidado do Ministério da Saúde com o decreto 7.508 de 2011, com definição para construção de uma Rede de Assistência Psicossocial (RAPS).

<sup>106</sup> As áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde era Saúde da Mulher e da Criança, Hipertensão e Diabetes, Saúde Bucal, Tuberculose e Hanseníase, DST/AIDS, Controle de endemias rurais e urbanas, como a Malária e a Dengue.

do Milênio<sup>107</sup> com metas a serem atingidas até o ano de 2015. Um exemplo é a Saúde da Mulher e da Criança com meta para redução a mortalidade materna e de redução da mortalidade infantil. Também as áreas de controle às DST/AIDS e endemias rurais e urbanas e outras doenças como a tuberculose, têm metas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (e por esse motivo são prioritárias) (ONU, 2015).

A saúde mental, no conjunto de áreas de atuação dentro do MS, se depara com a dificuldade de alocação de recursos, tendo que disputá-los nos tetos municipais e estaduais. Vale lembrar que com a proposta da EC29 em 2000, a União inicia um processo de desoneração no custeio da saúde o que vai impactar na condução da política de saúde nas suas várias áreas de atuação. Nesse cenário, a saúde mental encontra limites para inscrever as suas demandas no planejamento do governo e isso se expressa nos relatórios de gestão como podemos observar no quadro 9.

---

<sup>107</sup> No ano de 2000, as Nações Unidas convocaram governos e sociedade civil a se engajarem em prol de oito objetivos, visando garantir um planeta melhor para o futuro, devendo os objetivos ser alcançados até 2015. São eles: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Garantir educação básica de qualidade para todos; 3) Igualdade entre os sexos e valorização da mulher; 4) Redução da mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde da gestante; 6) Combater a AIDS, a Malária e outras doenças; 7) Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) Todo mundo trabalhando para o desenvolvimento (ONU, 2015).

**Quadro 9- Ações previstas no plano 2000-2003 e Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2000-2003**

**Diretriz – Reversão do modelo hospitalocêntrico**

<b>Ações Planejadas</b>	<b>Ações realizadas em 2000</b>	<b>Ações realizadas em 2001</b>	<b>Ações realizadas em 2002</b>	<b>Ações realizadas em 2003</b>
Redução dos gastos com internação hospitalar com transtornos mentais em relação aos gastos total com internação na rede SUS	-	-	Fechamento gradual e programado dos leitos psiquiátricos segundo Portaria N.º 251/02	Curso de capacitação em SM para os médicos do PSF em 12 municípios
	281 cursos de capacitação para profissionais das ESF em saúde mental na atenção básica	21 cursos de capacitação para profissionais das ESF em saúde mental na atenção básica	Seminário Saúde Mental na Atenção Básica: Reorganização dos Serviços e Formação de Recursos Humanos	Fechamento gradual e programado dos leitos psiquiátricos segundo Portaria N.º251/02
			Ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos	Ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos
			Definição de equipe mínima de saúde mental composta por um psiquiatra ou clínico capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental para atuar junto às ESFs.	Curso de 20 horas para formação de agentes comunitários de saúde em SM

**Fonte:** Sistematização própria com base no Plano e Relatório de Gestão 2000-2003

A partir de 2002, início do momento de expansão da política de saúde mental<sup>108</sup>, suas ações aparecem de forma expressiva no Relatório de Gestão da Saúde com uma série de ações estratégicas para o fortalecimento das ações de saúde mental de base comunitária.

O período colhe os frutos do momento de retomada do processo de implementação da política de saúde mental demarcado pela: entrada do novo coordenador nacional da saúde mental no ano de 2000; o retorno da Área Técnica à Secretaria de Assistência à Saúde com retomada do seu espaço político-institucional; a aprovação da Lei 10.216 em 2001; a realização da III CNSM; e as várias articulações realizadas pela coordenação para formar consenso em torno da configuração da política de saúde mental à luz dos princípios da reforma psiquiátrica.

A ênfase no relatório de gestão da saúde é dada em duas ações: 1) diminuição gradual e programada dos leitos psiquiátricos sustentada pela Portaria N.º 251/02, que garante o fechamento gradual dos leitos psiquiátricos 2) ampliação da rede extra-hospitalar (Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros) sustentada nas portarias N.º 106/2000, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e portaria N.º 336/2002 que estabelece modalidades de serviços para CAPS e garante recursos para implantação dos mesmos.

A primeira normativa de 2002 (portaria GM nº251) consolida o processo de **Avaliação e Desospitalização** criadas em 1991/92, com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). A portaria GM nº251/02 atualiza as diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica hospitalar, e faz uma ponte com um programa que já vinha sendo realizado, o PNASH/Psiquiatria, desempenhando duas importantes funções: oferecer um bom diagnóstico da rede hospitalar e descredenciar estabelecimentos sem a pontuação mínima requerida. Essa portaria é fruto de um processo de articulações técnico e político, sustentada nas recomendações da III CNSM.

---

<sup>108</sup> Segundo Borges e Baptista (2008), no período 2002 a 2004 retomou-se a aceleração da desospitalização e da ampliação de serviços extra-hospitalares, após um período de latência.

Na ampliação da rede extra-hospitalar destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). A instituição desses serviços é uma proposta que vinha sendo amadurecida desde a I CNSM, com reforço na II CNSM. O CNS desempenhou importante papel do CNS para manter viva essa proposta no decorrer de toda década de 1990. Tal proposta era uma experiência exitosa que já se encontrava em pauta, desde o início da década de 1990 por alguns municípios de São Paulo, mas, somente em 2000, por meio da portaria N.º 106, os SRTs são regulamentados na política nacional de saúde mental (BRASIL, 2000). Por ser a recuperação de um projeto que já se encontrava em pauta, ele entra em destaque como um momento de retomada, mas só encontra registro no relatório de gestão da saúde em 2002, no momento de expansão da política de saúde mental. Amarante<sup>109</sup> faz a crítica ao conceito de SRT utilizado pelo MS. Para ele residência não pode ser tida como serviço, como também não é terapêutica, pois os serviços que se propõem terapêuticos trazem em si a ideia de reparar as pessoas, transformá-las, como, por exemplo, os reformatórios, os educandários, as casas de correção, todas pautadas no tratamento moral. O que se chama de SRT deveria se chamar Residência Assistida ou Protegida, dentro de um projeto de residencialidade. Entretanto, para garantir o financiamento no orçamento da saúde, o Ministério da Saúde adotou o termo terapêutico, para evitar problemas com o Tribunal de Contas da União, que não permitia o repasse de recursos da saúde para ações que não se destinasse a processos terapêuticos.

Amarante<sup>110</sup> afirma que as primeiras residências criadas no Brasil foram resultado da experiência de Santos e se chamava República, que traz a concepção de autogoverno onde os moradores definem suas regras de convívio, ou seja, não são tutelados<sup>111</sup>. A afirmação de Amarante está pautada no princípio de que os dispositivos assistenciais devem estar voltados para o

---

<sup>109</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

<sup>110</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

<sup>111</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

cuidado, para o acolhimento, para produção de subjetividade, da vida e não para o controle e vigilância, punição ou segregação.

Quanto à instituição dos CAPS, o mesmo expressa a concepção que vinha sendo traçada desde o momento germinativo, que é a abertura de financiamento para implantação de serviços de base territorial. Tal concepção é aprimorada em contexto de implementação da NOAS/2001 quando também estabelece referência de cobertura assistencial para o fortalecimento do processo de descentralização e regionalização da assistência à saúde nas suas várias linhas de cuidado. A NOAS possibilita que estados e municípios que se encontravam na Gestão Plena do Sistema assumam a gestão de serviços de maiores complexidades como os CAPS, fortalecendo o processo de descentralização e regionalização da política. Entretanto, os municípios que se encontravam na Gestão Plena da Atenção Básica não podiam pleitear CAPS no seu território, pois ao se declararem nessa modalidade de gestão, automaticamente, afirmam não terem condições de assumir serviços de maior complexidade (BRASIL, 2001e).

A regulamentação dos CAPS I, II e III, por meio da portaria nº336/02, seguiu as recomendações da III CNSM, para expansão desses serviços, bem como de atendimento direcionado a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. As três modalidades têm a função de garantir atendimento prioritário a esses usuários.

Na direção do fortalecimento das ações em saúde mental na atenção básica, o relatório de 2002 registrou ainda a definição do Ministério da Saúde para constituição de uma equipe mínima de saúde mental composta por um psiquiatra ou clínico capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental para atuar junto às ESFs oferecendo apoio matricial. Entretanto, o Ministério da Saúde não aponta para a garantia de financiamento dessas equipes. Essas, constituídas no território para oferecer suporte matricial às ESFs, deverão ser financiadas pela gestão municipal.

Ainda sobre o fortalecimento das ações em saúde mental na atenção primária à saúde, o relatório de gestão de 2003 registra curso de capacitação em saúde mental para médicos da ESF e para Agentes Comunitários de Saúde, sendo

essa uma importante estratégia para a desinstitucionalização. Como afirma Lancetti (2006), o processo de capacitação dessas equipes, somadas ao apoio matricial para condução dos casos de saúde mental de forma mais adequada, possibilitam aos profissionais das ESF uma intervenção mais qualificada, visando diminuir os encaminhamentos a dispositivos assistenciais em outros níveis de atenção. Para o autor, as ESFs potencializam o processo de desinstitucionalização na medida em que os profissionais se apropriam das concepções da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, compreendendo ambas como processos sociais complexos que visam uma nova forma de cuidar e a garantia desse cuidado no território.

Na rede de saúde, a complexidade inicia na rede básica, com intervenções mais simples, e caminha para os serviços de maior complexidade, com recursos mais especializados. Na saúde mental ocorre o inverso. No nível terciário (estrutura hospitalar) as respostas são padronizadas e massificadas e as intervenções se limitam a contenção ao leito, administração de medicamentos e isolamento. No caso da saúde mental as ações mais complexas são realizadas no primeiro nível de atenção, onde a equipe precisa lidar com as situações de crise do sujeito, com sua família, com a rede social, com os diferentes atores no território, procurando estabelecer vínculo para possibilitar o processo terapêutico (LANCETTI, 2006). Ou seja, é preciso considerar a particularidade que a saúde mental apresenta quando nos referimos à rede de saúde mental e rede de saúde.

As ações registradas no relatório de gestão referente ao ano de 2003 apontam também avanços no processo de fechamento de leitos psiquiátricos. Entre 2002 e 2003 foram fechados 3.090 leitos conveniados com o SUS. Destaca-se ainda a ampliação de serviços de base comunitária: Ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (205 CAPS implantados entre 2002 e 2003, representando um crescimento de 70% em relação ao ano anterior), bem como de Serviços Residenciais Terapêuticos (141 SRTs implantados entre 2002 e 2003). Apesar de constatar a ampliação dos SRTs entre 2002 (85 SRTs) e 2003 (141 SRTs), o número de unidades é ínfimo às necessidades do programa de desinstitucionalização, tendo por base que, nesse mesmo ano, o

Ministério da Saúde estimou que o número de moradores de longa permanência nos Hospitais Psiquiátricos representava cerca de 30% do total de leitos psiquiátricos credenciados no SUS e nesse mesmo ano registrou-se 48.303 leitos psiquiátricos. Nessa relação, 30% representaria 14.490 moradores de longa permanência em hospitais psiquiátricos, o que expressa a baixa cobertura do serviço.

A ampliação da rede extra-hospitalar registrada como uma das ações no Relatório de gestão da saúde ocorre também por meio da regulamentação do Programa de Volta Para Casa, com base na Lei nº10.708/03, que institui o Auxílio-Reabilitação Psicossocial e **expande as linhas de atuação** dessa política. Ao instituir auxílio-reabilitação psicossocial como parte integrante do Programa de Volta Para Casa, a política de saúde mental fortalece o processo de desospitalização de pessoas que passaram por internações longas e não dispõem de trabalho ou outra fonte de renda, sendo também uma ação estratégica no processo de desinstitucionalização e inserção social.

Outra ação do MS em 2002 e 2003, que possibilita a ampliação da rede extra-hospitalar é a destinação de incentivos financeiros para a implantação de novas unidades de CAPS, por meio de **planos de expansão específicos**, como exemplo, a portaria GM nº816/02, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas e prevê o CAPSad direcionado aos sujeitos com problemas decorrente do uso de álcool e drogas. O programa prevê a implantação de 250 CAPSad ao longo de três anos, sendo concluído em duas etapas. A primeira contempla capitais e municípios com população acima de 200 mil habitantes, e a segunda acrescenta 1 CAPSad para cada 500 mil habitantes, nesse caso, em grandes regiões metropolitanas e em municípios com menos de 200 mil habitantes selecionados pelo perfil epidemiológico. Vale destacar que entre os anos 2000 e 2002 ocorreu um movimento dentro do Ministério da Saúde para criar uma área voltada para atenção aos problemas de álcool e drogas desvinculada da área da saúde mental. Entretanto, considerando que a questão do álcool e outras drogas e a necessidade de atender essa clientela permaneceu presente nas discussões sobre a reforma psiquiátrica e nos Relatórios das três CNSM,

até então realizadas, os CAPSad foram implantados como uma nova linha de atuação da saúde mental (BORGES; BAPTISTA, 2008).

No ano de 2003, no primeiro mandato do governo Lula, assume como Ministro da Saúde um petista envolvido com o movimento da reforma psiquiátrica<sup>112</sup>. Neste ano, o governo lança a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Para desenvolver essa política foi criado, por decreto Presidencial, uma Comissão Interministerial sobre Política para o Álcool, que enfrentou muitas dificuldades, principalmente, no embate com a indústria da bebida e de propaganda. Isso porque o Ministério da Saúde tinha interesse nessa área e decidiu assumir a disputa com a Secretaria Nacional Álcool e Drogas (SENAD) pela oferta de assistência em saúde aos usuários de álcool e drogas. Havia uma incompatibilidade no campo ideológico. A Coordenação de Saúde Mental caminhava na lógica da prevenção, tratamento e redução de danos, enquanto a SENAD caminhava na perspectiva da abstinência e repressão da oferta das drogas<sup>113</sup> (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A criação da Comissão Interministerial para tratar de questões relativas à problemática do álcool ocorre num cenário em que a temática substâncias alcoólicas teve ampla repercussão no país tanto no espaço governamental quanto no âmbito acadêmico (DENADAI, 2015). Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2003 apontou que 53% das emergências atendidas no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, relacionadas a acidentes de trânsito, ocorreu com pessoas que haviam ingerido bebidas alcoólicas, sendo registrado no exame de sangue dessas pessoas índices de alcoolemia superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro (IPEA, 2003). Tal realidade representava aumento nos gastos do SUS com esse tipo de atendimento e demandava do governo Lula, em seu primeiro mandato, a definição de Políticas Públicas Sobre Drogas.

Em resumo, até 2003 não havia uma política específica no campo do álcool e outras drogas, no âmbito da saúde pública. A saúde mental, por sua

---

<sup>112</sup> Trata-se do Ministro Humberto Costa

<sup>113</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

identificação histórica com a questão e pelas articulações com diversos setores do governo, pôde coordenar a expansão dessa linha de atuação em parceria com outras áreas no interior do MS, mas isso não aparece no relatório de gestão da saúde.

Também em 2003 surgem as primeiras normativas específicas de CAPSi, por meio das portarias GM nº1.946/03 e GM nº1.947/03, materializando uma nova linha de atuação. Este foi um ano em que a OMS dedicou à saúde mental das crianças e adolescentes. Assim, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, baseando-se em experiências exitosas nos âmbitos estadual e municipal, constitui Grupo de Trabalho destinado a diagnosticar o atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas para ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área. Na sequência, aprova o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 unidades até final de 2004. Com isso, municípios e estados, atendendo a portaria, podem se habilitar para receber recursos fundo a fundo e extra-teto para implantação e custeio do serviço.

Em resumo, a expansão da rede CAPS, que começou timidamente no início da década de 90, acelerou-se a partir de 2002, com a garantia de financiamento da esfera Federal (12 CAPS em 1990 para 424 em 2002). Isso ocorreu tanto pela destinação de incentivos financeiros para a implantação de novas unidades para todos os tipos de CAPS, quanto pelo fato de que o custeio das ações dos CAPS, remunerados pelo bloco da média complexidade (MAC)<sup>114</sup>, passa a contar com recursos extrateto do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)<sup>115</sup>, por meio do instrumento Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAAC).

---

<sup>114</sup> O bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade é formado pelo Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo o mais volumoso (JUNIOR; MENDES, 2015).

<sup>115</sup> Por serem extratetos os recursos FAEC são repassados na medida em que os procedimentos vão sendo realizados e seus registros feitos no Sistema de Informação, por meio das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAACs).

Mas o foco da estratégia até 2002 se manteve no Programa de Redução Gradual de Leitos Psiquiátricos obtendo resultados com o descredenciamento de leitos do SUS em hospitais psiquiátricos, que resultou no redirecionamento de recursos da rede hospitalar para a constituição de serviços extra-hospitalar. Entretanto, à medida que se faz a redução de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos, aumenta a pressão dos grupos afetados nesse processo, entre eles, os hospitais psiquiátricos privados. Tais grupos, com sucessivas críticas à política de Saúde Mental implantada pelo Ministério da Saúde, ganham espaço para suas insatisfações no legislativo<sup>116</sup>. A partir de 2004, inicia-se um processo de organização dentro do legislativo de grupos de parlamentares que, por estarem diretamente articulados em seus estados com a rede de hospitais psiquiátricos, discordam da política implantada e fazem, no espaço do legislativo, pesada resistência aos fechamentos de leitos, instituindo uma tensão permanente. Defensores dos hospitais psiquiátricos garantem audiências públicas, com a participação de psiquiatras, professores de universidades e outros profissionais para barrar a política de redução de leitos<sup>117</sup>. Mas, o programa de redução de leitos se mantém como estratégia do MS para reversão do modelo assistencial da saúde mental. É nesse contexto que o plano de gestão da saúde 2004-2007 será elaborado.

#### **4.1.2. O Plano de Gestão da Saúde 2004-2007 e a luta pela redução de leitos psiquiátricos**

A saúde mental é destacada no Plano Nacional de Saúde 2004-2007 como uma área prioritária do MS, tendo como objetivo ampliar a atenção em saúde mental em base territorial. O plano apresenta duas ações: 1) Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS, SRTs, Leitos em

---

Após seis meses, constatando a importância do procedimento para ao serviço, os volumes financeiros serão incorporados na série histórica de repasses passando a compor o teto da Média e Alta Complexidade (MAC) (JUNIOR; MENDES, 2015).

<sup>116</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

<sup>117</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

hospitais gerais); 2) Ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta Para Casa.

A expansão da rede de serviços de base territorial estava condicionada à redução de leitos psiquiátricos para redirecionamento dos recursos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a despeito das resistências, manteve a redução de leitos psiquiátricos, que se realizou estrategicamente a partir de macro-hospitais, para garantir a mudança do perfil dos hospitais. A intenção era que fossem predominantes os leitos em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), ao invés de macro-hospitais (acima de 400 leitos) que, em geral, apresentam precárias condições sanitárias. Entre 2002 e 2004 o Ministério da Saúde fechou 5.579 leitos em macro-hospitais (BRASIL, 2012), iniciando um processo de resistência declarada aos fechamentos desses leitos por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Processo esse, que será acirrado a partir de 2006 quando os donos de hospitais psiquiátricos vão garantir espaço no parlamento, fortalecendo a oposição ao fechamento de leitos.

Quanto ao Programa de Volta Pra Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (associado ao SRT), constitui-se em importante estratégia de desinstitucionalização, ocupando destaque no plano 2004-2007. Em 2004 o número de usuários cadastrados não tinha expressividade, considerando a meta para concessão do benefício auxílio reabilitação psicossocial. Registraram-se nesse ano 879 beneficiários do programa, enquanto que o Manual do Programa de Volta para Casa (2003) estimou como população alvo cerca de 15.000 mil usuários do SUS e a meta prevista de cobertura no plano 2004-2007 era de 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS, meta não cumprida até os dias atuais<sup>118</sup>. O Programa de Volta para Casa enfrenta dificuldades para implementação desde o seu financiamento até ao fato de que muitos egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos não possuem documentação pessoal mínima para cadastramento, impossibilitando o acesso desses sujeitos ao programa. Esse fator demanda a ação de órgãos externos, como a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de

---

<sup>118</sup> Em 2015 encontram-se cadastrados no PVC 4.394 beneficiários, número muito aquém do previsto em 2004.

Direitos Humanos da Presidência da República, para viabilizar o processo de certificação da existência desses sujeitos, que passa pelo direito à cidadania.

Observa-se que as duas ações definidas no plano direcionam-se para a ampliação da rede assistencial extra-hospitalar e ganha destaque no plano a necessidade de abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Mas, até os dias atuais, o número de leitos é ínfimo em relação ao total de leitos psiquiátrico<sup>119</sup>. Por exemplo, o Relatório Saúde Mental em Dados Nº 12 registrou que em 2015 havia 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, pediátricos e maternidades destinados ao SUS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016). O suporte em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, consta na Rede de Atenção Psicossocial como componente da atenção hospitalar com internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mas a ampliação desses leitos é lenta e gradual. A ideia é oferecer alternativas que substituam a internação asilar, possibilitando às pessoas com sofrimento psíquico permanecerem nas suas comunidades.

A partir de 2006 acirra-se a oposição ao fechamento de leitos, com presença constante e de maneira bastante consistente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no espaço do parlamento, para verbalizar essa oposição. O argumento contra a redução de leitos sustentava-se no discurso de que os CAPS não respondem às demandas da saúde mental e que o fechamento dos leitos implicaria em desassistência. A ABP construiu uma aliança com os parlamentares, que se tornou mais forte com o debate a respeito da política de drogas, que se instaurou no legislativo, para aprovação da proposta da Lei de drogas<sup>120</sup>. Após intenso debate no Congresso Nacional, a proposta da Lei foi sancionada em agosto de 2006 pelo presidente Lula. A proposta no legislativo

---

<sup>119</sup> As primeiras experiências de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs) no Brasil surgiram em 1954 com a criação de 06 leitos psiquiátricos para mulheres e um ambulatório de psiquiatria localizado no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenado pelo professor Nelson Pires (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997). Durante as décadas seguintes foram criadas várias UPHGs em Hospitais Universitários.

<sup>120</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

foi conduzida pela Secretaria Nacional de Drogas (SENAD), com a participação do Ministério da Saúde. Uma posição consensual entre MS e SENAD foi uma clara mudança no regime de tratamento ao usuário e do traficante que diferisse da antiga Lei 6368/76. Entretanto, no que se referiu ao tráfico ocorreu dissenso, pois a SENAD apoiou o aumento da pena de tráfico, para cinco anos. A nova Lei sobre Drogas, aprovada sob o nº 11.343, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAPPD), que tem por objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e reinserção social e repressão à produção de drogas não autorizadas e ao tráfico ilícito (artigo 3º) (BRASIL, 2006). O avanço da Lei está no fato de que a mesma prescreve medidas de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; entretanto, criminaliza a produção não autorizada e o tráfico de drogas. Assim, a questão das drogas torna-se pauta presente no legislativo a partir de 2006, trazendo para a cena lideranças de partidos conservadores e grupos de instituições de internação privado<sup>121</sup>.

É necessário destacar também que em 2006 o Ministério da Saúde edita a portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que regulamenta o Pacto Pela Saúde<sup>122</sup>. O pacto pela saúde foi resultado de um intenso debate entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) acerca da necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Para isso os gestores assumiram o compromisso de pactuar responsabilidades entre si, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde, fortalecendo o processo de discussão e definição de redes de cuidado nas várias linhas de atenção à saúde. O Pacto substituiu as habilitações previstas na NOB/96 e NOAS/2001 (que definia responsabilidades dos municípios e estados de acordo com o nível de gestão) e os entes federados

---

<sup>121</sup> Recomendamos leitura de Denadai (2015).

<sup>122</sup> O Pacto pela saúde é resultado de um processo de negociação entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), negociação essa que durou dois anos para ser assinado no Estado do Espírito Santo (BRASIL, 2006).

passam a aderir de forma solidária aos Termos de Compromisso de Gestão. Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão todos passam a ser responsáveis pela integralidade das ações, devendo garanti-las através da pactuação solidária entre União, estados e municípios. O Termo de Compromisso de Gestão descreve as ações de saúde que municípios e estados se comprometem em realizar e também as que não realizam, com definição de prazos para realizá-las. À União cabe o co-financiamento das ações da atenção básica, média e alta complexidade. No termo também é pactuado recursos para viabilizar as ações (BRASIL, 2006).

O pacto representa a possibilidade de maior autonomia na definição das prioridades pelos gestores municipais e estaduais, pois com o Pacto os mesmos podem definir prioridades de acordo com as realidades regionais, podendo incluí-las nas ações prioritárias já definidas no Pacto. São seis as prioridades: 1) Saúde do idoso; 2) Controle do câncer do Colo do Útero e de Mama; 3) Redução da mortalidade infantil e materna; 4) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; 5) Promoção da saúde; 6) Fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

O pacto pela saúde define consensualmente com Estados e Municípios (por meio das instâncias de pactuação do SUS)<sup>123</sup>, a organização, o funcionamento e o financiamento do sistema. Entretanto, traz em seu interior traços das normas operacionais anteriores, considerando que vincula as transferências de recursos ao atendimento de programas determinados pelo Ministério, inscritos no Pacto Pela Vida<sup>124</sup>. Dessa forma, os municípios encontram dificuldades para definir em seus planos municipais de saúde, estratégias próprias de construção da política de saúde local, sem garantia de recurso para outras ações que atendam ao quadro epidemiológico do município (SANTOS; ANDRADE, 2007). Mas, ao definirem suas prioridades de ações nas instâncias de pactuação os

---

<sup>123</sup> Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

<sup>124</sup> Os blocos de financiamento para as ações e serviços de saúde são: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e bloco de investimento. Essa forma de repasse continua a ser feita no Fundo Nacional de saúde. A vantagem é que as “sobras” de recursos de uma caixinha podem ser remanejadas para outra atividade, desde que as atividades do programa, do qual a caixinha está vinculada, tenham sido cumpridas integralmente (BRASIL, 2006).

gestores estaduais e municipais ficam habilitados a receberem recursos para implementação da política. No caso da saúde mental, o Pacto Pela Saúde possibilitou o repasse de recursos do MS para os entes federados para construção e funcionamento dos dispositivos de saúde mental, como os CAPS, SRTs, CnaR, Centro de Convivência, entre outros, de forma descentralizada, sem considerar nível de gestão, como realizado anteriormente<sup>125</sup>.

---

<sup>125</sup> O município que se encontrasse habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica não poderia pleitear a gestão de um CAPS, por exemplo.

**Quadro 10- Ações previstas no plano 2004-2007/ Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2004 a 2007**  
**Diretriz – Ampliação da atenção em saúde mental em base territorial**

<b>Ações Planejadas</b>	<b>Ações realizadas em 2004</b>	<b>Ações realizadas em 2005</b>	<b>Ações realizadas em 2006</b>	<b>Ações realizadas em 2007</b>
Ampliar o número de dispositivos assistenciais extra-hospitalares (CAPS, SRTs, Leitos em hospitais gerais)	Ampliação de CAPS de 500 (2003) para 605 (2004)	Ampliação de CAPS de 605 (2004) para 738 (2005)	Ampliação de CAPS de 738 (2005) para 1011 (2006)	Ampliação de CAPS de 1011 (2006) para 1155 (2007)
Ampliar o número de beneficiário do Programa De Volta Para Casa	Passou de 206 (2003) para 879 (2004)	Passou de 879 (2004) para 1991 (2005)	Passou de 1991 (2005) para 2519 (2006)	Passou de 25019 (2006) para 2868 (2007)

**Fonte:** Sistematização própria com base no plano 2004-2007, mas não encontramos os relatórios de gestão do Ministério da Saúde, no período.

Quanto aos relatórios de Gestão da Saúde do período (2004 a 2007), infelizmente não conseguimos acessá-los nos sistemas de informação do Ministério da Saúde<sup>126</sup>. A secretaria reforçou que no ano de 2009 o Ministério da Saúde desenvolveu e disponibilizou aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), tendo como um de seus objetivos facilitar o acesso público aos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)<sup>127</sup>. Em 2012 a portaria nº 575/12, instituiu e regulamentou o uso obrigatório do sistema de apoio ao relatório anual de gestão (SARGSUS), no âmbito do SUS, possibilitando aos cidadãos baixar os arquivos dos relatórios de gestão dos três entes federados (endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus) - acesso público). Assim, permanecemos sem acessar os relatórios de 2004 a 2007 e sem a resposta de que os mesmos tenham sido elaborados. Por esse motivo recorremos aqui aos dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Em relação às duas ações previstas no plano: 1) Expansão da rede de serviços extra-hospitalares, contemplando os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 2) Definição de meta para cobertura do auxílio reabilitação psicossocial atendendo a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS. Podemos afirmar, com base no Relatório Saúde Mental em Dados, que em relação ao primeiro ponto, observou-se no período aumento no número de CAPS de 90% no período (605 em 2004 e 1.155 em 2007), com registro de 160 CAPSad em todo o país até 2007. Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos a ampliação foi de 236% no período (141 em 2004 e 475 em 2007). O Programa de Volta para Casa, uma das ações previstas no plano, atingiu cobertura muito aquém da meta definida (879 em 2004 e 2.519 em 2007), o que evidencia a dificuldade de implantação desse programa.

---

<sup>126</sup> Em consulta realizada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, por meio do E-SIC, sobre onde encontrar estes relatórios obtivemos como resposta que os mesmos não se encontram disponíveis em quaisquer sistemas de informação e ou na própria secretaria (que afirmou não dispor desses relatórios).

<sup>127</sup> O RAG é um importante instrumento para a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde previsto na Lei 8.142/90 que regulamenta o SUS.

Os anos de 2005 e 2006 envolveram o período final do primeiro governo Lula e, 2007, o início do seu segundo mandato.

#### **4.1.3. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2008-2011**

O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 define como diretriz para a saúde mental ampliar as ações e serviços de base comunitária e territorial. Aqui se impõe uma reflexão. Essa diretriz demanda do MS, dos estados e dos municípios uma programação de ações de saúde mental que considere uma distribuição territorial de serviços, o que é um aspecto importante na consolidação da política de saúde mental. No entanto, as estratégias de territorialização da reforma psiquiátrica não podem ser pensadas nos moldes da territorialização aplicada nas várias linhas de cuidado do SUS. Isso porque o SUS opera uma distribuição territorial baseada em otimização dos aparatos tecnológicos, de profissionais especializados, etc. No caso da saúde mental, para garantir a desinstitucionalização, é necessário conformar uma rede de cuidados complexa. Mas sua complexidade encontra-se na capacidade de desenvolver um conjunto de ações e recursos voltados para a produção de autonomia, de relações de cuidado na perspectiva da integralidade e isso é produto das relações locais, construídas por profissionais, usuários e gestores. Significa dizer que a noção de complexidade da saúde mental não está pautada em tecnologias duras, mas com tecnologias relacionais que estão no modo de inventar uma nova forma de fazer saúde, nas experiências, atitudes, compromissos, responsabilização pelo cuidado, etc, apesar de também depender de tecnologias pesadas<sup>128</sup> (MERHY, 1997).

O plano define a saúde mental como uma área da saúde que exige uma política pública necessariamente intersetorial, com uma rede de cuidados de

---

<sup>128</sup> A dificuldade de pensar a rede de cuidado da saúde mental diferente das demais redes de cuidado do SUS, levou gestores e profissionais de saúde da macrorregião norte de saúde do estado do Espírito Santo a deixar a Rede de atenção Psicossocial de fora do projeto piloto que está sendo desenvolvido no estado, nessa região de saúde (macro norte), para discussão e implementação das redes de saúde previstas no decreto 7.508. Para o desenho das redes assistenciais de saúde, tal como define o decreto, iniciou-se em 2016 no espaço da Comissão Intergestora Regional da macrorregião norte do estado do Espírito Santo a pactuação das redes assistências, sendo elas: rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial; rede de cuidados à pessoa com deficiência; e, rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. Entretanto, por falta de consenso de gestores e técnicos quanto à implementação da Rede Assistencial de Saúde Mental e a capacidade de respostas desses serviços no território, o projeto piloto seguiu com a discussão sem inclusão da saúde mental.

base comunitária, densa, diversificada, efetiva. O termo intersetorial possui forte significação e importância política e por esse motivo foi tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. A articulação intersetorial envolve a área da educação, assistência social, justiça, cultura, saúde, abrindo possibilidades para construção de ações mais decisivas para a saúde mental, tais como inserir as lutas da saúde mental no conjunto da luta popular, ou seja, na luta por melhores condições de vida, trabalho, esporte e lazer, moradia, transporte, segurança, ou seja, políticas sociais que atendam às necessidades de vida do sujeito (VASCONCELOS, 2012).

Também é fundamental por reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para dar conta da integralidade do cuidado no campo da saúde mental. Para isso, é preciso articular investimentos e ações de vários campos da política social para além do campo da saúde (VASCONCELOS, 2012).

Entretanto, a ação descrita no plano se resume a ampliar o número de CAPS, estabelecendo como meta passar de 1.411 CAPS (2007) para 1.841 em 2011. Observa-se, na definição dessa ação, a centralidade do CAPS enquanto dispositivo assistencial da rede, mas compreendemos que a ação deveria considerar todos os elementos de rede já mencionados, bem como apontar articulações intersetoriais para responder às complexas demandas da saúde mental.

**Quadro 11- Ações previstas no plano 2008-2011 e Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2008-2011**

**Diretriz 4 - Ampliação de ações e serviços de base comunitária e territorial**

<b>Ações Planejadas</b>	<b>Ações realizadas em 2008</b>	<b>Ações realizadas em 2009</b>	<b>Ações realizadas em 2010</b>	<b>Ações realizadas em 2011</b>
Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Participação da CNSM no II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, SM e Direitos Humanos	Campanha do MS do Dia Mundial de Saúde Mental	Define Ação Orçamentária- Implementação de Políticas de Atenção à SM	Garante Ação Orçamentária- implementação de Políticas de Atenção à SM
			Qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com uma série de ações	Qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com uma série de ações
			Aumento da cobertura de CAPS Com o cadastramento de 153 novos CAPS (66% de cobertura)	Aumento da cobertura de CAPS com o cadastramento de 122 novos CAPS (72% de cobertura)
			Realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersectorial (IV CNSM)	Implantação de Consultório na Rua
			Avanço das ações de saúde mental na atenção básica em pequenos Municípios com a criação dos NASF 3	Avanço das ações de saúde mental na atenção básica em pequenos Municípios com a criação dos NASF 3
			Expansão dos serviços e Programas como os SRT e PVC	Cadastrados 60 novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 326 novos beneficiários do PVC
			Edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede e Edital de chamada para Supervisão Clínico- Institucional dos CAPS	Edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede. Edital para Supervisão Clínico- Institucional dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas
			-	Ações de Formação Permanentes (cursos de qualificação)
			Redução de Leitos - 1.866 leitos reduzidos em 2010	Redução de Leitos – 451 leitos reduzidos em 2011

Fonte: Sitematização própria com base no plano e relatório de gestão 2008-2011

Quanto aos Relatórios de Gestão da Saúde, a única ação descrita em 2008 é a participação da Coordenação da Saúde Mental no II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos, realizada no Rio de Janeiro. O Relatório de 2009 descreve a campanha realizada pelo Ministério da Saúde no Dia Mundial de Saúde Mental. Ou seja, em 2008 e 2009 as ações da saúde mental não tem expressão nos registros do Relatório de Gestão da Saúde.

Segundo o Professor Pedro Gabriel Delgado, a agenda da Reforma Psiquiátrica foi tocada nesse período em meio a uma guerra instaurada entre o executivo e o legislativo sobre a questão das drogas, tendo o Crack como alvo do debate, ou seja, os anos de 2008 e 2009 foram anos de tensão entre executivo e legislativo.

Como vimos, em 2006 foi aprovado a Lei sobre drogas Nº 11.343. Essa lei, aprovada no final do primeiro mandato do governo Lula, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAPPD) com o objetivo de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e reinserção social, repressão à produção de drogas não autorizadas e ao tráfico ilícito, como consta no seu artigo 3º (BRASIL, 2006). Apesar dessa Lei prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, definiu normas de repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, definindo-os como crimes com previsão de penas. A lei nº 11.343/2006 foi aprovada por representantes de todos os partidos políticos, dos mais conservadores aos mais progressistas, predominando a visão conservadora sobre a questão das drogas (CARVALHO, 2014). O saldo foi o aumento das prisões por tráfico após 2006, em relação à proporção de presos por outros crimes. Em 2006, o sistema penitenciário brasileiro contava com 47.472 pessoas presas por tráfico de drogas. Esse número saltou para 140 mil presos por tráfico de drogas em 2015, ou seja, quase que triplicou no período (BRASIL, 2015). A maior parte dos encarcerados são indivíduos pobres, negros e analfabetos que foram

recrutados para o mercado das drogas, por se encontrarem excluídos do mercado de trabalho (RODRIGUES, 2012).

Em 2007, no segundo mandato do Governo Lula, por meio do Decreto Nº 6.117, o governo instituiu a Política Nacional sobre o Álcool. A política dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. A Política Nacional sobre o Álcool estimulou medidas de restrição para o uso do álcool, com controle dos pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais (PINSK, 2015). Tal política impulsionou a tramitação de vários projetos de lei no Congresso Nacional, de maneira que em 2008, encontravam-se em tramitação na Câmara dos Deputados 146 projetos de leis que tratavam de restrições à propaganda de bebidas alcoólicas (PINSK, 2015).

O ano de 2009 foi marcado pela edição da Portaria nº 1.190 do Ministério da Saúde, que instituiu o Plano Emergencial Álcool e Drogas (PEAD). A proposta do plano denunciava a fragilidade do Sistema Único de Saúde no atendimento das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e propôs a construção de serviços para atendimento na área de álcool e drogas, com prioridade para municípios com população superior a 100 mil habitantes e/ou regiões de fronteiras (BRASIL, 2009).

No ano em que foi lançado o PEAD, o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de *Crack*, utilizando o *slogan* "nunca experimente o *crack*". Somado a isso, o Ministério da Saúde dispôs incentivo financeiro para os projetos Consultórios de Rua<sup>129</sup> priorizando 50 municípios, com aproximadamente 500 mil habitantes, para oferecerem ações de promoção da saúde, cuidados básicos e redução de danos a pessoas que

---

<sup>129</sup> Atualmente, o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde (não mais à coordenação de saúde mental), sob a denominação de consultório na rua. Diferentes dos consultórios de rua as Equipes dos consultórios na Rua devem responsabilizar-se pela atenção primária à saúde dessas pessoas. A mudança ocorreu não somente no nome, mas na composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias (SANTANA, 2014).

vivem em situação de rua com histórico de uso ou dependentes de álcool e drogas (ANDRADE, 2011).

Nos centros urbanos e nas periferias assistia-se a propagação do uso do crack acompanhada por um discurso de preocupação de autoridades governamentais, junto à mídia e a sociedade, de preocupação com a saúde pública. Sustentados nesse discurso, foram propostas medidas de caráter autoritário e higienista de retirada desses usuários dos centros urbanos para um suposto tratamento em instituições (TOTUGUI et al., 2010). Assim o ano de 2009 ficou marcado por ações higienistas de retirada de usuários de drogas das ruas de São Paulo e do Rio de Janeiro, com ampla divulgação de reportagens pelas televisões e jornais, principalmente nos de grande circulação nacional (TOTUGUI et al., 2010)<sup>130</sup>.

No cenário nacional, as reportagens sobre o uso do crack ganharam espaço nos principais jornais do país, descrito como uma epidemia que se espalhava pelo país, e por isso, exigia a intervenção imediata e articulada tanto da polícia quanto da medicina (COELHO; OLIVEIRA, 2014). O advento do *crack* foi marcado pelo pânico moral, propagado principalmente pela mídia sensacionalista, que reforçou preconceitos e posturas conservadoras em relação ao uso das drogas (PRATES, 2013). A suposta “epidemia” ocupou e ocupa a mídia, as autoridades políticas e o imaginário da sociedade, como um problema causador da criminalidade, das desigualdades e injustiças sociais que ameaça toda a sociedade. Não se considera que os seus usuários apenas protagonizam essa realidade social, e que esses buscam na droga a ilusão fugaz de superação de conflitos e iniquidades (PITTA, 2012).

O discurso terrorista contra o uso de drogas iniciado no Congresso Nacional em 2008 foi alimentado a partir de 2009, no cenário pré-eleitoral marcado pela tentativa de um lado, da manutenção do PT na presidência, a partir da candidatura de Dilma Rousseff, e do outro, da candidatura de José Serra pelo PSDB e, por isso, tornou-se agenda de governo. O crack entrou como pauta na campanha presidencial impondo um plano de governo e nele, a inscrição das internações involuntárias (RODRIGUES, 2012).

---

<sup>130</sup> Cena que se repete hoje na cidade de São Paulo, por exemplo.

Organizou-se no Congresso Nacional, em nome do combate ao Crack, uma Frente Parlamentar Anti crack, que chegou a ter mais de 200 parlamentares. Embora liderada por partidos do campo conservador, era constituída por parlamentares de praticamente todos os partidos políticos. Os parlamentares que mais se destacaram na liderança da Frente Parlamentar Anti crack foi um senador do estado do Espírito Santo e um deputado de Alagoas, ambos dirigentes de Comunidades Terapêuticas. O tema Crack dominou a agenda do governo e do legislativo entre 2008 e 2010, fazendo parte da agenda política das eleições de 2010. O governo se viu pressionado a lançar o Plano Crack no final de 2010, abrindo mercado para a oferta de serviços das comunidades terapêuticas (DENADAI, 2015). Na avaliação de Delgado, o Crack foi um tema de disputa das eleições presidenciais de 2010, que levou o governo a equilibrar o jogo político com o candidato da oposição ao abrir para as interações involuntárias<sup>131</sup>.

Assim, no último ano do segundo mandato do Governo Lula, a Coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, a partir do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010<sup>132</sup>. O plano trazia como objetivo a prevenção do uso, o tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. O Plano previu o esforço das esferas de governo (a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios) para o desenvolvimento de ações descentralizadas e integradas, de forma intersetorial, interdisciplinar, integral, com a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010b). As medidas previam ampliação do acesso a serviços e qualificação de profissionais; implantação de novos serviços, dentre eles ampliação dos consultórios na rua, com prioridade para atendimento em áreas urbanas de maior consumo de *crack*, na linha da redução de danos e de encaminhamento daqueles usuários que demonstram

---

<sup>131</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

<sup>132</sup> Vale apontar que no ano de 2010 também foram propostas as Portarias nº 2.843 e nº 2.841 para a criação dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF 3) e CAPS ad III.

vontade de se tratar; e lançamento do CAPS ad 24 horas, ou seja, de atenção integral em todos os dias da semana, (BRASIL, 2010b).

Assim, em 2010 a saúde mental ganha expressão nos registros do relatório de gestão da saúde, com a definição de uma ação orçamentária para a área. O Ministério da Saúde define para a saúde mental a ação orçamentária 6233, que tem como objetivo apoiar a expansão da rede de saúde mental qualificando o cuidado oferecido às pessoas com transtornos mentais na rede extra-hospitalar. A ação visa garantir recursos para gestores estaduais e municipais desenvolverem e fortalecerem programas locais de atenção à saúde mental, por meio de seleção de projetos de geração de trabalho e renda. Os projetos devem ser desenvolvidos em CAPS, na atenção básica, em centros de convivência e cultura, além de projetos de qualificação dos serviços e da rede, chamada para supervisão clínico-institucional dos CAPS e projetos de fortalecimento do protagonismo social de usuários e familiares.

Assim os anos de 2010 e 2011 são demarcados por um clima de pressão sobre o governo para inclusão das CTs na rede de serviços financiada com recurso público. Os representantes desses grupos no Congresso, principalmente os parlamentares vinculados a Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas, conseguiram flexibilizar junto a ANVISA as normas em favor das comunidades terapêuticas, por meio de uma nota técnica nº55/2013, que oferecia uma interpretação branda a respeito da RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que estabeleceu requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência (DENADAI, 2015).

Os anos de 2010 e 2011 demarcam também a saída de Pedro Gabriel Delgado da Coordenação Nacional de Saúde Mental onde ficou por 10 anos e a entrada de Roberto Tykanori, que assumiu a coordenação no início de 2011. Ambos profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica, vivenciaram na gestão a pressão exercida pelos parlamentares vinculados a Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas. Como afirma

Delgado<sup>133</sup>, não é possível não considerar a presença de líderes de igrejas católicas, religião espírita e, principalmente lideranças de igrejas evangélicas que dominaram a cena política para garantir financiamento público. Vale destacar que além de disputar o financiamento público as Cts tem garantia de isenção tributária.

Outro importante registro no Relatório de Gestão da Saúde de 2010 e 2011 é o lançamento de edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede e edital de chamada para Supervisão Clínico - Institucional dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas. Em 2010 foram selecionados 210 projetos de supervisão clínico-institucional do Programa de Qualificação da Rede de Serviços e em 2011 foram realizadas 08 Chamadas, por meio de editais. A Supervisão Clínico-Institucional é uma importante estratégia de Educação permanente da Saúde Mental. Seu objetivo é promover espaços de trocas de saberes e experiências, que favoreçam a construção de novas formas de cuidar, além de fortalecer a articulação entre os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e as práticas em saúde mental no Território. Desde 2006, o MS vem garantindo recursos, por meio de editais, para essa estratégia de educação permanente na saúde mental. Cada projeto contemplado recebe o valor de R\$10.600,00 e entre o ano de 2010 e 2011 o MS financiou 396 projetos, totalizando R\$4.197.600,00, no período.

Outra importante ação registrada no relatório de 2010 foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM) Intersetorial realizada em junho de 2010. É importante destacar que a IV CNSM foi realizada por pressão do Movimento Antimanicomial, que realizou a Marcha dos Usuários em Brasília, no ano de 2009, com o objetivo de pressionar o Conselho Nacional de Saúde a convocar a conferência, no período em que todas as conferências subtemáticas da saúde haviam sido suspensas. O hiato entre a III e a IV CNSM foi de nove anos. Amarante<sup>134</sup> critica a ausência de Conferência da Saúde

---

<sup>133</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada "O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?".

<sup>134</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada "A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica".

Mental no primeiro governo Lula, a despeito de ter se mantido a coordenação de saúde mental entre 2000 e 2010 e do cenário para a saúde mental parecer favorável, considerando ser o ministro da saúde do mesmo partido político do Presidente da República e do Coordenador da Saúde Mental. Para Amarante<sup>135</sup>, faltou esforço de articulação por parte da gestão para a realização da IV CNSM. Afirma que a ausência da conferência implica a ausência de debate nos micros e macros espaços de participação dos profissionais, usuários do serviço e seus familiares, ou seja, nos serviços, nas comunidades locais, nos municípios, nos estados e por fim no espaço nacional. O espaço da conferência garante um rico processo na condução da política, envolvendo milhares de pessoas. Amarante<sup>136</sup> entende que, com a aprovação da Lei da Saúde Mental, o movimento deveria crescer, possibilitando estratégias para a implementação da lei, mas o que se viu com o espaço para a realização da III e IV CSM foi o encolhimento do espaço de participação, o que fragiliza o processo de implementação da Lei<sup>137</sup>.

A IV CNSM coloca em pauta a necessidade de fortalecer a saúde mental com a articulação intersetorial, reconhecendo a complexidade no cuidado da saúde mental e a impossibilidade de responder às demandas acionando apenas dispositivos assistências no âmbito da saúde. Apesar do reconhecimento de que houve avanços no campo da saúde mental em relação à expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária, identificam-se as lacunas e desafios dado a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial que a temática saúde mental envolve. Assim essa conferência aponta na direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios colocados pela atual conjuntura de políticas neoliberais.

---

<sup>135</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Silvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

<sup>136</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Silvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

<sup>137</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Silvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

Mas, por mais que afirmemos o alinhamento das propostas da IV CNSM com os princípios da reforma psiquiátrica, alguns pontos do Relatório apresentam divergências.

O relatório determina que os serviços substitutivos sejam exclusivamente públicos, mas incorpora uma contradição presente no SUS. Determina que os seguros-saúde ampliem o leque de intervenções em saúde mental, o que fortalece o lugar do setor privado no desenvolvimento das ações de saúde e, neste caso, da saúde mental. Propõe ainda que quando necessárias, as parcerias com o setor privado sejam submetidas ao controle social e que os serviços privados cumpram as exigências legais que norteiam a política de saúde mental. Ou seja, essas deliberações fortalecem a atuação do mercado privado na saúde mental, que nem ao menos se encontra regulado de forma satisfatória (SILVA; COSTA, 2011)<sup>138</sup>.

Outra questão que deve ser cuidadosamente avaliada é a deliberação quanto ao acesso aos medicamentos excepcionais e sua distribuição gratuita aos usuários ambulatoriais cadastrados nos serviços públicos de saúde mental. Essa é uma questão polêmica não apenas na área da saúde mental, mas para o SUS, considerando a força dos interesses da indústria farmacêutica que se sobrepõe aos princípios da reforma sanitária e reforma psiquiátrica, o que fortalece a lógica da medicalização. A indústria farmacêutica ganha na disputa por recursos da saúde e da saúde mental. Garcia e Oliveira (2017), ao analisar os gastos em saúde mental no Brasil entre 2001 e 2014, constataram que em todos os anos o percentual de recursos destinados à aquisição de medicamentos representou um terço do percentual gasto com ações extra-hospitalares, apontando para a necessidade de superação da lógica curativa e assistencialista nas ações de saúde mental.

---

<sup>138</sup> A regulação sobre as operadoras dos planos de saúde no que tange à assistência dos transtornos mentais é realizada pela Agência Nacional de Saúde criada em 2001, através da Lei federal no 9.961. Entretanto, ainda que regulada a assistência à saúde mental no âmbito do sistema privado de saúde possui uma configuração desalinhada com as políticas ministeriais. Por exemplo, ainda é pouco normatizado pelos regramentos vigentes no sistema de atenção à saúde suplementar, a inclusão do tratamento das tentativas de suicídio e das lesões autoinfligidas, o atendimento por uma equipe multiprofissional e a inclusão do hospital-dia na rede credenciada da operadora (SILVA; COSTA, 2011).

Atendendo a ação descrita no plano, os relatórios de 2010 e de 2011 destacam o cadastramento de novos CAPS, com implantação de 05 CAPSad III – resultado do desenvolvimento do “Plano Crack, é Possível Vencer” –, e mais 117 CAPS de outras modalidades atingindo 72% de cobertura. No total foram implantados 122 CAPS em 2011. Evidenciamos que em 2008 o parâmetro de cobertura nacional de CAPS/100 mil habitantes<sup>139</sup> era de 0,55 (considerada boa entre 0,50 a 0,69). Em 2011 registrou-se cobertura de 0,72 (considerada muito boa acima de 0,70). Mas, a despeito da cobertura nacional ser considerada muito boa, devemos considerar que esses serviços encontram-se distribuídos de maneira desigual por regiões<sup>140</sup>.

Em resumo, a estratégia de manter o CAPS como principal dispositivo assistencial em saúde mental nos territórios, garantiu prioridade ao custeio dessa ação em relação às demais ações da saúde mental. Desde sua regulamentação, os gastos com CAPS prevalecem no montante de recursos destinado à saúde mental, ficando em alguns anos abaixo dos gastos com medicamentos. Mas Amarante<sup>141</sup> critica a centralidade do CAPS na política de saúde mental. Compreende que o foco na construção de CAPS leva-nos a perder de vista a lógica da construção de rede, de território, de integração, que envolve o fortalecimento da atenção primária, política de redução de danos, relação saúde da família e saúde mental, centro de convivência e outras estratégias de organização de dispositivos, como cooperativas de trabalho, residência, projeto de residencialidade, da arte e cultura, etc. Na concepção de Amarante (1999), fica de fora a dimensão mais ampla da Reforma Psiquiátrica

---

<sup>139</sup> O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária e servir de instrumento aos gestores para avaliar e definir prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial.

<sup>140</sup> As regiões Sul e Nordeste apresentam Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior que a média nacional que é de 0,86. A região com menor cobertura é a norte, com exceção do estado de Roraima (1,21). Essa região possui peculiaridades que constituem desafios para a implantação dos serviços e a garantia de acesso, considerando sua grande extensão territorial, dispersão e baixa densidade populacionais, dificuldades de acesso, diversidade étnico-cultural, entre outras. Tais particularidades exigem aperfeiçoamento na gestão da política de saúde que deve considerar as especificidades regionais e os vazios assistenciais no processo de implantação da política.

<sup>141</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Silvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

que é a da luta contra o manicômio entendido não somente como estrutura, mas como concepção. Com isso cria-se um lugar que substitui os manicômios. Para Amarante<sup>142</sup>, o CAPS ganhou tanta centralidade que se tornou prioridade na agenda em detrimento da convocação e realização da IV CNSM. No período em que deveria se voltar todos os esforços para realização da IV CNSM, realizada com no mínimo cinco anos de atraso, realizou-se o Encontro Nacional de CAPS<sup>143</sup>, revelando a prioridade na agenda da saúde mental. Amarante insiste no equívoco da política de saúde mental priorizar a construção de CAPS com a ideia de serviços para pessoas com transtornos, como define a portaria nº 336/2002, criando a classificação de pacientes usuários em tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Para ele essa expressão fortalece a lógica manicomial que tanto se quis destruir e ignora o sofrimento que é uma expressão da vida<sup>144</sup>.

Os relatórios 2010 e 2011 registram ainda avanço das ações de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte, com a criação dos NASF. Em 2010 a Portaria de nº 2.843 cria no âmbito do SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, garantindo incentivo financeiro para implantação de equipes de matriciamento com atribuições de construir e articular ações de saúde mental no território (BRASIL, 2010). Essa portaria é revista pela Portaria nº 2.489, de 21 de outubro de 2011, que redefine valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo categoria 1 e 2 (NASF 1 R\$ 20.000,00 mensal e NASF 2 R\$ 6.000,00 mensal), com garantia de orçamento na ação 20AD.

Os Nasfs foram constituídos para qualificar e complementar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das equipes de saúde mental dos municípios, potencializando o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). Inicialmente foi definido 01 NASF para 04 ESF, mas em 2012 com a publicação da Portaria nº 3.124/12, o Ministério da Saúde redefine os parâmetros de

---

<sup>142</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada (2015) para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

<sup>143</sup> 1º Congresso Brasileiro de CAPS realizado em 2004.

<sup>144</sup> Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.

vinculação dos NASF3. A partir dessa portaria, a implantação do NASF passa a estar condicionada a existência de pelo menos uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando a ampliação dessas equipes. Em 2015 registraram-se 3.898 equipes de NASF implantadas, dessas, 1.671 em municípios com população abaixo de 15 mil habitantes, sem garantia de financiamento para CAPS por estar abaixo do parâmetro populacional<sup>145</sup>. Pesquisa realizada em Macaíba (RN), para avaliar a contribuição das equipes do NASF no município, registrou por parte dos profissionais das ESFs, aceitação da atuação dos profissionais do NASF na rotina das ESF. Os profissionais das ESFs avaliaram as ações do NASF como resolutivas e destacaram o caráter de promoção da saúde dessas ações. Em relação aos usuários, estes compreenderam que o NASF garantiu ampliação de acesso ao serviço com atendimentos especializados, resolutivos e acolhedor, sugerindo manutenção e ampliação dessas equipes (NÓBREGA, 2013). A autora sugere a continuação e ampliação dessa estratégia no município, bem como a ampliação de equipes do NASF nos municípios do país, por compreender o NASF como uma estratégia inovadora que atua com uma visão ampliada da clínica objetivando a integralidade do cuidado (NÓBREGA, 2013).

Registra-se ainda como estratégia de ação da saúde mental na atenção básica a implantação de 92 Consultórios na Rua para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com vulnerabilidade social e dificuldade de adesão ao tratamento e agravos relacionados ao consumo de drogas. A proposta de ampliação e qualificação dos Consultórios na Rua é uma estratégia do Plano Crack, é Possível Vencer para fortalecer as ações de combate às drogas na atenção básica.

Também é registrada a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e do Programa de Volta para Casa (PVC), programas estratégicos no processo de desinstitucionalização. Em 2011 registrou-se 625 SRTs implantados, como consequência do processo de fechamento de grandes

---

<sup>145</sup> O Brasil possui 5.570 municípios totalizando uma população de 193.976.530 habitantes (IBGE, 2012, projeção). Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental.

hospitais psiquiátrico, haja vista que o processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Quanto ao PVC, registraram-se em 2011 o total de 3.961 beneficiários cadastrados. Apesar desses programas se constituírem em instrumentos potenciais no campo da reinserção social de pessoas em situação de internação de longa permanência, insistimos que os mesmos têm evolução tímida e tem limitado o processo de desinstitucionalização.

A redução de leitos é outro destaque das ações de saúde mental realizadas em 2010 e 2011. Entre 2002 e 2011 registrou-se uma redução de 19.109 leitos em hospitais psiquiátricos, decorrente da estratégia planejada para reversão do modelo de atenção (fechamento de leitos e abertura de novos serviços territoriais). Cabe destacar que o processo de redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país, a partir de 2002, provocou mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos (em 2002 a maior parte dos hospitais possuía entre 240 leitos e acima de 400 leitos, em 2011 a maior parte dos hospitais psiquiátricos possuía até 160 leitos). Esta mudança estrutural configura estratégia de fechamento processual de leitos, além de contribuir para redução dos problemas presentes nos macro-hospitais (por alojarem maior contingente de pessoas). Merece destaque que os leitos não se encontram distribuídos de maneira uniforme<sup>146</sup>.

Vale destacar que o número de leitos em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS é muito superior aos leitos habilitados em hospitais gerais. Enquanto se registrou, em 2011, 32.284 leitos em 198 hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, o número de leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais registrou-se em 3.910, distribuídos em 646 Hospitais por todo país. Assim, o número de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais representou 10% do total de leitos disponíveis no mesmo ano.

---

<sup>146</sup> Os estados da região sudeste (MG, SP e RJ) apresentam concentração de leitos com proporção (10 a 20) bem acima da média nacional (1,70). Na região sul o estado de Santa Catarina apresenta maior proporção de leitos (9,14). Os estados do Pará, Acre e Amazonas apresentam uma proporção de leitos psiquiátricos abaixo da média nacional por disporem de um único hospital em seus territórios.

O relatório de gestão destaca a proposta de qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, a partir do lançamento do “Plano Crack, é Possível Vencer”, no final de 2010, pelo Presidente Lula e, relançamento em 2011 pela Presidenta Dilma Rousseff, que complementa uma série de ações. Para qualificação e ampliação da rede de atenção integral para usuários de álcool e drogas o governo Federal propôs um investimento de cerca de 140 milhões de reais a serem gastos até 2014 para implementações de serviços em:

- 1) Leitos de atenção integral em saúde mental nos Hospitais Gerais;
- 2) Criação de 67 CAPSad III (24 horas);
- 3) Incentivo à criação de 44 Casas de Acolhimento;
- 4) Qualificação de 985 leitos públicos para acolhimento em Comunidades Terapêuticas, articuladas com a rede dos Sistemas Único de Saúde e de Assistência Social;
- 5) Apoio financeiro a 1.066 municípios com população menor que 20.000 habitantes, para ações de saúde mental, álcool e outras drogas;
- 6) Criação, em parceria com instituições públicas de ensino superior, de 30 Centros Regionais de Referência e 80 Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) na área de Álcool e Outras Drogas;
- 7) Ampliação e qualificação dos Consultórios de Rua que passam a fazer parte da Política Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica, entre outros;
- 8) Criação de 58 Escolas de Redutores de Danos (BRASIL, 2010).

Assim, na transição do Governo Lula para a gestão de Dilma Rousseff não houve mudança na direção da política de drogas. O governo da presidente Dilma seguiu a diretriz norteadora da política, mantendo a questão do tráfico e o consumo de crack como central (RODRIGUES, 2012).

Como podemos ver, o primeiro mandato do governo Dilma (com início em 2011), também foi marcado pelo lançamento oficial da "Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas", conhecido como “Plano de Enfrentamento ao Crack”. O plano, criado a partir do decreto nº

7.637, de 8 de dezembro de 2011, teve por objetivo incluir alguns artigos no decreto nº 7.179/2010, proposto no final do Governo Lula. No discurso da Presidência da República na cerimônia de lançamento do Plano, realizada no Palácio do Planalto em 7 de dezembro do ano de 2011, Dilma Rousseff, demarcou como proposta do programa a prevenção, o cuidado e a repressão (RODRIGUES, 2012).

O Plano Crack, é Possível Vencer ganhou centralidade na política de saúde mental, como demonstraremos ao analisarmos o próximo plano (2012-2015). Tanto o lançamento do plano Crack, como o lançamento da Rede de Atenção Psicossocial no ano seguinte por meio da Portaria 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, impôs-se a necessidade de definição de ação orçamentária específica para implantação desses projetos. Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde definiu mais 04 ações orçamentárias para destinação dos recursos, a saber: **Ação 20AD**- Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família- Previsto para implantação de Consultório na Rua; **Ação 20AI**- Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa); **Ação 8585** Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. Plano orçamentário: **0002**- Crack é Possível Vencer - Previsto para custeio de CAPS AD III, Unidade de Acolhimento e Leitos em H.G e plano orçamentário **000F**- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CAPS) – Previsto para custeio de CAPS e SRTs; **Ação 20B0**- Atenção especializada em Saúde Mental - Previsto para implantação de novos pontos de atenção; além da **Ação 6233**- Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental- previsto para os eventos e convênios da área. Essas ações definem como objetivo “Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas” (BRASIL, 2011e).

Para Vasconcelos (2016, p.10), o ano de 2010 abre uma nova fase da trajetória histórica da reforma psiquiátrica. Definida por ele como a 4ª fase (2010-?)<sup>147</sup>

---

<sup>147</sup> Vasconcelos afirmou na banca de avaliação dessa tese estar revendo essa periodização, dado ao movimento histórico e a crise econômico-política aprofundada no início do segundo mandato do governo Dilma. Acredita que a marca de 2010 deve ser estendida a 2014, final da primeira gestão do governo Dilma, considerando o afastamento de Tykanori, a mudança do

aberta, mas não estanque, o autor acrescenta em sua análise a “difusão do consumo do crack e outras drogas e o despreparo da rede de atenção psicossocial para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidados neste campo”. Tal despreparo abre espaço para políticas higienistas, que resultam em internações compulsórias e fortalecimento das comunidades terapêuticas privadas ou de cunho religioso. A resposta dada à difusão e consumo das drogas ignora as implicações do capitalismo nas condições de vida, na saúde e saúde mental da população, reforçando a criminalização, a intolerância social e a institucionalização da população sobrando, excluída do processo produtivo. O que representa um retrocesso nos processos de implementação da Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 2016).

É importante destacar que em 2011 assumiu a Coordenação Nacional da Saúde Mental o Professor Roberto Tykanori, médico psiquiatra com história no movimento pela Reforma Psiquiátrica o que sinalizou para o movimento a possibilidade de aprofundar as estratégias da reforma.

#### **4.1.4. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2012-2015**

O plano de gestão da saúde 2012-2015 declara a centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na implementação da Política de Saúde Mental. A diretriz expressa no Plano de gestão da saúde é o fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas (BRASIL, 2011e).

O Plano Crack é Possível Vencer impulsionou uma série de portarias para garantir o financiamento das ações previstas no plano (quadro 11).

#### **Quadro 12- Portarias para financiamento do Plano Crack é Possível Vencer na implementação da Política de Saúde Mental**

Portaria GM/MS nº 130 de 26/01/12	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12	Define a regulamentação e habilitação das Unidades de Acolhimento

---

ministro da saúde Marcelo Castro e a entrada de Valencius na Coordenação Nacional de Saúde Mental, questão abordada nessa tese.

Portaria GM/SM nº 122 e 123 de 2012	Definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio das equipes de Consultório na Rua nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe
Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12	Garante incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.
Portaria GM/SM nº 132 de 26/01/12	Instituiu-se incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS, voltado para projetos de Geração de Trabalho e Renda
Portaria GM/SM nº 148, nº 349, nº1.615, nº953 de 2012	Possibilitam a qualificação dos Leitos de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad) e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

**Fonte:** Sistematização própria, 2017

Tais portarias garantem recursos de custeio e/ou investimento para implantação dos novos serviços instituídos para compor a Rede de Atenção Psicossocial da Saúde Mental, com ênfase no Plano Crack é Possível Vencer, dentre elas, a portaria 131/12 que institui incentivo financeiro para Estados, Municípios e ao Distrito Federal apoiarem em forma de custeio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. O custeio foi instituído no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência.

Essas portarias regulamentam os repasses de recursos dentro das ações orçamentárias definidas a partir de 2010, que veremos de forma descritiva no capítulo 4.

Na análise do Plano de Gestão da Saúde 2012-2015, identificamos dois eixos de intervenção na definição das ações. A intervenção no cuidado e na prevenção. No que se refere a intervenção no cuidado, identificamos a definição de seis ações, a saber: 1) Ampliar os pontos de Atenção da RAPS; 2) Ampliar o número de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa; 3) Implementar o programa de qualificação da RAPS; 4) Criar protocolo clínico e de atendimento em Saúde Mental; 5) Implantar pontos de telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental, álcool, crack e outras drogas; 6) Garantir

incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais. Quanto ao eixo prevenção identificamos duas ações: 1) Aprimorar políticas, programas e ações na prevenção ao uso de álcool e outras drogas; 2) Desenvolver ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades (quadro 12).

**Quadro 13-** Ações previstas no plano 2012-2015 e Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2012-2015

**Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas**

Ações Planejadas	Ações realizadas em 2012	Ações realizadas em 2013	Ações realizadas em 2014	Ações realizadas em 2015
<b>Eixo1- cuidado</b>				
Ampliar os pontos de Atenção da RAPS	222 CAPS habilitados	125 CAPS habilitados	266 CAPS habilitados	166 CAPS habilitados
	10 Unidades de Acolhimento	14 Unidades de Acolhimento	20 Unidades de Acolhimento	47 Unidades de Acolhimento
	91 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	176 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	22 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	63 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados
	61 Consultórios na Rua	40 Consultórios na Rua	10 Consultórios na Rua	18 Consultórios na Rua
	-	713 leitos habilitados em Hospitais Gerais	145 leitos habilitados em Hospitais Gerais	112 leitos habilitados em Hospitais Gerais
	03 Editais para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas	-	-	-
Ampliar o número de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”	195 novos beneficiários	89 novos beneficiários	101 novos beneficiários	45 novos beneficiários
Implementar o programa de qualificação da RAPS	PET-Saúde/SM	PET-Saúde/SM PET- Redes	PET-Saúde/SM PET- Redes	PET-Saúde/SM PET- Redes
	Supervisão clínico-institucional nos CAPS	-	Supervisão clínico-institucional nos CAPS	-
	Financiamento de vagas para Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em saúde mental	Financiamento de vagas para Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em saúde mental	Financiamento de vagas para Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em saúde mental	Financiamento de vagas para Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em saúde mental

		Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica	Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica	Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica
			Cursos de atualização à distância para Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Saúde mental Infantojuvenil; e Atenção à crise e urgência em saúde mental	Cursos de atualização à distância para Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Saúde mental Infantojuvenil; e Atenção à crise e urgência em saúde mental
			Curso de Especialização em Saúde Mental para Enfermeiro	Curso de Especialização em Saúde Mental para Enfermeiro
			Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Intercâmbio entre experiências	Percurso Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Intercâmbio entre experiências
Criar protocolo clínico e de atendimento em Saúde Mental	-	-	Publicação dos protocolos clínicos/saúde mental para atendimento do suporte básico e avançado.	-
Implantar pontos de telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental, álcool, crack e outras drogas	-	-	-	-
Garantir incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	02 Editais para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial
<b>Eixo 2- Prevenção</b>				

Aprimorar políticas, programas e ações na prevenção ao uso de álcool e outras drogas	01 Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil	02 Seminários sobre serviços e sobre a defesa da Reforma Psiquiátrica	03 oficinas de integração com profissionais da RAPS	-
	02 Encontros de Políticas Públicas sobre Drogas	01 Encontro Nacional Psicossocial da RAPS	01 intercâmbio de profissionais da RAPS	-
		03 Projetos de Prevenção na Escola ao uso de crack, álcool e outras drogas	03 Projetos de Prevenção na Escola ao uso de crack, álcool e outras drogas	03 Projetos de Prevenção na Escola ao uso de crack, álcool e outras drogas
Desenvolver ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades.	-	-	-	-

**Fonte:** Sistematização própria com base no plano e relatório de gestão 2012-2015

Quanto aos relatórios de gestão, no que se refere aos pontos de atenção da RAPS, identificamos a ampliação, ao longo do período, de CAPS, Unidades de Acolhimentos, Consultório na Rua, SRTs, e Habilitação de Leitos em hospitais Gerais. A meta de implantação de novos CAPSad III foi cumprida, conforme prevista no Plano Crack é Possível Vencer. Em 2015 registrou-se 69 CAPSad III implantados e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 130/12. A modalidade de CAPSad III, bem como os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, em resposta ao acompanhamento das situações de maior complexidade.

Quanto às Unidades de Acolhimento (UA), regulamentadas pela Portaria GM/SM nº 121/12, decorrente do Plano Crack é Possível Vencer, também segue em direção à meta definida (implantação de 44 UA no período). Em 2015 registraram-se em funcionamento 13 UA infantil e 21 UA adulto, além de 156 em construção. As UAs são dispositivos de caráter residencial, com proposta de funcionamento vinte e quatro horas por dia. Oferecem retaguarda aos CAPS para ampliar os cuidados de saúde às pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, desprovidas de suporte familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. As duas modalidades existentes de UA: adulto (UAA) ou infanto-juvenil (UAI) oferecem acolhimento voluntário a ambos os sexos.

Os Consultórios na Rua também foram uma ação pensada dentro do Plano Crack é Possível Vencer e são regulamentados pelas Portarias GM/SM nº 122 e 123/12 e nº 1.238/2014, que definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio das equipes de Consultório na Rua (CnaR) nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe. A coordenação desse serviço deve ser compartilhada entre Saúde Mental e Atenção Básica na esfera municipal, objetivando garantir a integralidade no cuidado à saúde da população em situação de rua. Em 2015 registrou-se 111 Equipes de Consultórios na Rua habilitadas nas três modalidades<sup>148</sup>.

---

<sup>148</sup> Os CnaR estão presentes em 24 estados brasileiros.

Não identificamos no Relatório de Gestão a abertura de novos SRTs, apenas a habilitação desses serviços. Dito de outro modo, o número de SRTs se manteve igual entre 2011 e 2015. A novidade foi o número de SRT habilitados conforme Portaria nº 3.090/11, que definiu nova forma de financiamento para esses serviços. Custeados anteriormente em parte por recursos provenientes da realocação das AIHs, os mesmos passam a contar com recursos federais de custeio mensal e também para implantação, conforme vão sendo habilitados.

Também o número de Leitos em Hospitais Gerais merece destaque. Registrou-se em 2014 o total de 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2015 o Ministério da Saúde destaca uma nova modalidade de leitos regulamentados pelas Portarias GM/MS Nº 148/2012, Nº 349/2012, Nº 1.615/2012 e a Portaria SAS/MS Nº 953/2012. Tais portarias possibilitam a qualificação dos Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad), previsto no Plano Crack é Possível Vencer. O relatório destaca a habilitação de 970 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, de acordo com as portarias acima citadas.

Ainda sobre a ampliação dos pontos de atenção da RAPS, destacamos que o Plano Crack é Possível Vencer previu a qualificação de 985 leitos públicos para acolhimento em Comunidades Terapêuticas, articuladas com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Para regulamentar esse serviço o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12. Para abertura desse novo serviço, em 2012 o Ministério da Saúde lançou 03 Editais (nº8, nº9 e nº11) para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. A edição dessas portarias é resultado da correlação de forças que se estabeleceu entre o legislativo e o executivo para responder a questão do Crack. Como já afirmado, o legislativo pressiona o executivo a incluir na pauta o financiamento de leitos em estruturas privadas para tratamento de usuários de Crack. Atendendo a pauta, que se tornou agenda política das eleições de 2010, o executivo abre para o financiamento das Comunidades Terapêuticas, a despeito da discordância da Coordenação

Nacional de Saúde Mental e dos defensores da Reforma Psiquiátrica, em geral. Dito de outro modo, o financiamento de Comunidades Terapêuticas por meio de editais resulta de interesses defendidos no âmbito do Congresso Nacional por parlamentares ligados direta e/ou indiretamente a essas instituições, como afirmou Delgado<sup>149</sup>.

No edital nº8, foram apresentados 42 projetos e 05 deles foram aprovados. No edital nº 9 foram recebidos 84 projetos e 06 foram aprovados. No edital nº11 foram apresentados 03 projetos e nenhum foi aprovado. A baixa aprovação justifica-se pelo não cumprimento dos requisitos exigidos no edital, como: Alvará de funcionamento; Comprovante de no mínimo três anos de funcionamento da instituição; Envio de documentação incompleta e inconsistências gerais do projeto. Entretanto, não conseguimos identificar nos relatórios valores repassados pelo Ministério da Saúde para atender às instituições contempladas nos editais, mas a Coordenação Nacional de Saúde Mental informou não ter havido repasse para as Comunidades Terapêuticas (CTs) até 2016.

É importante destacar que desde 2001 as Comunidades Terapêuticas (CTs) se colocaram no cenário na disputa pelo fundo público, quando a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD<sup>150151</sup> - contemplou as mesmas no eixo de tratamento da Política Nacional sobre Drogas, tendo como perspectiva

---

<sup>149</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Kátia Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

<sup>150</sup>A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi criada em 1998, no período de governo de Fernando Henrique Cardoso. Posteriormente, esta denominação veio a ser alterada para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, no governo Lula. A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD é responsável pela política pública brasileira sobre drogas. Foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de Janeiro de 2011. Tem como competência específica: I - articular e coordenar as atividades de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; II - propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; III - instituir e gerenciar o sistema nacional de dados estatísticos de repressão ao tráfico ilícito de drogas; IV - articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; V - gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (BRASIL, 2011e).

<sup>151</sup> Garcia e Leal (2006) destacam que a pressão das Comunidades Terapêuticas pelo fundo público já se fazia presente na década de 1990, nas atas do Conselho Federal de Entorpecentes (COFENS).

a responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada e cidadãos no desenvolvimento das atividades antidrogas no país (BRASIL, 2011e). como já destacado, a Portaria 3.088 da RAPS contemplou as Comunidades Terapêuticas dentro do componente “Atenção Residencial de Caráter Transitório”, como Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Quanto à ação ampliar o número de beneficiários do Programa de Volta Para Casa, registrou-se 430 beneficiários entre 2012 e 2015. Como já dito, espera-se um número maior de cadastro considerando o total de pessoas que ainda se encontra institucionalizado.

Em relação à implementação de Programas de Qualificação da RAPS, destacamos o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde Mental /PET Redes, que contemplou 65 projetos em Saúde Mental e 90 grupos PET em Saúde Mental, por meio do Edital 14/2013, entre 2013 a 2015. Foram 1.710 bolsas/mês com investimento na ordem de 26 milhões de reais. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, regulamentado pela [Portaria Interministerial nº 421](#), de 03 de março de 2010, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

Dentro do Programa de Qualificação da RAPS, foram financiadas, entre 2012-2014, por meio de editais, 605 vagas em Programas de residência em psiquiatria, 254 vagas em Programa de residência multiprofissional em saúde mental e 85 vagas em Programas de Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência. A proposta é que se aumente o número de vagas nas residências multiprofissionais em saúde mental, visto que essas se constituem em número muito inferior às residências médicas em psiquiatria.

Entre 2013 e 2015 foi realizado o Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica contemplando 226.321 profissionais de saúde. O projeto teve como meta a formação de 100% dos agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar ou técnico de enfermagem por ESF, distribuídos por todos os estados e regiões do país. O projeto contemplou 96% dos ACS em

todo o país. Tal projeto visa garantir a formação em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (ESF), com ênfase nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta ação se insere no eixo do cuidado do programa *Crack, é Possível Vencer* e tem como objetivo melhorar a atenção ao usuário e seus familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da rede de atenção básica à saúde, sustentado na metodologia de redução de danos.

Entre 2014 e 2015 foram ofertadas 10.000 vagas de cursos à distância (EAD) em três temas estratégicos para educação permanente de profissionais de todos os pontos de atenção da RAPS do Brasil. Foram 7.000 vagas para o curso **Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas**, voltado a profissionais de nível médio e universitário que atuam em CAPS I, CAPS AD e CAPS AD III; 1.500 vagas para o curso **Saúde Mental Infantojuvenil**, voltado a profissionais de nível universitário que atuam em CAPS i e CAPS I; e 1.500 vagas para o curso **Atenção à Crise em Saúde Mental**, voltado a profissionais de nível universitário que atuam em CAPS III, CAPS II, CAPS AD III.

Ainda entre 2014 e 2015 o Ministério da Saúde ofertou 300 vagas para Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem para formar enfermeiros especialistas em Saúde Mental. O curso encerrou em julho de 2015 com 237 profissionais titulados

Neste mesmo período, por meio do Projeto Percursos Formativos na RAPS, o Ministério da Saúde lançou edital para seleção de projetos em seis linhas de ação estratégicas: atenção à crise em saúde mental, saúde mental infantojuvenil, saúde mental na atenção básica, demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O projeto tem como objetivo o intercâmbio de experiências entre profissionais e a circulação de saberes. O intercâmbio de experiência é proporcionado pelo encontro de duas redes. As redes receptoras são aquelas que apresentam sua experiência por indicaram potencialidades para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território. As redes visitantes são

as que se dispõem em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação mencionadas. Ao final de 2014, 600 profissionais da saúde mental realizaram intercâmbio para trocas de experiência. Ademais, foram realizadas 03 oficinas de integração com a participação de 150 profissionais.

A ação “garantir incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais” teve sustentação na Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, que instituiu incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS. A portaria garante incentivos para municípios e estados desenvolverem projetos de inclusão social pelo trabalho. No período 2012 a 2015 foram lançados 05 editais para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial. As chamadas contemplaram duas áreas: 1) Chamadas Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS; 2) Chamadas Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS.

A primeira contemplou projetos relacionados à economia solidária e geração de trabalho e renda (produção de produtos alimentícios e artesanais, reciclagem, estamperia, confecção, agricultura, prestação de serviços, comercialização de artigos), à alfabetização, à educação continuada e inclusão digital e à cultura (expressões artísticas e culturais e comunicação audiovisual e impressa). No período 2012-2015, investiu-se nesses projetos o valor de R\$8.555.000,00.

A segunda, chamada de “Protagonismo de usuários e familiares da RAPS”, contemplou projetos de fortalecimento do controle social, inclusão social, criação e fortalecimento de associações de usuários e familiares, atividades comunitárias, eventos e publicações, encontro de coletivos, acesso à cultura e articulação em rede de saúde e intersetorial. Investiu-se nesses projetos o valor de R\$4.005.000,00, no período. O Ministério da Saúde afirma que a partir da Publicação da Portaria 132/2012, houve um importante incremento de recursos destinados para o financiamento destas ações (BRASIL, 2012).

No que se refere ao eixo prevenção, foram duas as ações planejadas: 1) Aprimorar políticas, programas e ações na prevenção ao uso de álcool e outras drogas; 2) Desenvolver ações intersetoriais para geração de renda e moradia,

em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades.

Em relação à primeira ação foram realizados em 2012 o Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil, espaço que possibilitou a discussão e construção de estratégias envolvendo representantes de diferentes setores, para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente para o público infanto-juvenil. Realizaram-se dois Encontros de Políticas Públicas sobre Drogas. Nestes espaços houve discussão das principais dificuldades identificadas pelos gestores de saúde mental dos estados no cuidado às pessoas com dependência química e na implementação da política, além de exposição e compartilhamento de boas experiências.

Entre 2013 e 2014 foram realizados Seminários, Encontros, Oficinas e intercâmbio de profissionais com o objetivo de compartilhar experiências e conhecimento e construir de forma conjunta estratégias para implementação da política. Entre 2013 e 2015 o Ministério da Saúde investiu, no âmbito escolar, em três Projetos de Prevenção na Escola ao uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se dos projetos: 1) Jogo de elos - programa realizado em sala de aula, voltados para alunos da 1ª à 5ª séries do ensino fundamental. O projeto incentiva atitudes coletivas e democráticas, além de desenvolver habilidades sociais como autoconhecimento, autocontrole, assertividade, autonomia, empatia, tolerância, entre outras. Os alunos são despertados a perceber os impactos de suas ações no convívio com os colegas, passando a considerar as necessidades do coletivo; 2) #Tamojunto - programa voltado para alunos das séries finais do ensino fundamental. Esse projeto é desenvolvido em sala de aula, mas também envolve oficinas com os Pais dos alunos realizadas por profissionais de saúde e educação. O Programa se baseia nos eixos: desenvolvimento de habilidades de vida e pensamento crítico frente às crenças normativas e informações. Estimula trocas de experiências entre os alunos sobre suas crenças e estilos de vida por meio de atividades lúdicas; 3) Fortalecendo as Famílias - programa voltado para os pais e responsáveis, juntamente com os alunos entre 10–14 anos. O programa é desenvolvido em 07 encontros semanais conduzidos por profissionais da assistência social e/ou

outros por meio de equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (Centro de Referência da Assistência Social e Centro de Referência Especializada da Assistência Social). O objetivo do programa é promover um processo de reflexão sobre os valores e rotinas familiares e projetos de vida. Trabalha com o fortalecimento de vínculos, habilidade de expressar sentimentos e estabelecer regras. Os três projetos abordam temas de saúde, prevenção ao uso de crack, álcool e outras drogas, redução de danos, prevenção à violência.

O foco dos programas de prevenção não pode ser dado ao uso das drogas, mas ao significado delas para a sociedade capitalista e o lugar que os jovens ocupam nesse processo. Na nossa sociedade as drogas são mercadorias e como tal precisam garantir um mercado de consumo e, é nesse mercado que o jovem se coloca ora como consumidor, ora como comerciante garantindo sua fonte de renda. Nessa relação e num contexto de proibição ao uso das drogas, ora esses jovens são usuários, ora são traficantes. Por ser um mercado ilegal, a economia das drogas convoca indivíduos que não encontram espaço no mercado legal, sendo pobres, negros, analfabetos, estes são recrutados pelo mercado das drogas superlotando as estruturas carcerárias (RODRIGUES, 2012)<sup>152</sup>.

Os projetos tendem a ignorar todo esse contexto, desconsiderando o processo de exclusão a que esses jovens estão submetidos e, ao se empenharem a ensinar aos jovens comportamentos incompatíveis com o uso abusivo de drogas e estratégias para lidar com as mesmas esquecem-se de sensibilizá-los a se reconhecerem enquanto sujeitos que necessitam de lutar para garantir seu espaço na sociedade de exclusão, onde as mercadorias (no caso as drogas) se sobrepõem aos sujeitos que não possuem a mesma importância social.

Quanto à segunda ação (Desenvolver ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades), não se registrou nenhuma atividade nessa direção. Desenvolver ações intersetoriais para garantir trabalho e moradia, apresenta-se como um dos principais desafios da Reforma

---

<sup>152</sup> Para aprofundar a discussão leia Narcotráfico uma guerra na guerra (RODRIGUES, 2012)

Psiquiátrica, a despeito de ser uma estratégia fundamental para o processo de inserção social. O sujeito, no exercício da cidadania, necessita ser inserido na comunidade, no trabalho, com garantia de moradia sendo o trabalho e moradia um enorme desafio, considerando que em nossa sociedade o desemprego e a falta de moradia apresentam-se como um problema até mesmo para pessoas em condições “normais” de produtividade e competitividade. Mais ainda, para pessoas que não encontram um lugar social por apresentarem “transtornos psiquiátricos”.

#### **4.1.5. Síntese dos planos e relatórios de gestão: o otimismo da vontade e o pessimismo da razão**

Nesses 15 anos de aprovação da Lei 10.216 identificamos avanços da política pública da saúde mental. Começamos pela ampliação da rede pública de atenção à saúde mental, de base territorial, a partir do financiamento da esfera Federal. Como já afirmamos, as primeiras experiências municipais de construção de serviços de base territorial, no final dos anos de 1980, não contavam com o financiamento da esfera Federal. Na década de 1990, de forma tímida, o governo Federal vai se colocando em cena para financiamento de procedimentos realizados em serviços extra-hospitalares, existentes na esfera municipal e estadual e, a partir da aprovação da lei, se coloca de forma mais expressiva para o financiamento e construção de serviços extra-hospitalares, por meio de portarias, o que possibilitou a ampliação da rede assistencial em saúde mental.

A aprovação da Lei 10.216/2001 possibilitou também a expansão da linha de atuação da saúde mental para atender demandas específicas, como por exemplo, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas e à criança e adolescente. Na realidade, a necessidade de atender demandas específicas vinha sendo alvo de reflexão antes da aprovação da lei, mas a aprovação da mesma ganha força. No caso da criança e do adolescente, o tema ganha espaço na pauta da política de saúde mental<sup>153</sup>. A III CNSM realizada em 2001

---

<sup>153</sup> Delgado (2011), afirma que o debate da Reforma Psiquiátrica realizado na década de 1990 não incluiu a atenção em saúde mental das crianças e adolescente, a despeito de toda discussão e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ou seja, não houve articulação entre a política de saúde mental e de criança e adolescente.

e a IV realizada em 2010 colocam em pauta a necessidade de: criar mecanismos para responder a violência contra a criança e o adolescente; proteger as crianças em situação de rua sujeitas ao uso de Crack e outras drogas (com ênfase no crack); garantir os direitos humanos dessas crianças; questionar sobre o peso das medidas sócio- educativas (BRASIL, 2010b).

Em 2003 surgem as primeiras normativas específicas de CAPSi, materializando a atenção a criança e adolescente como uma **nova linha de atuação**. Nesse mesmo ano aprovou-se o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 unidades até final de 2004, o que garantiu a destinação de recursos fundo a fundo e extrateto para implantação e custeio de CAPSi (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Da análise dos planos e relatórios de gestão, vimos que, tal como demonstrado nos números do Saúde Mental em Dados (documento publicado pelo Ministério da Saúde), após 15 anos de aprovação da lei 10.216, houve expansão de serviços extra-hospitalares, que já vinham de experiências bem sucedidas, como Centros de Convivência, CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos e para, além disso, instituíram-se diferentes dispositivos assistenciais, como Unidade de acolhimento, Consultório na Rua, Núcleo de apoio à ESF. Tais dispositivos compõem estratégias de atenção em diferentes níveis de complexidade, o que representa avanço na atenção à saúde mental.

Observa-se que, ainda que de forma ineficiente, houve um esforço para constituição de um programa de formação permanente em saúde mental, contemplando profissionais da área de saúde mental com ensino médio, como o Projeto de Formação “Caminhos do Cuidado”, voltados para os ACS, à formação superior, como os cursos de Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais, voltados para os profissionais de nível superior.

Constata-se ainda a prioridade para construção de CAPS, que se tornou central no conjunto de dispositivos assistenciais, constituindo-se em diversas modalidades, com destaque nos últimos anos para os CAPSad e CAPSi instituídos em resposta a um quadro epidemiológico que vem se agravando nos últimos anos.

Houve redução de leitos em hospitais psiquiátricos, em maior proporção nos hospitais públicos e, em menor nos hospitais privados conveniados ao SUS, fato esse que provocou mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, não se conquistou de forma satisfatória a abertura de leitos em hospitais gerais para responder as urgências hospitalares (em atenção à crise) e, muito menos se garantiu a distribuição desses leitos nas regiões de saúde, ocasionando vazios assistenciais que não se limitam à assistência hospitalar, mas se estende aos demais níveis de atenção. Nessa mesma direção não se garantiu satisfatoriamente serviços de urgência e emergência psiquiátrica na rede de atenção à saúde mental.

Outro destaque deve ser dado para a cobertura do Programa de Volta para Casa, que não se constituiu na política de saúde mental enquanto indicador a ser alcançado. Apesar de sabermos da existência de pessoas com sofrimento psíquico em instituição de longa permanência, o Ministério da Saúde não dispõe de dados estatísticos para monitorar e avaliar o percentual de cobertura do programa.

A análise do plano e Relatório de Gestão da Saúde no período revela que até 2011 não havia registro de ação programada para o enfrentamento às drogas na política de Saúde Mental. Entretanto, com o aumento do consumo de crack, a partir de 2008, e a visibilidade dada pela mídia, o tema “drogas” vai tomando relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental. E, em 2010, o Ministério da Saúde garante a definição de ação orçamentária para investimento em ações de combate ao crack e outras drogas, o que representa avanço para a política de Saúde Mental. Assim, a suposta “epidemia do crack” possibilitou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, que permanecem subfinanciada. A partir da visibilidade dada, é possível monitorar o direcionamento dos recursos.

É importante destacar que apesar da centralidade dada às ações de combate ao crack na política de saúde mental, está não é a droga mais consumida pela população brasileira. Essa constatação foi possível por meio da pesquisa

realizada pela Fiocruz em 2013<sup>154</sup>. A pesquisa constatou que o consumo de crack e/ou similares, considerando todas as capitais e o Distrito Federal, atinge a 0,81% da população, o que representaria cerca de 370 mil usuários regulares. A região de maior proporção de consumo da droga é a nordeste (1,29%) seguida do sul (1,05%), enquanto o menor consumo é a região sudeste, com 0,56%.

A proporção estimada da população que referiu o uso de drogas ilícitas (com exceção da maconha) foi de 2,28%, o que representa em números absolutos mais de um milhão de pessoas no Brasil (1.035.291), demonstrando que a droga mais consumida no país não é o crack. Em algumas regiões a diferença de consumo entre o crack e/ou similares e as demais drogas ilícitas variam de 20% a mais de 50%, como é o caso da região centro-oeste, onde o consumo de drogas ilícitas é de 2,07% da população e o consumo de crack de 0,98%. No caso da região sul o crack representa 1,05% de consumo e as drogas ilícitas 2,03%, significando uma diferença de 52%. Ou seja, a pesquisa realizada pela FIOCRUZ possibilitou a desconstrução da imagem da epidemia do crack.

Entretanto, em nome do combate ao crack, tem se fortalecido instituições conservadoras de natureza confessional e privadas lucrativas (CTs), como também clínicas psiquiátricas. Essas instituições retualizam na área das drogas, a instituição hospitalar descrita por Foucault (1972), anterior aos hospitais psiquiátricos da era moderna. Foucault (1972) descreve essas instituições asilares como espaço de pobres, espúria da sociedade, que devem ser recolhidos dos espaços sociais e cuidados por autoridades religiosas. Ao longo do século XXI surgem novas formas de institucionalização. Ou seja, a difusão do crack e a insuficiência de dispositivos assistenciais para responder à complexidade do problema, que demandam intervenção na área da saúde e demais áreas assistenciais (Assistência Social, Educação, Esporte, Lazer, Habitação, entre outras), fortaleceram práticas manicomiais de internações

---

<sup>154</sup> Ver Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack disponível em: <http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>.

compulsórias ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho religioso com propostas de intervenção antagônicas à lógica antimanicomial.

Entretanto, com a definição da Rede de Atenção Psicossocial como uma das cinco redes de atenção definida pelo Decreto 7.508<sup>155</sup>, a saúde mental, com status de área prioritária do Ministério da Saúde, avança na definição da necessidade dos serviços nos vários níveis de atenção à saúde mental<sup>156</sup>. Ademais, o desenho descobre os vazios assistenciais e impõem aos gestores empenho na firmação do pacto pela saúde mental com definição de recursos.

Os planos e relatórios de gestão destacam três questões que permeiam o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, a partir da aprovação da Lei 10.216/01:

- 1- A edição de um conjunto de legislação que garantiu a reversão dos gastos das ações hospitalares para as ações extra-hospitalares e, nesse sentido, torna-se visível a intervenção do Estado no ordenamento econômico, para efetuar mudanças frente à expressão concreta da luta de classe. Nesse caso, a luta antimanicomial X Indústria da loucura.
- 2- A instabilidade desse ordenamento à medida que a correlação de forças se modifica no interior da luta de classes. Aqui destacamos os momentos de avanços e retrocessos no processo de implantação da política expressa pela dificuldade de aplicar as leis, decretos e portarias em seus termos. Exemplo disso é o difícil processo de implantação dos SRTs e do PVC, da insuficiência de CAPS, da prevalência de leitos privados em detrimento de leitos públicos, entre outros.
- 3- O terceiro relaciona-se aos dois primeiros. Vemos ao longo dos anos recentes, um acirramento do histórico embate entre os setores responsáveis pela implantação da política pública sobre drogas. Ministério da Saúde e Secretaria Nacional Álcool e Drogas ora se articulam, ora polarizam em termos das ações que o Estado brasileiro

---

<sup>155</sup> São elas: rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial; rede de cuidados à pessoa com deficiência; e, rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.

<sup>156</sup> No Espírito Santo foi construído, no espaço dos Colegiados Intergestores Regionais, o mapa com a necessidade dos serviços de atenção à saúde mental, que se apresenta de forma discrepante do atual mapa da rede. Serviços existente X necessidade de serviços.

deve desenvolver nesse campo. Desses embates acompanhamos o tensionamento que as Comunidade Terapêuticas trazem para o interior do campo da saúde. Rechaçada pelo então coordenador de saúde mental Tykanori, vimos a inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS. Com elas, a explícita entrada de um modelo de tratamento que nega os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, evidenciando a disputa pelo fundo público para financiamento das ações que negam a direção buscada pela Reforma Psiquiátrica brasileira, o que implica na retomada da lógica manicomial que se quer superar.

Tal realidade nos remete a nossa questão inicial. Para onde está indo o dinheiro da saúde mental? Vimos parte desse processo a partir dos relatórios de gestão, agora vamos aos gastos. Como nosso objeto é o financiamento da Política de Saúde Mental considerando o momento particular por que passa a Política de Saúde no Brasil, no próximo capítulo refletiremos sobre a configuração dos gastos em saúde mental no Brasil.

## 5. Os gastos em Saúde Mental: desafiando os nós

[...] “estou procurando, estou procurando. Estou tentando entender” (Clarisse Lispector)

O objetivo desse capítulo é apontar para onde se direciona os recursos destinados à saúde mental. Iniciamos esse capítulo com a afirmação de que a saúde mental não avançou em relação ao aumento percentual do montante de recursos destinados à saúde, entretanto avançou em relação a reversão dos gastos (de ações hospitalares para extra-hospitalares), bem como na definição de ação orçamentária, possibilitando maior visibilidade no monitoramento dos gastos em saúde mental. Nossa mirada englobará os últimos 15 anos (entre os governos FHC [2001] e Dilma/Temer [2016]).

Os gastos da Saúde Mental em relação aos gastos totais em saúde variaram no período estudado entre 2,4% (em 2001) e 1,6% (em 2016) (Tabela 3, Gráfico 3). No primeiro governo Dilma, os gastos com saúde mental foram decrescentes com registro dos menores percentuais (2,6 em 2011; 2,3 em 2012; 2,1 em 2013, 1,9 em 2014), mesma tendência foi observada em seu segundo mandato e mantida no governo Temer (2,3 em 2015 e 1,6 em 2016). Ou seja, o gasto com saúde mental, além de não ter alcançado a meta proposta pela coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para o quadriênio 2007-2010 de 4,5% do orçamento da saúde (aproximando-se ao preconizado pela OMS), reduziu o valor em 0,8% o gasto, se comparado com o último governo Lula (2,7%). Essa tendência segue a observada na área da saúde (redução de 2,8% entre 2015 e 2016). Desse modo, nossa reflexão ganha maior relevância. Isso porque, o decréscimo dos gastos em saúde mental em relação aos gastos com saúde ocorreu *pari passu* à implementação do Plano “Crack é Possível Vencer”, ou seja, realocação dos gastos – reduzidos – entre velhas e novas rubricas.

O Ministério da Saúde também não atendeu às deliberações das III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental (2001 e 2010), para que assegurasse a manutenção e a ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar, não se limitando à realocação de recursos do componente hospitalar. Ou seja, entre a pressão das forças políticas presentes nas

Conferências – e a luta por mais recursos para a Saúde Mental – e a implementação de um orçamento marcado por cortes nas políticas sociais – e a defesa de superavit primário -, a saúde mental vem perdendo recursos. Demonstraremos, ao longo de nossa análise, que o avanço na construção da rede de atenção à saúde mental se limitou à reversão dos gastos da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar.

Em termos de percentual dos gastos em saúde mental em relação aos gastos em saúde, o Brasil seguiu um parâmetro de investimento adotado por países em desenvolvimento que, em geral, não ultrapassam um percentual em média de 2,4% (países desenvolvidos investem um percentual de 5% dos recursos da saúde na saúde mental, segundo dados da OMS de 2013). Mas, mesmo não cumprindo suas metas, a questão é saber quais foram os gastos da saúde mental ao longo dos últimos 15 anos.

Estruturamos nossa análise em cinco eixos: a) gastos em saúde mental x gastos totais em saúde; b) propostas inscritas no relatório das Conferências Nacionais de Saúde Mental sobre financiamento, destacando as não alcançadas; c) o processo de inversão dos gastos hospitalares e extra-hospitalares; d) detalhamento dos gastos hospitalares e extra-hospitalares, e; e) ações orçamentárias programadas e executadas.

O item gastos em saúde mental x gastos totais em saúde é um dado presente no Saúde Mental em Dados 4, lançado em de 2007<sup>157</sup>. Nessa publicação, a Coordenação de Saúde Mental destaca que o percentual da Saúde Mental em relação ao orçamento da Saúde correspondeu a 2,17% (em 1997), passando a 2,19% em 2002 (percentual que posteriormente será revisado em publicações posteriores) (BRASIL, 2007).

Na tabela 3 e gráfico 3 (página 179) apresentamos os dados sistematizados entre 2001-16.

---

<sup>157</sup> No Saúde Mental em dados anteriores essa informação não constava, apenas destacando a análise dos gastos em saúde mental hospitalar e extra-hospitalar.

**Tabela 3 –** Gastos do programa Saúde Mental em relação aos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto Federal em Ações e Serviços Públicos de Saúde (em bilhões)	71,79	71,57	62,22	69,53	70,43	76,32	79,94	81,39	89,31	96,36	92,89	98,67	98,31	99,02	105,18	102,10
Percentual gasto Programa de Saúde Mental/Gastos ASPS	2,4%	2,5%	2,4%	2,3%	2,3%	2,3%	2,7%	2,7%	2,5%	2,7%	2,6%	2,3%	2,1%	1,9%	2,3%	1,6%

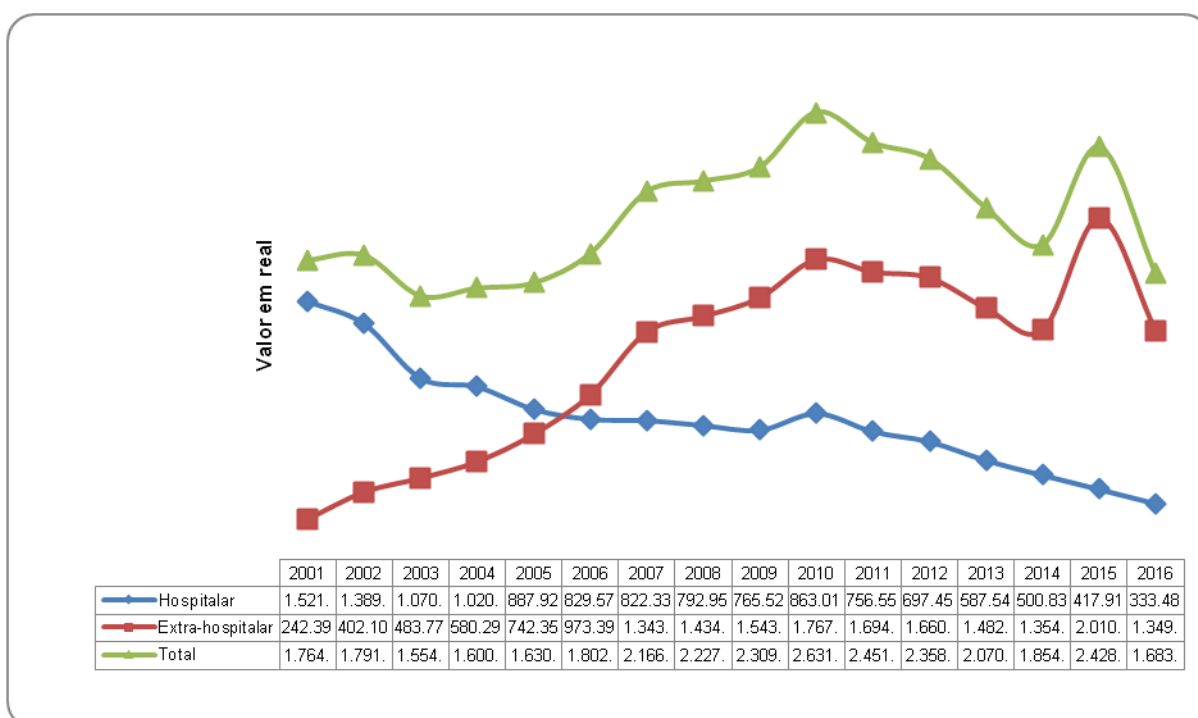
**Fontes:** Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (Valor em bilhões de reais)

<sup>1</sup> Valor atualizado com base no IGP-DI de 2001 de 3,19; 2002 de 2,89; 2003 de 2,29; 2004 de 2,12; 2005 de 1,89; 2006 de 1,87; 2007 de 1,80; 2008 de 1,67; 2009 de 1,53; 2010 de 1,55; 2011 de 1,39; 2012 de 1,33; 2013 de 1,23; 2014 de 1,16; 2015 de 1,12. Base de cálculo 01/16.

O percentual de gastos com o Programa de Saúde Mental (GSM), em relação aos recursos destinados à saúde, oscilou entre 2001 e 2010, com tendência crescente até 2010 chegando a 2,7% do montante dos recursos destinado à saúde. A partir de 2010 a tendência foi decrescente, com queda em 2014, pequena recuperação em 2015, fechando 2016 com queda acentuada (1,6%). Apesar 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, o orçamento destinado à saúde mental não ultrapassou o percentual de 2,7% (média de 2,25 e mediana de 2,3). Enquanto os gastos com saúde cresceram 42,22%, no período, os gastos com saúde mental decresceram 5,20%.

Estamos de acordo que é necessária uma melhora significativa do percentual destinado à saúde mental atendendo a recomendação da OMS, que define um percentual de 5%, desempenho esse que só se observa em alguns dos países europeus. Considerando a recomendação da OMS, o Ministério da Saúde deveria dobrar o percentual destinado à saúde mental.

**Gráfico 3 – Valores nominais dos gastos hospitalar e extra-hospitalar com Saúde Mental**



Fonte: DATASUS/MS, 2017

Entre 2001 e 2005 os gastos em Saúde Mental foram maiores em pagamento de despesas hospitalares. Somente em 2006 os gastos federais extra-hospitalares ultrapassaram os gastos com assistência hospitalar. Em 2006 o governo federal destinou 54% do orçamento da saúde mental para as ações extra-hospitalares, o que significou uma inversão dos gastos na assistência em saúde mental e em 2016 alcançou a meta proposta pela Reforma Psiquiátrica de 80% para as ações extra-hospitalares. No ano de 2006 os gastos extra-hospitalares foram de R\$ 973,39 milhões (valor atualizado com base no IGP-DI) e os hospitalares R\$ 829,57 milhões.

A partir de 2006 os gastos com ações e serviços extra-hospitalares mantiveram tendência crescente até 2010 (R\$1.767,90). Entre 2011 e 2014 a tendência foi decrescente com aumento em 2015 (R\$2.010,60), ano de maior gasto em ações extra-hospitalares. Entretanto, em 2016 os gastos retomam a tendência, representando o menor gasto destinado às ações extra-hospitalares desde 2008 (R\$1.434,38).

A diminuição dos gastos com ações extra-hospitalares a partir de 2010 esteve relacionada com a diminuição de gastos total com saúde mental. A queda ocorreu de forma mais evidente entre 2013 e 2014 (R\$2.070,24 em 2013 e R\$1.854,88 em 2014). Em 2015 o gasto total com saúde mental aumentou para R\$2.428,59 e em 2016 reduziu para R\$1.683,41, representando o menor gasto com saúde mental desde 2006 (R\$ 1.802,00). Ou seja, a tendência de maior ou menor gasto com ações extra-hospitalares seguiu a lógica de maior ou menor gasto com saúde mental, o que significa que o aumento de gastos na saúde mental possibilita o aumento de gasto com ações extra-hospitalares.

O percentual destinado às ações extra-hospitalares, a partir de 2007 se manteve acima de 60%, em 2012 chegou a 70%, fechando 2015 com percentual de 83%, com redução em 2016 (80%). Logo, em 2015, o Ministério da Saúde alcançou a inversão dos gastos na assistência em saúde mental para construção da rede substituta proposta na lei 10.216, e definida nas deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que traz a proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar (BRASIL, 2010b).

É importante destacar que, apesar da lei 10.216 afirmar a necessidade de construção da rede substituta, por meio de redirecionamento do recurso, ela não define quais seriam os recursos extra-hospitalares e quais parâmetros para avaliar a cobertura assistencial desses serviços (o quanto são suficientes ou insuficientes), como também não garante a inscrição dos recursos e serviços nos planos da saúde.

Está inscrito na lei que o usuário da saúde mental deve ser tratado **preferencialmente**, em serviços comunitários de saúde mental, mas o termo **preferencialmente** não impõe a obrigatoriedade, o que não veda a rede hospitalar e pode colocar em risco a essência do que deveria ser a mudança de modelo assistencial.

Sustentados nessa afirmativa, iniciamos nossa análise a partir dos gastos com ações hospitalares<sup>158</sup>. Nesse aspecto, os gastos requerem destacar que, em 1997 os gastos representavam 93,14% dos gastos totais da saúde mental. O que significa dizer que há exatos 20 anos, o que a saúde mental gastava era basicamente com internação em hospitais psiquiátricos. Por isso, a coordenação destacava no relatório Saúde Mental em Dados 1 (de 2006) que a mudança no percentual de gastos (alocando-os nos extra-hospitalares) “é um dos principais indicadores macropolíticos do processo da Reforma Psiquiátrica”(BRASIL, 2006, p. 20).

Assim, a análise dos gastos hospitalares levam em conta 2 aspectos: sua relação percentual com os gastos extra-hospitalares e as rubricas incluídas nesse gasto. Os gastos hospitalares foram direcionados para pagamento de Procedimentos em Hospitais Psiquiátricos (PT), Procedimento com internação álcool e drogas, Tratamento em Hospital Geral, Diagnóstico em psiquiatria em Hospital Geral, Serviços em Hospital de Reabilitação – ad, Hospital dia.

---

<sup>158</sup> Nas primeiras publicações do Saúde Mental em Dados o conjunto de informações sobre gastos hospitalares ocupava grande parte da publicação, destaque que progressivamente reduzirá para destacar as ações e serviços extra-hospitalares.

**Tabela 4 – Valores gastos com ações hospitalares**

<b>Ações hospitalares (em milhões)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Proc.Hospitais Psiquiátricos	1.429,02	1.297,01	990,74	945,37	815,90	755,59	745,85	721,29	685,40	751,61	647,89	627,65	496,10	415,91	336,89	257,49
Procedimento internação álcool e drogas	-	5,05	2,32	2,60	2,44	2,53	2,77	2,63	3,52	6,66	10,80	13,30	32,41	28,07	25,97	22,68
Tratamento Hospital Geral	51,33	51,28	43,69	41,73	41,86	42,24	45,17	42,12	51,15	78,33	75,06	46,08	44,06	43,33	43,92	39,63
Hospital dia	41,44	41,50	33,55	30,63	27,71	29,20	28,53	26,89	25,43	26,39	22,80	20,17	14,96	13,50	11,12	8,63
<b>TOTAL</b>	<b>1.521,80</b>	<b>1.389,86</b>	<b>1.070,33</b>	<b>1.020,35</b>	<b>887,92</b>	<b>829,57</b>	<b>822,33</b>	<b>792,95</b>	<b>765,52</b>	<b>863,01</b>	<b>756,55</b>	<b>697,45</b>	<b>587,54</b>	<b>500,83</b>	<b>417,91</b>	<b>328,45</b>

**Gasto em percentual**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Proc.Hospitais Psiquiátricos	93,90	93,32	92,56	92,65	91,89	91,08	90,70	90,96	89,53	87,09	85,64	84,83	84,44	83,04	80,61	78,40
Procedimento internação álcool e drogas	-	-	0,22	0,26	0,28	0,31	0,34	0,33	0,46	0,77	1,43	1,91	5,52	5,61	6,22	6,91
Tratamento Hospital Geral	3,37	3,69	4,08	4,09	4,71	5,09	5,49	5,31	6,68	9,08	9,92	9,87	7,50	8,65	10,51	12,07
Hospital dia	2,72	2,99	3,13	3,00	3,12	3,52	3,47	3,39	3,32	3,06	3,01	2,89	2,55	2,70	2,66	2,63

**Fontes:** Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (Valor em bilhões de reais).

<sup>1</sup> Valor atualizado com base no IGP-DI de 2001 de 3,19; 2002 de 2,89; 2003 de 2,29; 2004 de 2,12; 2005 de 1,89; 2006 de 1,87; 2007 de 1,80; 2008 de 1,67; 2009 de 1,53; 2010 de 1,55; 2011 de 1,39; 2012 de 1,33; 2013 de 1,23; 2014 de 1,16; 2015 de 1,12. Base de cálculo 01/16.

Os gastos com ações hospitalares decresceram 78,41% no período. A maior parte dos recursos destinados às ações hospitalares direciona-se a procedimentos realizados em hospitais psiquiátricos, sendo a maioria desses hospitais instituições privadas conveniada ao SUS. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde (CNES) registra que em dezembro de 2016 dos 25.097 leitos existentes em instituições psiquiátricas, 15.831 pertencem a instituições privadas conveniadas com o SUS (63,1%), e 9.266 leitos (36,9%) pertencem a órgão público.

Os leitos em saúde mental retratam o panorama dos serviços hospitalares no país. O Brasil, de forma distinta a de outros países, tem no segmento privado uma expressão quantitativa, alcançando 60% dos leitos, sendo que o setor privado filantrópico constitui 20% desses leitos (IBGE, 2015). A presença de hospitais privados no Brasil encontra-se no patamar superior em comparação a outros países em estágio de capitalismo desenvolvido mais avançado, como, por exemplo, a Holanda que chega a proibir a entrada de hospitais lucrativos no sistema de saúde (GADELHA, 2012).

Entretanto, é importante destacar que a partir da década de 1990, com a implantação do SUS, o Brasil seguiu uma tendência de redução de leitos privados lucrativos e não lucrativos credenciados ao SUS, com pequena expansão de leitos públicos em diferentes especialidades (cirúrgico, clínico, obstétrico, pediátrico, hospital dia, entre outras), diminuindo a disparidade entre número de leitos SUS públicos e privados (GADELHA, 2012).

A dinâmica e origem da rede de prestadores do SUS nos remete a década de 1970, com a expansão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que contribuía com a Previdência Social. Como a rede própria do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era insuficiente para atender a demanda, o governo recorreu a credenciamentos da rede privada de serviços de saúde, inclusive investindo na ampliação e modernização dessa rede (SANTOS; GERSCHMAN, 2004). Como resultado desse arranjo lucrativo para o mercado privado, a década de 1970 foi marcada por uma política de hospitalização em larga escala, com gastos insustentáveis, que impôs mudança ao modelo de

remuneração<sup>159</sup>. Assim, em 1983 foi instituída a primeira tabela de procedimentos para pagamentos aos prestadores do INAMPS. A tabela definia remuneração fixa por procedimentos com Autorização de Internação Hospitalar (AIH), baseada em valores médios globais calculados a partir de observações feitas em diferentes hospitais privados (SANTOS: SERVO, 2016). Ou seja, a remuneração independia de quantidades de atos médicos e insumos utilizados até a conclusão de uma internação. Ademais, o reajuste da tabela não acompanhou a inflação. No final da década de 1980 o governo resolveu fixar o valor dos pagamentos do INAMPS em 30% da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), parâmetro para remuneração de internações no setor privado (MEDICI, 1992).

A redução do valor da remuneração, somado ao crescimento do mercado dos planos de saúde, no final da década de 1980 (que passam a concorrer com o SUS), levaram os hospitais privados a iniciarem um processo de descredenciamento do SUS. Entretanto, ainda hoje, os prestadores privados têm participação expressiva nas internações, além de realizarem pelo SUS 70% os procedimentos ambulatoriais de maior complexidade como mamografias, ressonâncias, endoscopia, entre outros procedimentos<sup>160</sup> (SANTOS: SERVO, 2016). Os fatores acima expostos impulsionaram o processo de redução de leitos privados credenciados ao SUS. Em 2016 registraram-se no CNS 307.805 leitos SUS de Internação nas diversas especialidades. Dos 307.805 leitos/SUS registrados 162.618 são públicos (municípios, estados, universidade e União), representando 52% do total de leitos/SUS e 48% leitos são privados credenciados no SUS. Ou seja, em termos percentuais observa-se redução no quantitativo de leitos privados que já foram maioria no SUS.

No caso da saúde mental, o processo de redução de leitos psiquiátricos ocorreu de forma mais lenta na década de 1980 e 1990, mas se fortaleceu com a aprovação da Lei 10.216/2001, resultando na redução gradativa de percentual gasto com procedimento em hospital psiquiátrico, como podemos observar ao compararmos os valores gastos entre 2001 e 2016. Em 2001 o valor gasto com

---

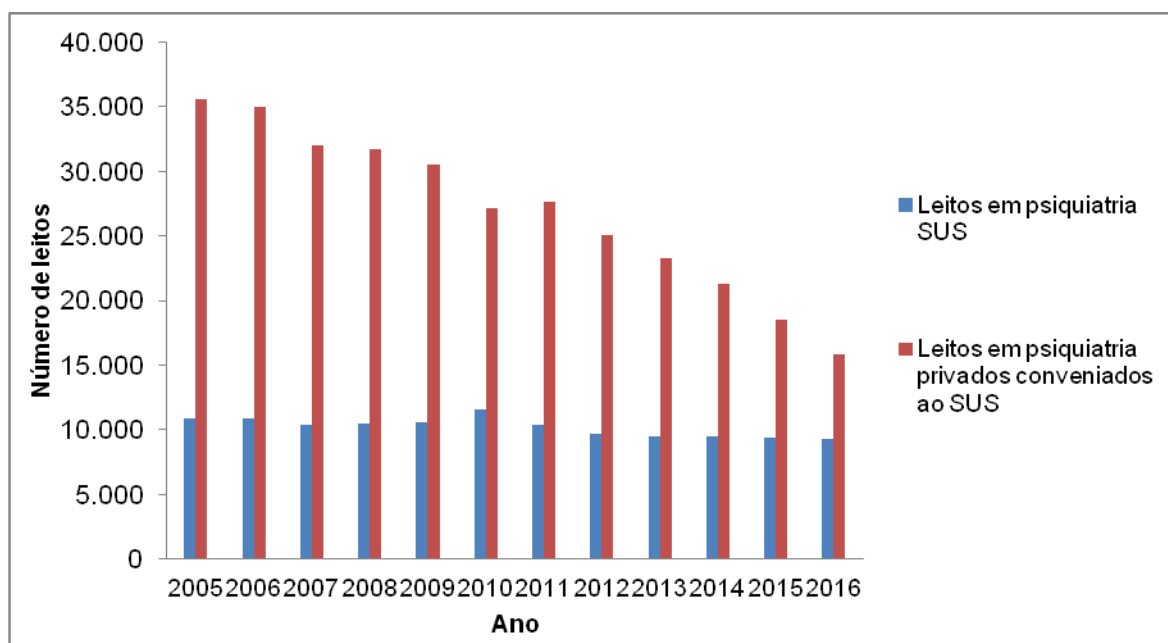
<sup>159</sup> A remuneração por serviços prestados/internações seguia um modelo de pagamento por ato médico/unidade de serviço, que incentivava os prestadores a multiplicar procedimentos e privilegiar serviços de maior remuneração pelo INAMPS (internações).

<sup>160</sup> Os procedimentos realizados são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), inclusive medicamentos e órteses, próteses.

procedimentos em internação psiquiátrica foi de R\$ 1.429,02 (valor corrigido pelo IGP-DI) representando 93% do montante gasto com ações hospitalares. Em 2016 o valor reduziu para R\$ 257,49, representando 78,40% do montante gasto com ações hospitalares. Essa redução nos gastos também teve relação com a redução nos valores pagos pela diária de internação por tempo prolongado.

Seguindo a lógica do SUS, o processo de redução de leitos psiquiátricos garantiu ao longo dos últimos 10 anos, a diminuição da disparidade entre os leitos psiquiátricos públicos e privados. Mas, a maior parte dos leitos psiquiátricos pertence ainda à iniciativa privada conveniada ao SUS, o que demonstra uma relação publico- privado tensionada pelos donos de HPs privados.

**Gráfico 4-** Relação leitos em psiquiatria público/privado



**Fonte:** DATASUS/ MS, 2017

Em 2005 os leitos públicos psiquiátricos representavam 23% do total de leitos psiquiátricos/SUS (46.484), registrados no CNES (10.899 – públicos; 35.585 – privados), ou seja, 77% eram leitos privados conveniados com o SUS. Em 2016, do total de 25.097 leitos psiquiátricos/SUS cadastrados no CNES, 9.266 são públicos (redução de 15%) e 15.831 são privados (redução de 56%). Entretanto, percentualmente 63% dos leitos são privados (redução de 15%). Ou seja, o fechamento dos leitos ocorreu de forma diferenciada entre os HPs públicos e privados.

Outra dimensão a se considerar no caso dos gastos hospitalares, diz respeito à distribuição desses no território nacional. Essa distribuição ocorre de forma desproporcional nos diferentes estados da federação. Nos estados de Alagoas (0,267), Rio de Janeiro (0,232), São Paulo (0,218) e Paraná (0,207) a proporção encontra-se acima da média nacional (0,129)<sup>161</sup>, enquanto a região norte dispõe do menor número de leitos psiquiátrico (BRASIL, 2012). O estado de Alagoas com 880 leitos psiquiátricos disponíveis realizou, no ano de 2016, **279 internações psiquiátricas** (taxa de ocupação 31,70), enquanto que o estado do Piauí com o menor número de leitos psiquiátrico na região (160 leitos) realizou **133 internações psiquiátricas** (taxa de ocupação 83,12), no mesmo ano. A taxa de ocupação é um indicador importante para avaliarmos o dispêndio do serviço. A manutenção de leitos com baixa ocupação implica em maior custo para manutenção dos mesmos, nesse sentido, o fechamento de leitos também se coloca estratégico do ponto de vista da gestão financeira do serviço. Ou seja, estratégico para otimização de recursos que devem ser voltados para constituição de serviços de menor densidade tecnológica e maior capacidade de resposta, como é o caso dos serviços de base territorial.

A partir de 2010 registra-se um percentual de 0,77% de gastos hospitalares com internação álcool e drogas, percentual que aumentou gradativamente chegando em 2016 a 6,91% 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 Nº 7.637 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. Daí decorre o aumento gradativo de gasto com internação álcool e drogas.

Os gastos com internação álcool e drogas aumentaram a partir de 2010, com a garantia de leitos de saúde mental em hospital geral que se distinguem dos leitos de psiquiatria em hospital geral. Para os leitos de saúde mental são definidos parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de leitos

---

<sup>161</sup> Número de leitos existentes na região dividido por 1.000 habitantes.

credenciados em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, para internações de curta duração voltadas às pessoas em sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Dito de outro modo, são leitos destinados a tratamento de comorbidades clínicas ocasionadas por uso abusivo de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, devendo esses leitos estarem articulados com corresponsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS. Para abertura e credenciamento desses leitos, o plano previu gasto anual de R\$ 40,05 (milhões), entretanto o máximo que se alcançou foi o valor de R\$32,41 milhões em 2013 e, em 2015 o valor gasto com essa ação foi de R\$ 25,97 (milhões).

A garantia de leitos de saúde mental em hospitais gerais minimiza o impacto da internação, considerando que coloca a pessoa em sofrimento psíquico em condição de tratamento similar a qualquer usuário que busca tratamento. Ademais, possibilita maior controle do dispositivo assistencial internação, se considerarmos que existe menor desproporcionalidade entre hospitais gerais públicos e hospitais gerais privados (H. G. público - 2.053, representando 40,2%; H. G. privado – 3.056, representando 59,8%). Se considerarmos os hospitais psiquiátricos 36,9% são públicos e 63,1% são privados. Entretanto, em um e em outro, o predomínio é o setor privado conveniado ao SUS.

Entretanto, devemos considerar também outras dimensões contidas nos gastos: quem ganha com essa internação – usuário e/ou instituição? Se assistido em serviços de base territorial os sujeitos não são impedidos de se relacionarem com outros do seu cotidiano. Mas, numa instituição hospitalar, ainda que por um tempo breve, encontram-se separados de suas relações cotidianas. Assim, a internação deve ocorrer em casos que demandam esse procedimento e por tempo adequado a uma intervenção necessária. Ou seja, entendendo o hospital como um ponto da rede, quem deveria ganhar com a internação em leitos de hospitais gerais é o usuário.

O gasto com atendimento psiquiátrico em hospital geral se manteve abaixo dos 5% até 2005, com pequena elevação no percentual a partir de 2006. Entre 2010 e 2011 houve aumento percentual nos gastos com procedimentos em hospitais gerais (2010- 9,08%; 2011- 9,92% e 2012- 9,87%), com redução nos dois anos

seguintes, com retomada em 2016 chegando a 12,07% dos gastos com ações e serviços hospitalares. Vale destacar que, do montante de 25.097 leitos disponíveis em todo o país, 3,5% (888) dos leitos encontram-se habilitados em hospitais gerais. Assim, ao contrário do que preconiza a Lei 10.216, de que as internações não devem ser feitas em hospitais com características asilares<sup>162</sup>, a maior parte dos leitos encontra-se disponível em hospitais psiquiátricos de iniciativa privada e usualmente associado à baixa qualidade de serviço e a violação de direitos humanos, como afirma o Relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013).

Em relação à ação hospital-dia, o serviço 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 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.

A proposta é que o hospital dia substitua a internação integral, abrangendo um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias úteis da semana, com carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. O hospital-dia deve dispor de uma estrutura com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual, independente da estrutura hospitalar. O serviço do hospital-dia deve integrar-se a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental, atendendo a uma população geográfica definida dentro de um território, facilitando

---

<sup>162</sup> Esses ambientes são caracterizados na lei pela não oferta de serviços médicos, serviços de assistência social, serviços psicológicos, serviços ocupacionais, de lazer, entre outros. Mas, defendemos que estes parâmetros não são suficientes para garantir que esses serviços não sejam asilares.

acesso do paciente à unidade assistencial. O Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde registrou em 2016 o total de 565 Leitos Hospital-dia SUS e 1.355 Leitos Hospital-dia privados conveniados ao SUS para repouso eventual (29,4% público e 70,6% privado). Os percentuais gastos com os hospitais dia oscilaram entre dois e três por cento dos gastos com saúde mental no período analisado, com tendência decrescente em todos os anos, com ênfase nos últimos quatro anos (Tabela 4). 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 resumo, destaca-se a redução no valor percentual alocado no interior dos gastos hospitalares, mas observamos a permanência de gastos com leitos em hospitais privados em detrimento de outros dispositivos hospitalares que poderiam ser acionado em uma situação de urgência e/ou emergência da saúde mental. Ou seja, é mister avançar na superação desse quadro.

Em relação aos gastos extra-hospitalares, a partir de 2012 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, até alcançar em 2015 o patamar proposto na deliberação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, qual seja, de 80% para a rede substitutiva (BRASIL, 2010b). Mas, para além de percentuais, é essencial refletir em que ações são gastos os valores destinados à rede substituta (tabela 5).

Nossa pergunta aqui é: quais são as rubricas contidas nos gastos extra-hospitalares e qual o percentual distribuídos entre essas rubricas.

**Tabela 5 - Totais e percentuais dos itens dos gastos Extra-hospitalares**

<b>Ações (Em milhões)</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Medicamentos	74,86	167,84	167,97	191,94	236,55	296,22	460,29	490,27	513,37	632,49	655,55	657,50	562,04	399,25	386,20	332,41
Atendimento Ambulatorial	60,73	106,92	135,63	174,22	225,74	306,56	376,45	410,22	450,09	488,57	435,73	411,61	382,03	377,75	242,62	222,59
PVC e incentivo a SRT	-	2,59	17,59	18,64	28,55	35,66	36,93	46,95	49,37	51,63	51,57	49,65	28,65	29,85	43,41	21,94
CAPS	106,79	108,39	158,99	193,13	251,30	331,78	469,76	500,67	521,53	579,58	534,88	484,09	466,41	468,61	1.303,37	1.107,91
Convênios e eventos	-	16,36	3,57	3,53	248,86	3.,17	2,89	10,03	9,40	1,44	1,69	4,54	3,95	2,98	6,21	4,33
Incentivo para construção de novos pontos de atenção da RAPS/Crak é possível vencer - CAPS ad III, UA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,27	15,50	85,05	39,59	75,57	22,23	44,36
Incentivo para Custeio de Unidade de Acolhimento, SRT e Leitos em HG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,77	101,94	172,43	159,32
Enfrentamento ao Crack e outras drogas na Atenção Básica (CnaR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,91	22,79	42,70	36,06
<b>Total</b>	<b>242,39</b>	<b>402,10</b>	<b>483,77</b>	<b>581,47</b>	<b>742,35</b>	<b>973,39</b>	<b>1.346,33</b>	<b>1.458,16</b>	<b>1.543,76</b>	<b>1.767,99</b>	<b>1.694,92</b>	<b>1.692,45</b>	<b>1.482,70</b>	<b>1.354,04</b>	<b>2.010,68</b>	<b>1.923,96</b>
<b>Em percentual</b>																
	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Medicamentos	31	42	35	33	32	30	34	34	33	36	39	35	38	29	19	17
Atendimento Ambulatorial	25	27	28	30	30	31	28	28	29	28	26	26	26	28	12	11
PVC e incentivo para SRT	-	1	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1
Centro de atenção Psicossocial	44	27	33	33	34	34	35	34	34	33	32	30	31	35	65	57
Convênios e eventos	-	4	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	0,23
Incentivo para construção de novos pontos de atenção da RAPS/Crak -CAPS ad III, UA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	5	3	6	1	2
Incentivo para Custeio de Unidade de Acolhimento, SRT e Leitos em HG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8	9	8
Enfrentamento ao Crack e outras drogas na Atenção Básica (CnaR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1

**Fontes:** Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (Valor em milhões de reais).

<sup>1</sup> Valor atualizado com base no IGP-DI de 2001 de 3,19; 2002 de 2,89; 2003 de 2,29; 2004 de 2,12; 2005 de 1,89; 2006 de 1,87; 2007 de 1,80; 2008 de 1,67; 2009 de 1,53; 2010 de 1,55; 2011 de 1,39; 2012 de 1,33; 2013 de 1,23; 2014 de 1,16; 2015 de 1,12. Base de cálculo 01/16.

Os gastos com ações extra-hospitalares cresceram em 693,74% no período. Tal aumento no período se deve a realocação de recursos dos serviços hospitalares para os serviços de base comunitária, considerando que os recursos do Programa de Saúde Mental se mantiveram na média de 2,4% do total do orçamento da Saúde. Em geral não ocorreu o aumento de repasse de recursos para a área de saúde mental em termos percentuais e sim a realocação de recursos. Ou seja, a área de Saúde Mental não alcança prioridade na agenda da saúde, cujas ações envolvem diferentes áreas prioritárias. As ações extra-hospitalares em saúde mental envolvem atenção básica (por meio das ESF, equipe mínima de saúde mental e/ou NASF, além dos CnaR) e a média complexidade (por meio dos CAPS e ações ambulatoriais especializadas).

Os gastos com as ações extra-hospitalares destinaram-se a gastos com medicamentos, atendimento ambulatorial, ações de reinserção social, centro de atenção psicossocial, convênios e eventos, incentivo para construção de novos pontos de atenção da RAPS/Crak é Possível Vencer (investimento em CAPS ad III, UA), incentivo para custeio de Unidade de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos em Hospitais Gerais, enfrentamento ao crack e outras drogas. Para fins de análise, vamos apresentar cada item e depois a análise global da rubrica.

Começamos pelos gastos com medicamentos. Em relação a esses gastos, em alguns anos esse ficou acima do percentual gasto com os CAPs (Tabela 5). Os gastos com medicamentos se dividem em gastos com **medicamentos essenciais**<sup>163</sup>, adquiridos pelos estados e registrado no DATASUS (Ziprasidona 40 e 80 mg, Risperidona 1 e 3 mg)<sup>164</sup> e medicamentos excepcionais adquiridos

---

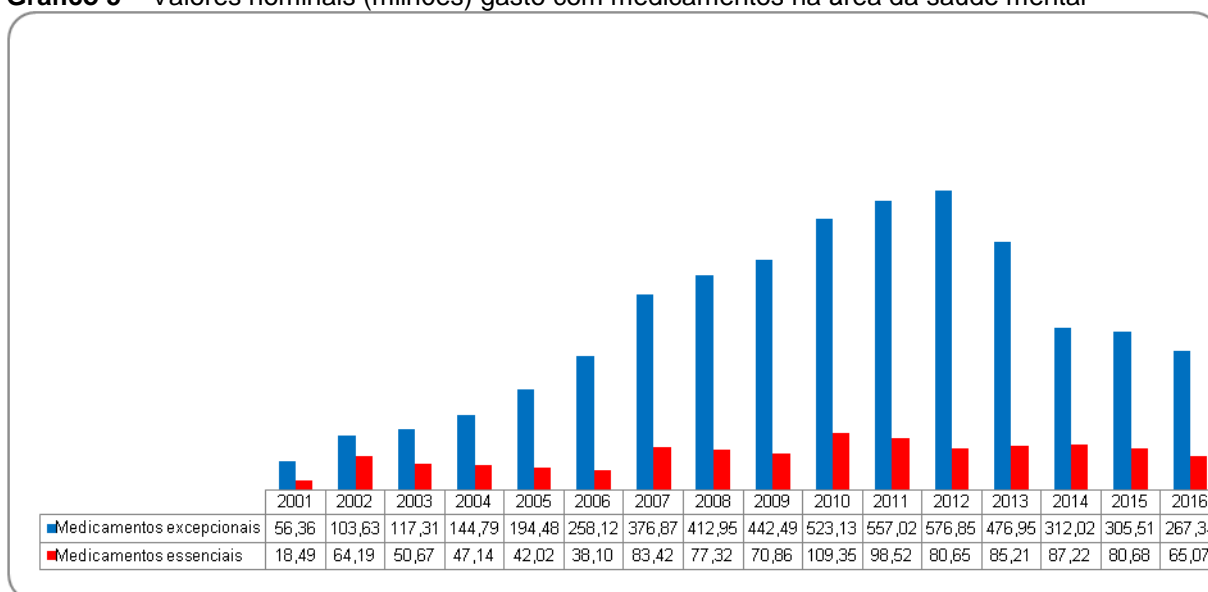
<sup>163</sup> A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais é elaborada pela OMS publica bianualmente desde 1977, considerando os critérios de prevalência da doença e a relação custo e benefício dos medicamentos. Atualmente com 350 medicamentos para o tratamento de condições prioritárias, a Lista da OMS pode ser usada pelos países como um guia para o desenvolvimento de sua própria lista de medicamentos essenciais. As políticas de medicamentos essenciais visam a promoção da disponibilidade, do acesso, da sustentabilidade, da qualidade e do uso racional de medicamentos. Entre as vantagens da adoção dessas listas está uma melhoria na qualidade da prescrição, o que proporciona melhores desfechos de saúde, menos erros de medicação e melhor aproveitamento dos recursos e menores custos, a partir da compra em escala maior e simplificação dos sistemas de abastecimento, distribuição e reembolso (Wannmacher, 2006).

<sup>164</sup> De acordo com a portaria GM/MS Nº 1.554/2013, que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), a aquisição do grupo 1B é de

pelo Ministério da Saúde (Closapina 25 e 100 mg, Olanzapina 5 e 10 mg, Quetiapina 25, 30, 100 e 200 mg)<sup>165</sup>. Os gastos com esses medicamentos, com exceção dos anos entre 2014 e 2016, representaram mais de 30% dos gastos com ações extra-hospitalares<sup>166</sup>. Como podemos observar no gráfico 5 a partir de 2014 houve redução nos gastos com medicamentos.

Uma análise minuciosa dos gastos com essa ação demonstrou que, em relação aos gastos com medicamentos excepcionais, esses decresceram a partir de 2013 e os gastos com medicamentos essenciais oscilaram a partir de 2012 (gráfico 4).

**Gráfico 5 – Valores nominais (milhões) gasto com medicamentos na área da saúde mental**



Fonte: DATASUS/MS, 2017

Em consulta realizada pelo *e-sic* quanto à redução dos gastos com medicamentos excepcionais, o Ministério da Saúde respondeu que a redução dos gastos deveu-se à redução dos preços unitários dos medicamentos adquiridos. Segundo

---

responsabilidade dos Estados e Distrito Federal, sendo financiado pelo MS a título de ressarcimento, com registro comprovado no sistema de informação DATASUS. A dispensação desses medicamentos é feita a partir de atendimento ambulatorial processados via Autorização de Procedimentos Ambulatorial de Alta Complexidade (APAAC). O processo é aberto junto às assistências farmacêuticas regionais que direcionam os medicamentos às unidades solicitantes (Farmácias Básicas Municipais), para dispensação nominal ao usuário solicitante.

<sup>165</sup> Os medicamentos excepcionais adquiridos pelo MS são encaminhados às Farmácias Regionais para atender processos abertos e encaminhados às regionais pelas Farmácias Básicas Municipais.

<sup>166</sup> Não consideramos aqui os gastos com medicamentos via judicialização, que não se encontram na relação de medicamentos. Tratamos aqui dos gastos com medicamentos que se encontram na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), regulamentados por portaria interministerial.

informações do Ministério da Saúde, o menor gasto não implicou na redução da quantidade de comprimidos adquiridos, mas um menor preço no processo de aquisição no ano de 2014 e 2015<sup>167</sup>.

Os gastos com medicamentos nos remetem as vários aspectos a problematizar: a) os gastos com medicação e a questão das patentes; b) a medicalização da vida; c) a ausência de dados sobre isso nas publicações Saúde Mental em Dados.

Começamos com a questão dos gastos com medicamentos que crescem mais que o orçamento do SUS em função de patentes<sup>168</sup>. A relação entre saúde pública, patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos é um tema que vem sendo discutido por vários autores que defendem a necessidade de garantir e preservar a política de acesso a medicamentos essenciais (POLÔNIO, 2006; MEINERS, 2008; BARRETO, 2011; CARVALHO, 2012). O argumento utilizado pelos patenteadores de que é necessário proteger a propriedade intelectual<sup>169</sup>, resulta no monopólio com práticas de preços exorbitantes aos seus produtos, tornando inexecutável a gestão do sistema de saúde. No caso dos remédios, a patente dá a uma empresa o controle sobre um medicamento, permitindo-a estipular um preço sobre ele e impedir a produção de genéricos. Exemplo disso são os casos dos medicamentos utilizados para tratamento de pessoas infectadas com o vírus HIV e Hepatite C. O gasto com medicamento patenteado para atender apenas um paciente com Hepatite C daria para atender pelo menos 09 pacientes, se permitido a produção de genéricos (MEINERS, 2008; BARRETO, 2011; CARVALHO, 2012).

As patentes sobre produtos e processos farmacêuticos ganharam terreno, tornando-se aplicáveis aos mais diversos contextos econômicos, tecnológicos e sociais, com maior peso a partir da década de 1994, com a assinatura do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual, que ficou conhecido como

---

<sup>167</sup> Informações dadas pelo sistema e-sic.

<sup>168</sup> Segundo o Instituto Nacional de propriedade Intelectual (INPI), patente se refere a um título de propriedade temporária sobre uma invenção ou modelo de utilidade, concedida pelo Estado aos inventores ou autores ou outras pessoas físicas ou jurídicas detentoras do direito sobre a criação.

<sup>169</sup> “A propriedade intelectual pode ser definida como um conjunto de direitos atribuídos à atividade criativa, aplicando-se a obras científicas, artísticas e literárias, invenções, marcas, desenhos industriais, programas de computador, entre outros produtos da mente humana” (MEINERS, 2008, p. 1.468)

“Acordo Trips”, assinado por todos os países integrantes da Organização Mundial do Comércio (OMC), estabelecendo os direitos de propriedade intelectual essenciais (POLÔNIO, 2006; MEINERS, 2008; BARRETO, 2011; CARVALHO, 2012). A partir daí, o regime da propriedade intelectual tem avançado no sentido de ampliar, cada vez mais, os direitos dos detentores de tecnologia demonstrando a força do complexo industrial farmacêutico. O enrijecimento desses direitos tem, direta ou indiretamente, comprometido o processo de implantação do Sistema Único de Saúde tal como proposto pelo Movimento pela Reforma Sanitária quanto pelo Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MEINERS, 2008; BARRETO, 2011; CARVALHO, 2012).

Frente ao crescimento 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 elaborasse proposta de defesa de quebra de patentes para a produção de genéricos e distribuição dos mesmos na rede pública de saúde.

Outra importante questão sobre o percentual gasto com medicamentos apontado por vários autores que discutem a saúde mental refere-se à hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional nos serviços assistências de saúde (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2011; TENÓRIO, 2002).

Em uma análise histórica, desde as primeiras décadas do século XX, Freud (1980 [1930]) destaca o papel auxiliar dos psicotrópicos, substância de uso comum nas culturas humanas, para o enfrentamento do sofrimento psíquico. Freud já denunciava, “estas substâncias na luta pela felicidade e afastamento da desgraça é tão apreciada que indivíduos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido” (FREUD, 1980 [1930], p. 86). Mas, no processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica o uso de psicofármacos<sup>170</sup> tornou-se, cada vez mais, a estratégia de enfrentamento de todo tipo de mal-estar da sociedade contemporânea em que profissionais e usuários, ao invés de compreender o drama humano, lançam mão dos medicamentos para diminuir o sofrimento que é inerente à condição humana (FREITAS; AMARANTE, 2015).

---

<sup>170</sup> A primeira sinterização de um psicofármacos utilizado em tratamentos psiquiátrico data de 1952 (AGUIAR, 2004).

Assim, diversos autores alertam sobre a medicalização<sup>171</sup> da vida na sociedade contemporânea. Frente a qualquer sinal de sofrimento psíquico, o sujeito é transformado em objeto de práticas médicas limitadas a sumárias rotulações diagnósticas, em geral acompanhadas por prescrição de algum tipo de psicofármaco, fenômeno que muitos autores relacionam a interesses corporativos que envolvem a medicina e a indústria farmacêutica (AMARANTE; CARVALHO, 2000; COSTA ROSA, 2011; CAPONI, 2012).

Essa tendência tende a aumentar com o novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)<sup>172</sup> publicado em 2012. O manual, que orienta o diagnóstico e a prescrição da psiquiatria moderna, estabelece e amplia as possibilidades diagnósticas, podendo aumentar expressivamente o enquadramento psiquiátrico e as prescrições medicamentosas. A ampla relação de sintomas descritas no manual, bem como a forma diagnóstica proposta por ele, permitem que acontecimentos cotidianos – sofrimentos que fazem parte da vida ou formas de comportamentos – sejam registradas como sintomas próprios de transtornos mentais passíveis à medicalização (GUARIDO, 2007). Dessa forma, a produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se diretamente associada à produção da indústria farmacêutica que garante alívio dos sofrimentos existenciais (FREITAS; AMARANTE, 2015). Existe uma tendência da psiquiatria em generalizar a prescrição de psicofármacos a todos que demandam suas consultas. Literaturas especializadas apontam como tendência preocupante nas ações das instituições em saúde mental a banalização da prescrição de psicofármacos (BARRIO et al, 2008; COSTA ROSA, 2011; RABELLO, 2011).

Amarante (2007) alerta sobre práticas psiquiátricas que tornam qualquer sinal de sofrimento psíquico suscetível a objeto de práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e interações psiquiátricas. Nesse processo, a ampliação dos discursos e das

---

<sup>171</sup> Entende-se por medicalização “um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e transtornos” (CONRAD, 1992, p.209).

<sup>172</sup> Esse manual é referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico americano. A primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi produzida nos Estados Unidos em 1952 (AGUIAR, 2004).

práticas médico-psiquiátricas, 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, pois com a medicalização o sujeito perde sua autonomia, sendo essa um forte critério normativo para se avaliar a vida (AMARANTE, 2007; FREITAS; AMARANTE, 2015)<sup>173</sup>.

Mas há ainda outra dimensão: a invisibilidade desse gasto nos relatórios Saúde Mental em Dados sobre os gastos em saúde mental<sup>174</sup>. Ao invisibilizar os gastos com medicamentos da saúde mental, o Ministério da Saúde deixa de lançar luz sobre a especulação da indústria farmacêutica e a hegemonia das práticas medicalocêntricas, o que mina a possibilidade de superação da lógica antimanicomial.

Por todas as razões acima listadas, é preciso criticar e questionar o percentual gasto com medicação e a que finalidades esse gasto cumpre no interior dos gastos extra-hospitalares. Isso porque também no interior dos gastos hospitalares há um valor computado para gasto com medicação utilizados em procedimentos realizados no âmbito hospitalar. Dizendo de outra forma, a indústria farmacêutica ganha nos 2 blocos de gastos.

Em relação aos gastos com CAPS foram incluídos gastos de custeio e de investimento. Observamos que a partir da portaria de regulamentação do CAPS (Portaria 336/2002), ocorreu a expansão gradual no número desses dispositivos, impulsionada pela garantia de financiamento dessas estruturas (424 em 2002 para 2.772 CAPS em 2016). Em 2001, o percentual destinado aos CAPS do

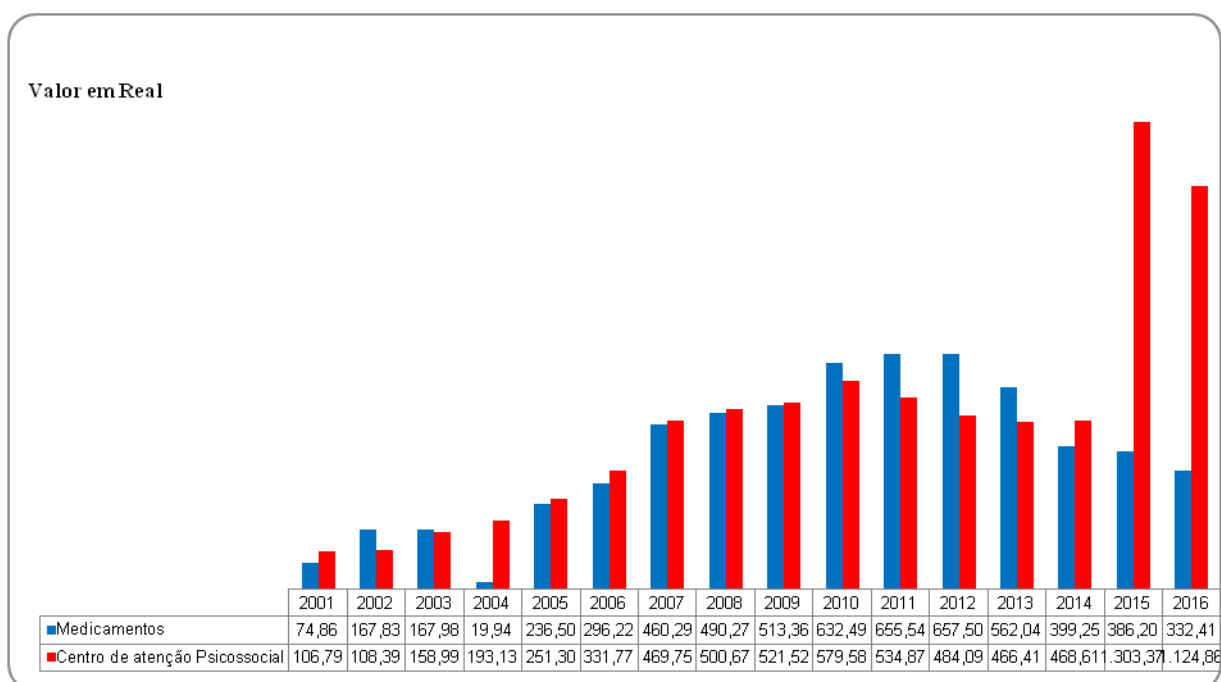
---

<sup>173</sup> A posição de Amarante em relação ao uso de medicamentos não é consensual dentro do movimento pela Reforma Psiquiátrica, dado a compreensão de que a crítica radical a medicalização pode perder de vista o direito ao acesso à medicação, especialmente em período de cortes neoliberais.

<sup>174</sup> Chegamos aos gastos com medicamentos em consulta pelo e-sic: a pergunta era quais medicamentos são computados como gasto em saúde mental para efeito de repasse do Ministério da Saúde e onde identificamos esses gastos. Assim, a coordenação de saúde mental descreveu a relação de medicamentos custeados pela esfera federal, nos informando que o dado tem registro no DATASUS/TABNET.

montante gasto com ações extra-hospitalares foi de 44%. Nos anos que se seguiram, o percentual se manteve entre 27% e 31% até 2013, com oscilação para mais e para menos em relação aos gastos com medicamentos. Entretanto, a partir de 2014 o gasto com CAPS superou o gasto com medicamentos alcançando em 2015 o percentual de 65%. Em 2016 houve redução no percentual de gasto (57%) (gráfico 6).

**Gráfico 6-** Relação gastos CAPS X medicamentos



Fonte: DATASUS/MS, 2017

Na relação gasto CAPS X medicamentos, é mister destacarmos algumas questões:

- a) **São gastos com características diferentes:** O montante exigido para abertura de um CAPS e para sua manutenção é diferente do cálculo sobre consumo de medicamentos. Nesse sentido, qual seria a necessidade de gasto com CAPS, considerando que a existência da estrutura física não garante o funcionamento do serviço? Essa indagação se faz presente nos discursos de gestores da saúde<sup>175</sup> - os recursos repassados para construção e custeio de CAPS são insuficientes para sua manutenção.

<sup>175</sup> Nos espaços dos Colegiados de gestores apresenta-se o questionamento de que os recursos repassados para construção e custeio de CAPS são insuficientes para sua manutenção, levando gestores municipais a não se disporem a assumir a responsabilidade desses serviços no pacto de

- b) **O gasto com medicamento esconde uma questão central: quantos sujeitos demandam medicações e qual medicação necessitam?** Essa questão é mais difícil de ser equacionada na medida em que se difunde a ideia de que medicamentos inovadores prolongam e melhoram a qualidade de vida do sujeito e que solucionam problemas que não conseguimos dar conta no cotidiano. Essa é uma questão que essa tese não conseguirá responder.

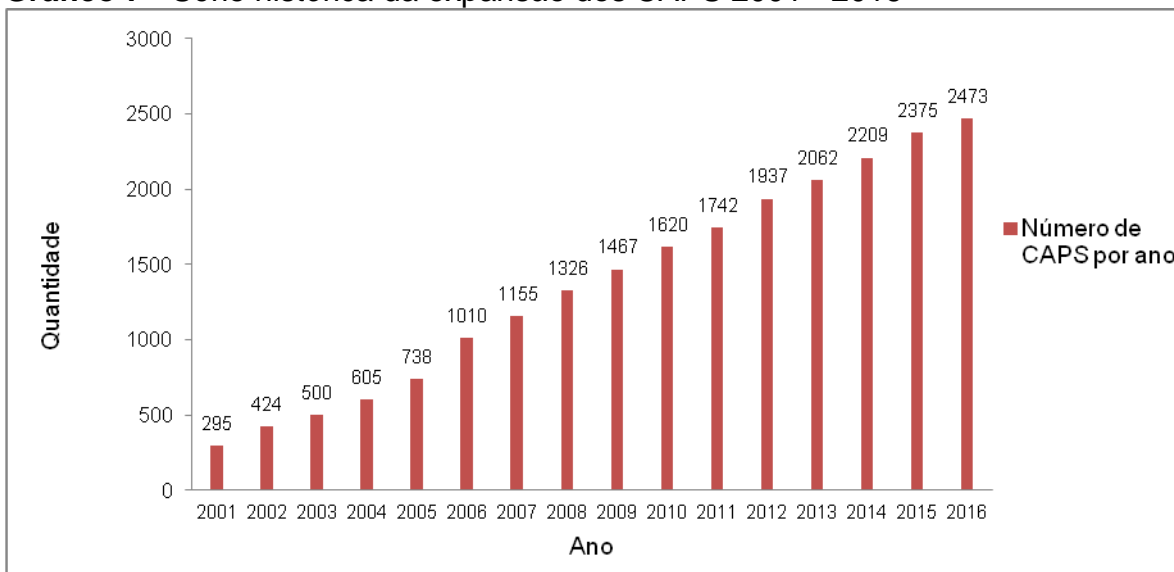
No caso específico dos CAPS, é mister destacar que esses dispositivos são considerados prioritários pela política - tido como central na RAPS - o que resultou na edição de novas portarias, a partir de 2011. A Portaria GM nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011, que estabelecem novos valores de financiamento para os CAPS, Portaria GM nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011, que repassa novos recursos aos CAPS já existentes e, por força do Programa Crack é Possível Vencer, que ganhou centralidade na política de saúde mental, principalmente a partir de 2012, com prioridade de construção de CAPS AD III, que começaram a ser constituídos a partir de 2011. Entretanto, o aumento do gasto em CAPS só ocorreu a partir de 2015, lembrando que não ocorreu aumento de repasse para a saúde mental, apenas um reordenamento de recurso.

No relatório Saúde Mental em Dados 12 destaca-se o lugar estratégico dos CAPS na política de saúde mental com aumento de recursos federais aplicados ao custeio dos CAPS.

---

gestão. Ou seja, os valores alocados à expansão dos CAPS não atendem a demanda de gestores municipais cada vez gerindo serviços que não cabem no orçamento do município.

**Gráfico 7 - Série histórica da expansão dos CAPS 2001 - 2016**



**Fonte:** Relatório Saúde Mental em dados 12 e e-SIC, 2017

Há ainda outra dimensão nesses gastos. Em consulta realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde encontramos 2.772 CAPS/SUS cadastrados em 2016, mas somente 2.473 encontram-se habilitados (299 CAPS sem habilitação). É importante destacar que para efeitos de repasse de recursos, o Ministério da Saúde considera os estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, mas o fato de encontrar-se cadastrado não significa que se encontram habilitados para repasse, conforme portarias existentes. Isso significa que os municípios podem garantir a atenção numa complexidade maior sem que tenham a garantia de ressarcimento pelo Ministério da Saúde<sup>176</sup>. Ou seja, há um conjunto de CAPS que não recebem recursos do Ministério da Saúde para seu funcionamento<sup>177</sup>.

Dentre as propostas da IV Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM), encontravam-se: aumentar o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para

<sup>176</sup> Na condição de gestora obtive a informação de que vários municípios do Espírito Santo constituíram serviços de CAPS, seja por implantação ou adaptação de serviço, como é o caso do município de Vitória que adaptou um CAPS I para modalidade III, mas, não conseguiram qualificar o serviço junto ao Ministério da Saúde, que alega não ter recurso para qualificação de novos serviços.

<sup>177</sup> Resultado da estratégia para contenção de gasto por parte do Ministério da Saúde na gestão dos ministros da saúde Marcelo Castro e Ricardo Barros, por ordem de redução de gasto do governo o que leva ao aumento de judicialização na saúde na esfera estadual e municipal.

implantação e manutenção dos CAPS; garantir que o Ministério da Saúde defina e regulamente, por meio de Portaria específica, uma nova forma de custeio dos CAPS, que não se limite ao pagamento de procedimentos por meio de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC); utilizar recursos do SUS e SUAS (Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social)<sup>178</sup> para implantar CAPSad III, além de CAPSad e CAPS i, articulados a outros dispositivos sociais, culturais e comunitários (BRASIL, 2010). Nessa direção, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 132 em janeiro de 2012, que instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desafio quando consideramos a constituição desse dispositivo assistencial é a expansão dos CAPS mais específicos como os CAPSi, CAPS III, CAPSad e CAPSad III, com garantia de financiamento que vise a qualidade da atenção e intervenção no território e ações intersetoriais. O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde registrou em 2016 a existência de 225 CAPS com garantia de leitos de internação (CAPS III e AD III), totalizando 1.756 leitos de repouso em Centro de Atenção Psicossocial distribuídos nas cinco regiões do país (Norte- 96 leitos; Nordeste- 492; Sudeste- 809; Sul- 253 e Centro Oeste- 106). Ou seja, os CAPS com garantia de leitos de acolhimento representam menos de 10% do total de CAPS existentes no país. Tal número se justifica porque os CAPS III começaram a ser implantado a partir de 2002 (38 CAPS III) e sua expansão ocorreu timidamente. Quanto ao CAPSad III, sua implantação teve início em 2012 com o fortalecimento do Programa Crack é Possível Vencer. Os recursos de custeio para os CAPSad III são superiores ao custeio do CAPS III (R\$ 78.800,00 para CAPSad III e R\$ 63.144,38 para CAPS III). Considerando que, tanto os CAPSad III quanto os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, a implantação de CAPS dessas modalidades exige maior gasto, o que limita a evolução do processo de implantação desses serviços de

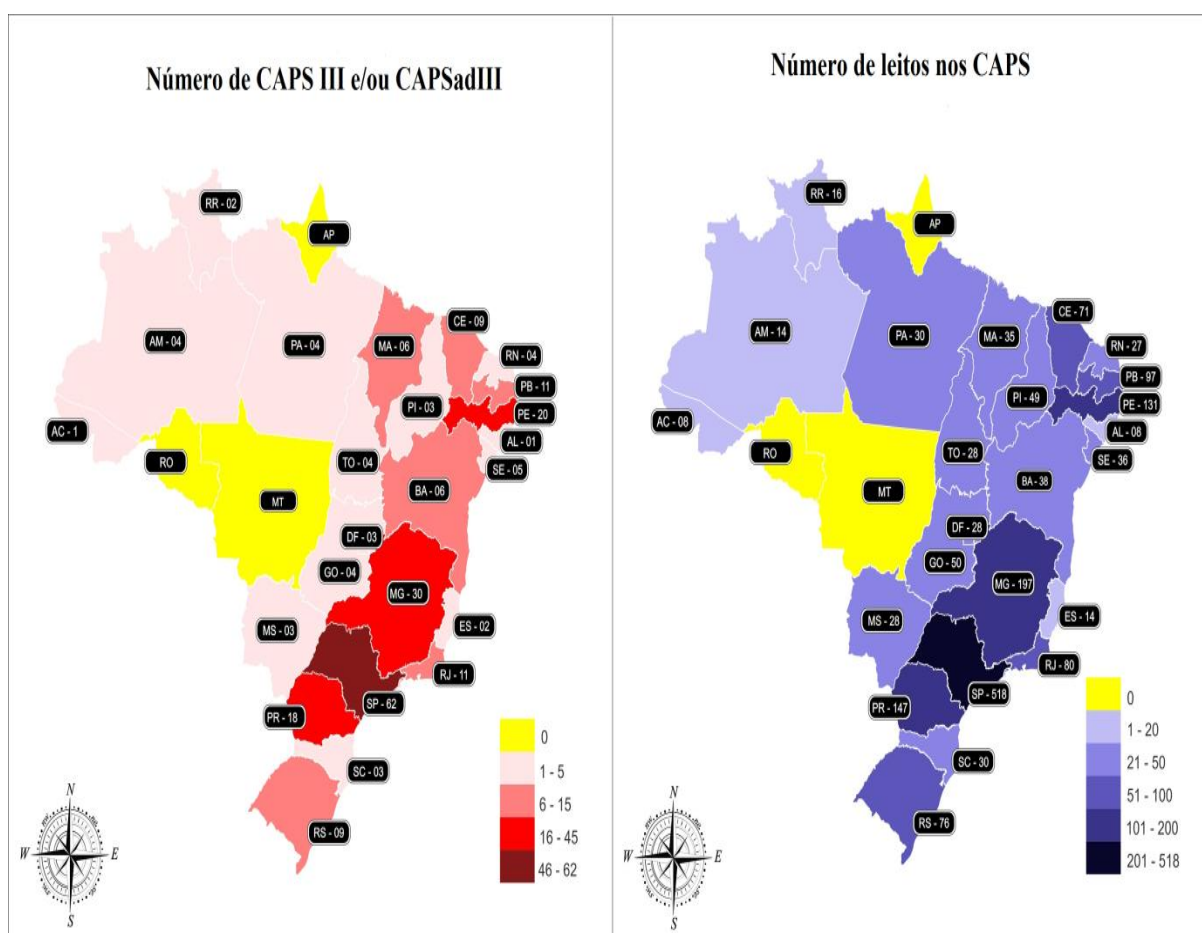
---

<sup>178</sup> Não vamos aqui problematizar a proposta de uso de recursos do SUAS para implantação de CAPS.

forma mais tímida. Principalmente se considerarmos a redução percentual de recursos para a Saúde Mental.

No mapa abaixo identificamos o número de CAPS III e CAPSad III distribuídos por região do país, evidenciando a insuficiência e desproporcionalidade desses CAPS, pois, considerando o parâmetro de cobertura assistencial definido pelo Ministério da Saúde de (1 CAPS III ou CAPSad III por 150 mil habitantes), o Brasil deveria dispor de 1.333 mil CAPS dessas modalidades (a cobertura seria de 16,9% apenas). O déficit de CAPS III ou CAPSad III é de 1108 serviços. Há muito a se fazer.

**Figura 01-** Número de CAPS III e/ou CAPS AD III distribuídos nas regiões do país



**Fonte:** Elaboração própria, 2017

A região sul possui maior cobertura assistencial de CAPS dessa modalidade<sup>179</sup> com 48% de cobertura. A região sudeste concentra o maior número CAPS com

<sup>179</sup> 1 CAPS III ou CAPSad III por 150 mil habitante.

leitos de internação (111 CAPS com 809 leitos), mas o percentual de cobertura é 19%. A região nordeste com 65 CAPS possui percentual de cobertura de 17%. A região norte e centro-oeste possui cobertura de 9%. Se relacionarmos cobertura CAPS por região sem distinguir as modalidades de serviços chegamos a outro dado: o da cobertura assistencial acima de 70% e em algumas regiões acima de 100% considerando parâmetro do Ministério da Saúde de 1 CAPS por 100 mil habitantes. Entretanto, quando desvelamos os dados além de vazios assistenciais, identificamos baixa ou insuficiente cobertura dos dispositivos assistenciais.

Mas ainda temos outro aspecto questionar. O Ministério da Saúde avalia cobertura nacional em saúde mental considerando o parâmetro 1 CAPS por 100 mil habitante, o que evidencia a centralidade desse dispositivo na política de saúde mental. Aqui trazemos o seguinte questionamento: o CAPS não é o único dispositivo assistencial na rede, logo, não pode ser utilizado como único parâmetro para se avaliar a cobertura assistencial. A utilização desse parâmetro nos leva a falsa informação de que dispomos de 100% de cobertura assistencial na saúde mental se considerarmos que em 2016 temos 2.473 CAPS habilitados e 299 sem habilitação.

Concordamos com Amarante (2015), quando esse questiona a centralidade dos CAPS e a não valorização de experiências importante na direção do processo de desinstitucionalização.

Os CAPS em especial tornaram-se referência de serviços no campo da saúde mental, com centralidade na política assistencial, apesar de existirem outros tipos de dispositivos alternativos à internação psiquiátrica, como pensões protegidas, hospital dia, Centros de Convivência, Serviços Residenciais terapêuticos, entre outras possibilidades de experiência. Assim, cabe um questionamento: O CAPS tem sido uma proposição de mudança paradigmática ou apenas mais uma proposta de modelo assistencial? A construção desses “novos serviços”<sup>180</sup> tem se

---

<sup>180</sup> Novos serviços entre aspas limitam-se a novos lugares onde ocorrerá o tratamento sem que se questione a origem do cuidado para com a loucura (AMARANTE, 2003).

sustentado no paradigma da desinstitucionalização<sup>181</sup> pensado pelo movimento da reforma psiquiátrica?

Compreendemos que a ênfase no financiamento da política com prioridade para uma modalidade de serviço, sem considerar e/ou priorizar outras estratégias, pode minar as potencialidades criativas e transformadoras de sujeitos da política que se obrigam a submeter-se às normas e portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Dito de outro modo, a prioridade de investimento em CAPS sem a garantia de investimento para outras possibilidades de invenção, pode negar a dimensão técnico-assistencial<sup>182</sup> proposta por Amarante (1999), que se refere à possibilidade de construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade, substitutivos ao modelo tradicional.

Com isso, ocorre redução de espaços para experiências que não sigam aos parâmetros estabelecidos nas portarias, ainda que essas experiências tenham como inspiração os CAPS/NASFs, que se instituíram como primeiras experiências e motivaram as regulações. Assim como a Portaria 224/92, que regulamentou o financiamento de procedimentos realizados nos CAPS/NASF e incentivou a criação de diversas unidades assistenciais em todo o país, a Portaria 336/02 tem contribuído para a ampliação do número de CAPSs, atualmente em várias modalidades (LUZIO; YASSUI, 2010).

Mas a ampliação do número de CAPS por si só não garante mudança se o mesmo não for estruturado como um dispositivo no contexto da mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, e que, como tal:

[...] deve articular as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica em saúde, na Estratégia Saúde da Família, na rede de ambulatórios e nos hospitais, bem como as atividades de suporte social, como trabalho protegido, lazer, residências terapêuticas e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos (LUZIO; YASSUI, 2010, p. 23).

---

<sup>181</sup> A desinstitucionalização que trazemos se sustenta no paradigma de desinstitucionalização construído pelos italianos que vai além do local onde ocorrerá o tratamento.

<sup>182</sup> O autor apresenta quatro dimensões para implementação da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo que envolve atores sociais concretos, a saber: dimensão técnico-conceitual, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico político e dimensão sociocultural (AMARANTE, 1995).

Para que o CAPS seja visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial que inclui, necessariamente, a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, faz-se necessário ativar os dispositivos assistenciais existentes na comunidade, além de garantir financiamento para constituição de outros dispositivos assistenciais, que possibilitem a composição de múltiplas estratégias de cuidado seguindo a lógica de rede assistencial em saúde mental. Mas, estes são princípios que sofrem reflexos no tempo presente caracterizado por uma conjuntura política-econômica plenamente contraditória. O que se assiste é a destinação gradativa de recursos públicos para salvar o capital privado e renovar a agenda da acumulação em detrimento da necessidade da classe trabalhadora que se encontram dentro e fora do mercado de trabalho e assistem ao agravamento das suas condições de reprodução material (PAIVA et al, 2010).

Do ponto de vista do processo de implantação dos CAPSs enquanto serviço assistencial estratégico na política de saúde mental, sem dúvida houve avanço. Por outro lado, o avanço não pode restringir-se ao âmbito das ações e dos mecanismos administrativos ou regulatórios, pois é necessária a transformação do modelo assistencial.

Desse modo, afirmamos que a reforma psiquiátrica no plano assistencial requer pensar não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção que coloque o sujeito no centro. Requer novos dispositivos que se diferenciem dos ambientes hospitalares e dos espaços ambulatoriais tradicionais. Amarante (2000) chama a atenção de que os “novos serviços” não busquem construir uma modernização ou humanização do modelo anterior, mas que supere a estrutura manicomial. Novo implica em mudança de direção. O autor alerta que sob a denominação antimanicomial são realizadas práticas conservadoras que não contribuem para superação do modelo tradicional. A reflexão dos novos serviços só pode ser realizada de forma consistente quando questionados os princípios que norteiam a relação com a loucura. É importante que o Ministério da Saúde, ao normalizar as ações e serviços e definir o financiamento, enriqueça o significado dessas ações e serviços e invista na formação dos profissionais nas questões conceituais e

práticas que envolvem os novos serviços, evitando que os mesmos sejam meras atualizações de velhas práticas (AMARANTE, 2000). Como Amarante, afirmamos que o termo “novo” não garante que os serviços criados sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção no trato com a loucura ou que substituam a lógica manicomial. Assim, cabe a constatação de que a alocação de recursos para constituição de “novos serviços” de caráter substituto à internação cumpre a função de redirecionamento do gasto com sistema hospitalar para a criação de novos serviços que assumam a demanda das pessoas em sofrimento psíquico. O que temos que rechaçar é a formação de uma rede paralela medicalizante e possivelmente cronicante. Ou seja, o gasto versus o alcance dessas ações requer outras problematizações que se relacionam à quebra de paradigma e construções de novo modo de cuidar, sustentados no conceito de desinstitucionalização.

Em relação às ações ambulatoriais, o percentual gasto oscilou entre 25% e 30%, no período de 2001 a 2014, com redução significativa em 2015 (12%) e 2016 (11,57%). 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 nas múltiplas deficiências, atendimento/acompanhamento em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor, atendimento em psicoterapia, terapia individual e oficinas terapêuticas (atendimentos realizados nos ambulatórios de saúde por profissionais especializados). 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.

A redução dos gastos com as ações ambulatoriais, com maior peso em 2015 e 2016 se deve ao fato do Ministério da Saúde, por meio da portaria Nº 854/2012, ter alterado a tabela de procedimentos, a partir da competência de outubro de 2012, provocando alteração do valor pago ao longo dos quatro últimos anos em

função do número reduzido de procedimentos que se manteve na tabela<sup>183</sup>. A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde na definição das tabelas de procedimentos e custeio dos mesmos explicita a intencionalidade de não aumentar recursos destinados ao SUS e, conseqüentemente à saúde mental, mas apenas, redirecionar recurso de uma ação para outra ação sem mudança estrutural na lógica do financiamento. Exemplo disso é o aumento de recursos destinado aos CAPS e diminuição de recursos para as ações ambulatoriais. Nessa lógica, municípios que não têm CAPS reduzem sua capacidade de ressarcimento com procedimentos realizados nos serviços ambulatoriais. Dito de outro modo, o município teria sua capacidade de captação de recurso da média complexidade reduzida<sup>184</sup>.

Quanto às ações de reinserção social foram categorizadas incluindo os incentivos a Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta Para Casa e Incentivo de Inclusão Social. Entre 2003 e 2006 o percentual gasto com essas ações se manteve em 4% do montante gasto com ações extra-hospitalares. A partir de 2007 o percentual gasto com as ações de reinserção social decresceu chegando, em 2013, a 2% do montante gasto com as ações extra-hospitalares. As portarias que regulamentam estes programas não garantiram expansão desses serviços de forma satisfatória para caracterizar avanço no processo de desinstitucionalização.

O Programa de Incentivo aos Serviços Residenciais Terapêuticos regulamentados 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 ao processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas nessas estruturas hospitalares. Em consulta realizada pelo E-SIC

---

<sup>183</sup> Permanecem apenas 04 procedimentos, a saber: acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação, acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação, atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências, atendimento/acompanhamento em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor.

<sup>184</sup> Os recursos da média complexidade (MAC) são repassados pelo Ministério da Saúde para os municípios com base na série histórica produzida a partir dos registros no DATASUS dos procedimentos realizados pelos municípios. Ao ser retirado da tabela, procedimentos realizados pelos profissionais nas unidades ambulatoriais de média/baixa complexidade, o município a despeito de realiza-los, fica impossibilitado de fazer o registro no sistema e futuramente receber pelo procedimento.

(2016), o Ministério da Saúde informou que não tem registro do número de usuários de longa permanência que ainda se encontram em hospitais psiquiátricos. Para nós isso representa uma grave falha do sistema considerando que há no Brasil uma população institucionalizada e esquecida. Esta é uma informação fundamental para impulsionar e fomentar ações que venham potencializar as estratégias de desinstitucionalização. Ou seja, saber quantos são e onde estão é central para retirá-los dessa condição.

A dificuldade para a desinstitucionalização centra-se na população cronificada dos Hospitais Psiquiátricos, considerando fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades que demandam SRTs adaptados e adequados a essa população com maior número de cuidadores. Tais fatores elevam os custos para abertura e manutenção de serviços representando entrave ao processo de desinstitucionalização desses usuários. Vale ressaltar que o processo de desinstitucionalização é complexo e enfrenta vários entraves, tais como problemas de documentação dos pacientes; crescimento das residências terapêuticas em ritmo insuficiente; dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Ou seja, são muitos os entraves ao processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2012b).

Mas a desinstitucionalização deve superar esses obstáculos e seguir adiante na garantia de serviços substitutos que assegurem os direitos dos sujeitos que demandam serviços de saúde mental.

Em 2016 registrou-se 625 Serviços Residenciais Terapêuticos assim distribuídos - 22 na região Centro Oeste, 125 na região Nordeste, 05 na região Norte, 435 na região Sudeste e 38 na região sul. Dos 625 SRT cadastrados no CNS, apenas 483 encontram-se habilitados para receberem o incentivo de custeio garantido pela portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Assim, tal como evidenciado anteriormente com os CAPS, nem todos os Serviços Residenciais Terapêuticos cadastrados estão habilitados. O percentual de habilitados é de 77%.

É importante destacar que inicialmente o mecanismo de financiamento existente, do Ministério da Saúde, assegurava apenas dois tipos de repasse financeiro para os SRTs:

1) repassa fundo a fundo de incentivo no valor de 10 mil reais por cada módulo implantado com oito moradores. Esse 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) 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 automáticas, pois dependem 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.

Outro grande problema desse mecanismo de financiamento é que municípios e/ou regiões que não possuam 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, 2011d). 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.

A portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - alterou a portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 – e garantiu 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. A modalidade tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores e a tipo II é destinadas às pessoas com transtorno mental e com comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos,

devendo acolher no máximo dez moradores. A modalidade tipo II deve contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem.

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, 2011d). Como já afirmado, a implantação e expansão das estratégias desinstitucionalizantes tem sido um dos principais desafios ao processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Em 2012, quando se iniciou o processo de habilitação registrou-se 91 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados. Em 2014 registrou-se 289 SRTs habilitados. Entre 2015 e 2016 foram habilitados 184 SRTs, totalizando **483 SRTs habilitados** até dezembro de 2016<sup>185</sup>. Assim, dos 625 SRTs cadastrados, 77,3% têm a garantia de repasse de incentivo de custeio por parte do Ministério da Saúde.

Dos 142 SRTs sem recebimento do incentivo, 12 (8,5%) estão no Espírito Santo – dos 13 Serviços Residenciais Terapêuticos existentes, apenas 01 (localizado no município de Vitória) encontra-se habilitado com garantia de repasse de custeio por parte do Ministério da Saúde. A justificativa para não habilitação dos demais serviços no estado é o fato de que esses serviços se encontram na gestão estadual, que no processo de desinstitucionalização dos usuários que se encontravam institucionalizados no hospital psiquiátrico estadual e na Clínica Santa Isabel em Cachoeiro do Itapemirim assumiu as implantações dos SRTs. A secretaria estadual de saúde informou que os municípios onde os leitos psiquiátricos encontravam-se disponíveis se negaram a assumir os SRTs justificando que a maior parte dos internos não era desses municípios. Assim, coube ao estado implantar e gerir esses serviços sem a garantia de repasse do Ministério da Saúde que, pela portaria, deve fazê-lo aos municípios que se credenciarem. Ou seja, após longos anos institucionalizados, esses sujeitos

---

<sup>185</sup> Infelizmente não é possível computar o déficit de SRTs, pois para isso seria necessário obtermos número de internos de longa permanência, dado que o MS não dispõe.

inserdos nesses SRTs encontram lugar na comunidade, mas não nas rubricas dos entes federados.

Outro importante programa desinstitucionalizante é o Programa de Volta Para Casa, regulamentado pela lei nº10.708, de 31 de julho de 2003, 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. Além do valor inicial do incentivo ser baixo o mesmo não foi reajustado considerando as perdas da inflação o que não reafirma a importância do programa.

Boa parte das pessoas cadastradas no PVC encontra-se nos municípios com hospitais psiquiátricos em processo de fechamento e nos SRTs. Em 2015 registrou-se 4.394 beneficiários cadastrados no Programa, entretanto o cadastro de pessoas é lento e não responde à 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. O programa tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo ao convívio social de forma a assegurar o exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2012b). O auxílio-reabilitação psicossocial pode ser acumulado com o benefício de prestação continuada, concedido pela Assistência Social, ou com benefícios previdenciários, por serem estes benefícios de naturezas distintas e por ser o auxílio-reabilitação psicossocial um benefício de caráter indenizatório e temporário<sup>186</sup>.

---

<sup>186</sup> A Consultoria Jurídica do Ministério da Previdência Social, por meio do PARECER/MPS/CJ nº 3271/2004 manifestou o entendimento de que não há obstáculo legal para o recebimento cumulativo da LOAS e da bolsa do Programa "De Volta para Casa", dadas as características indenizatórias, de provisoriedade e de assistência à saúde desse Programa, cuja continuidade é assegurada pelo orçamento do próprio Ministério da Saúde, não havendo, assim, a necessidade de ser computado para os fins de cálculo da renda familiar *per capita* do supracitado benefício de prestação continuada.

Quanto às ações incentivo para construção de novos pontos de atenção da RAPS/Crack é Possível Vencer (investimento em CAPS ad III e UA) e Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas na Atenção Básica (Consultório na Rua), esses são partes constitutivas do Programa de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, com registro de gastos a partir de 2010 com percentual de 1% para construção de novos pontos de atenção da RAPS/Crack é Possível Vencer, chegando em 2014 a 6%, com queda em 2015 para 1% do montante gasto com ações extra-hospitalares. Em 2015, além dos 69 CAPSad III habilitados, registraram-se 28 UA Adultos e 19 UA Infante juvenil habilitadas.

Vale lembrar que 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 (BRASIL, 2010). 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 lançou 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 CAPSad III, e em 2012 o Ministério da Saúde lança uma relação de portarias que regulamentam os serviços voltados para ações de saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas, como vimos no capítulo anterior.

A definição dessas ações resultou do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, lançado pelo Governo Lula no final de seu segundo mandato, a partir do decreto **nº 7.179, de 20 de maio de 2010**<sup>187</sup>. Como já afirmado, o governo Dilma Rousseff não operou mudança na direção da política de combate ao consumo do crack e outras drogas, seguindo a mesma diretriz norteadora, mantendo a questão do tráfico e o consumo de crack como central em seu governo (RODRIGUES, 2012).

As estratégias de combate ao crack e outras drogas aumentou a força das Comunidades Terapêuticas (CTS), que têm se colocado no cenário atual

---

<sup>187</sup> Vale apontar que no ano de 2010 também foram propostas as Portarias nº 2.843 e nº 2.841 para a criação dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF 3) e CAPS ad III.

disputando o fundo público. O posicionamento da mídia, somado à pressão dos parlamentares ligados às Frentes Parlamentares "Anticrack", colocou as comunidades terapêuticas na pauta do gabinete da presidente Dilma, pressionando o direcionamento do fundo público para estas instituições. Assim, foi aberto espaço para o financiamento de ações desenvolvidas pelas chamadas comunidades terapêuticas e de clínicas particulares de tratamento <sup>188</sup> (DENADAI, 2015).

Como destacado anteriormente, em 2012 foram publicados 03 editais do Ministério da Saúde específicos para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. (Edital nº 8, nº 9 e nº 11/2012)<sup>189</sup>. No edital Nº8, de 12 de abril de 2012, foram recebidos 42 projetos e 05 deles aprovados. A baixa aprovação resultou do fato dos projetos não atenderem aos requisitos exigidos no edital, como: alvará de funcionamento; Comprovante do exercício, pelo prazo mínimo de três anos anteriores à data limite de celebração do instrumento convenial, além de inconsistências do próprio projeto. Em relação ao edital Nº9, de 17 de julho de 2012 foram recebidos 84 projetos e 06 foram aprovados pelos mesmos motivos já apontados. E no edital Nº11, de 25 de setembro de 2012", foram recebidos 03 projetos, mas as entidades selecionadas enviaram documentação incompleta, e nenhum projeto foi selecionado<sup>190</sup>.

Esse gasto foi computado na ação Incentivo para Custeio de Unidade de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos em Hospitais Gerais (Tabela 6). O recurso é repassado dentro da ação orçamentária 20B0<sup>191</sup>, que teve

---

<sup>188</sup> Em 2015 o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD/MJ) aprovou a Resolução CONAD nº 01/2015 que regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas (BRASIL, 2015), inserindo essas instituições na disputa pelo fundo público.

<sup>189</sup> Não temos a informação de quantas vagas foram disponibilizadas com a adesão pelo edital.

<sup>190</sup> Apesar de termos registros da aprovação desses projetos não identificamos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados às CTs. Segundo informação da Coordenação Nacional de saúde Mental até 2016 não houve repasse de recursos da esfera federal, por meio do Fundo Nacional de saúde, para esses serviços.

<sup>191</sup> Essa ação também contempla pagamentos de incentivos para implantação de pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial como: Unidade de Acolhimento, Centro de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico. Em 2012 foram garantidos 56 incentivos para UA, 293 incentivos para CAPS e 91 incentivos para SRTs. A baixa adesão dos municípios aos editais foi uma das razões para a execução orçamentária abaixo do que era esperado. Essa ação

uma dotação inicial de R\$ 120.562.854, mas as despesas empenhadas foram de R\$ 63.926.744, representando 53,2% do total disponibilizado.

O financiamento das Comunidades Terapêuticas ignora a posição de vários grupos que se colocam contrários ao tratamento oferecido nessas instituições, por compreenderem que se baseia em uma lógica que insiste atrelar “tratamento” à noção de castigos ou penas com base em um ideal normativo que não admite a transgressão como parte da existência humana (BRITES, 2006). Essa forma de tratar viola os direitos dos usuários de decidirem sobre suas próprias escolhas.

Ignora também o relatório do Conselho Federal de Psicologia elaborado em 2011, após realizar em Comunidades Terapêuticas, a 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, para avaliar os locais de internação para usuários de drogas. O resultado desse trabalho foi um relatório que revelou as condições do cotidiano dos usuários nessas instituições. Registraram-se no relatório situações de violações de direitos humanos em 100% das comunidades terapêuticas fiscalizadas, que foram desde interceptação e violação de correspondências à violência física, castigos, torturas (CFP, 2011).

Também o Conselho Federal de Serviço Social se pronunciou em nota contra a regulamentação das Comunidades Terapêuticas, defendendo que o tratamento de pessoas por uso abusivo de drogas ou por dependência, seja realizado, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios na rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001. O CFESS se pronuncia contra a imposição de credo religioso como prática evidenciada nas comunidades terapêuticas, compreendendo como uma violação dos direitos das pessoas que são atendidas nessas estruturas, afirmando que o

---

também contempla projetos formativos que contribuam para a Reinserção Social de Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado (CFESS, 2014).

De forma geral, o enfrentamento às drogas no país é desconectado de uma análise política e histórica, e, mais do que isso, privilegia interesses de grupos, que inscrevem suas demandas no parlamento, pressionando o Executivo Federal para o financiamento das ações de seus interesses (RODRIGUES, 2012). Para essa análise é preciso considerar o direcionamento dado pelo Executivo Federal à política de saúde mental, a partir de 2010 com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Até 2010 não havia ação orçamentária definida para o enfrentamento às drogas na política de Saúde Mental. Entretanto, com o aumento do consumo de crack, a partir de 2008 e, a visibilidade dada pela mídia ao tema “drogas”, vai tomando relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental. Em 2010 o Ministério da Saúde define ações orçamentárias para garantir o funcionamento do programa de combate ao Crack e Outras drogas (Gráfico 8).

Ao definir ação orçamentária para a saúde mental, o governo inscreve a política como prioritária no plano do governo. Como uma peça de cunho político, os gastos orçamentários definem as prioridades do Estado e sua forma de ação não somente econômica, mas principalmente escolhas políticas, desvelando as forças sociais em disputas e hegemônicas na sociedade (SALVADOR, 2010). Na saúde mental essa correlação de forças coloca de um lado o Movimento pela Reforma Psiquiátrica,

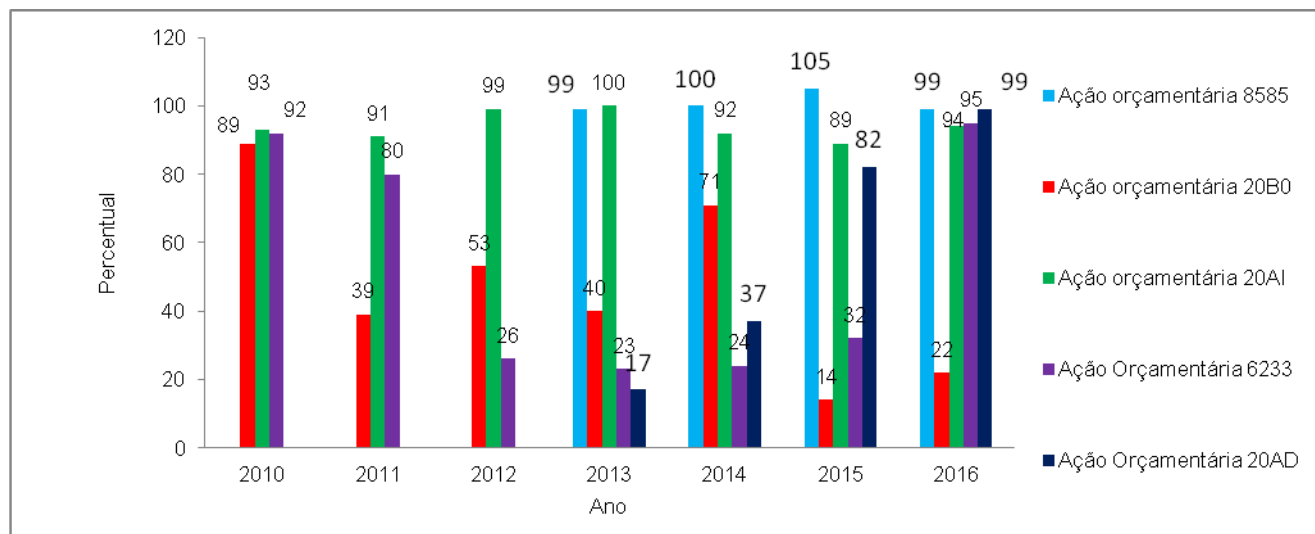
que defende o processo de desinstitucionalização dos sujeitos. Do outro, grupos conservadores que impõem uma nova forma de institucionalizar, visão religiosa que coloca algumas famílias de usuários em defesa de intervenções conservadoras, interesses da indústria da loucura em busca de lucros, entre outros. Por fim, ambas as forças constroem argumentos e tentam mobilizar a opinião pública em torno do tema.

**Tabela 6 - Execução das ações orçamentárias em Saúde Mental a partir de 2010**

Ações	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Planejado	Executado	Planejado	Executado	Planejado	Executado	Planejado	Executado	Planejado	Executado	Planejado	Executado	Planejado	Executado
Ação orçamentária 8585	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	70,02	69,69	87,41	87,41	1.245,00	1.319,20	1.092,41	1.086,70
Ação orçamentária 20B0	10,27	9,17	27,95	11,09	120,56	63,92	79,11	32,17	91,26	64,80	134,81	19,78	22,00	5,03
Ação orçamentária 20AI	15,00	14,03	17,95	16,47	18,60	18,52	19,53	19,53	22,10	21,41	24,30	21,79	23,28	21,93
Ação Orçamentária 6233	1,00	923	1,500	1,21	13,00	3,41	13,97	3,21	10,29	2,55	14,70	4,74	4,53	4,33
Ação Orçamentária 20AD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,48	7,24	52,15	19,54	46,30	37,99	36,11	36,06
<b>Total</b>	<b>26,27</b>	<b>24,13</b>	<b>47,40</b>	<b>28,78</b>	<b>152,16</b>	<b>85,86</b>	<b>225,12</b>	<b>131,86</b>	<b>263,22</b>	<b>195,74</b>	<b>1.465,11</b>	<b>1.403,52</b>	<b>1.156,36</b>	<b>1.149,04</b>

Fonte: SIOPS/planejamento

**Gráfico 8 – Percentual de execução das ações orçamentárias em Saúde Mental a partir de 2010 em percentual**



Fonte: SIOPS/planejamento, 2017.

Os recursos definidos para a saúde mental nas ações descritas no gráfico 8 ganharam volume ao longo do período (2010-2016). A ação 8585, desde sua inscrição no orçamento (2013), teve seu percentual de execução quase que 100%. Essa ação define recursos para Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Dentro dessa ação, os recursos da saúde mental inscrevem-se nos planos orçamentários 0002 (Crack é Possível Vencer), previsto para custeio de CAPSad III, Unidade de Acolhimento e credenciamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais; e plano orçamentário 000F (Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/CAPS), previsto para custeio de CAPS e SRTs. Essa ação se avolumou a partir de 2015 (R\$1.31milhões), contemplando a maior parte dos recursos destinados às ações de saúde mental. A ação orçamentária possibilitou o direcionamento de recursos para os serviços habilitados com base nas Portarias GM/MS nº 130 de 26/01/12, que redefine incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPSad III; Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12, que institui Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack; Portaria GM/SM nº 148 de 31/01/12, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e, institui incentivos financeiros de investimento e de custeio, bem como a Portaria GM/MS nº 349 de 29/02/12 e Portaria GM/MS nº 1.615 de 26/07/12, que altera a Portaria 148/12 (leitos de SM em HG); Portaria GM/MS nº 854 de 22/08/12, que altera a tabela de procedimentos realizados em CAPS; Portaria GM/MS nº 857 de 22/08/12, que habilita na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os incentivos aos SRTs tipo I e tipo II.

A partir da edição dessas portarias os serviços existentes iniciaram um processo de habilitação para pleitearem o recurso. Isso justifica o montante previsto para essa ação no ano de 2015. Entretanto, como já afirmado, o número de serviços habilitados com base nessas portarias é inferior ao número de serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, o que confirma a existência de serviços implantados sem a garantia do recurso.

Mas, a despeito de existirem serviços ainda não habilitados, registrou-se em 2016 uma redução do valor na execução da ação (R\$1.08 milhões), o que significa que além da possibilidade de novos serviços não terem sido habilitados em 2016, os serviços já habilitados tiveram recursos reduzidos, provavelmente pela via de procedimentos realizados e não pagos. Além da redução dos recursos, o percentual executado dessa rubrica correspondeu a quase a totalidade do planejado (em 2013 e 2016), ou ao total planejado (2014), merecendo registro em 2015 com execução acima do planejado.

A ação 20B0 (Atenção Especializada em Saúde Mental), garantida no orçamento em 2010, teve o percentual de execução em 89%. Nos anos que se seguiram seguiu tendência decrescente executada em 39% em 2011; 53% em 2012; 40% em 2013; 71% em 2014; 14% em 2015 e 22% em 2016. Ou seja, essa ação definida para implantação de novos pontos de atenção, em todos os anos foi executada abaixo do planejado, com destaque para 2015. A ação foi prevista para garantir incentivo para construção de CAPS ad III, UA e constituir novos pontos de atenção da RAPS, também sustentada pelas Portarias GM/MS nº 130 de 26/01/12 (CAPS ad III) e GM/SM nº 121 de 25/01/12 (Unidade de Acolhimento). A execução orçamentária abaixo do previsto pode ser explicada pelo fato de estados e/ou municípios não constituírem, em tempo hábil, projetos para implantação dessas unidades e/ou considerarem não ser viável a implantação das mesmas, após avaliarem o custo, tendo em vista que o repasse do governo federal custeia parte do projeto, ficando para o ente federado que habilitou o serviço, a responsabilidade da maior parte do custeio.

A ação 20A1 teve execução em todos os anos acima de 90%. Essa ação garante o pagamento de auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas aos usuários contemplados no Programa de Volta para Casa. A execução dessa ação ficou próxima do que foi planejado em todos os anos e pelo montante previsto, comparado as outras ações, observa-se que o processo de planejamento para aumento de cobertura de beneficiários do PVC se deu de forma tímida, ou seja, não houve por parte do governo Federal a pretensão de estender a cobertura de forma significativa. Chama-nos atenção a redução do montante programado para o pagamento do

auxílio em 2016, constatando que não houve extensão de cobertura entre 2015 e 2016, ou seja, o número de beneficiário se manteve nos dois últimos anos, o que para nós pode significar um retrocesso na política.

Os gastos observados entre 2015 e 2016 requerem outras mediações que perpassam o cenário econômico, social e político no Brasil recente. No momento atual vivenciamos o enfraquecimento da esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que “representou” uma das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização no país. Após 13 anos no poder, apesar de não promover mudança estrutural na relação capital/trabalho, o PT conquistou redução da desigualdade de renda, decorrente da evolução de gastos públicos sociais, via programa de transferência de renda para os mais pobres, e da redução do diferencial de rendimentos de trabalhadores qualificados e de baixa qualificação, com salários no mínimo ou pouco mais que o mínimo (GONÇALVES, 2012, VASCONCELOS, 2016). Entretanto, a crise global de 2008-2009 gerou alguns anos mais tarde a interrupção da tendência de queda na desigualdade de renda no Brasil. Tendo como pano de fundo a crise mundial 2008/2009 e um Congresso Nacional atrasado, o PT aprofundou indiferenciadas coalizões e trocou apoio político fortalecendo a corrupção no setor público, incluindo financiamento de campanhas. Instaurou-se uma crise econômica, política e ética que se aprofundou a partir de maio de 2015, possibilitando a reorganização de forças políticas ultraconservadoras, que pediu o impeachment da presidente Dilma (GONÇALVES, 2012, VASCONCELOS, 2016).

Como moeda de troca, o Ministério da Saúde foi entregue pela presidente Dilma a setores conservadores do PMDB. O novo Ministro da Saúde assume a gestão em outubro de 2015<sup>192</sup> e nomeia como Coordenador Nacional de saúde Mental e Outras Drogas um psiquiatra que traz no seu currículo a gestão médica do maior manicômio privado da América Latina durante a década de

---

<sup>192</sup> Trata-se do Ministro Marcelo Castro, de perfil conservador, ligado ao PMDB.

1990<sup>193</sup>. Tal indicação gerou indignação do movimento antimanicomial, que se mobilizou intensamente pedindo a nomeação de uma Coordenação Nacional de Saúde Mental comprometida com os princípios da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica do país (VASCONCELOS, 2016). Por pressão do movimento antimanicomial, o coordenador foi exonerado no início de maio de 2016.

A conjuntura atual apresenta-se tensionada por um conjunto de reformas propostas pelo governo Temer, que tem desafiado a esquerda a se articularem (processo que tem se mostrado difícil) em suas estratégias de lutas. Em 2016 o governo Temer nomeou como Ministro da Saúde o engenheiro Ricardo Barros (PP-PR), que vem sendo alvo de críticas de profissionais da saúde e movimentos sociais, por propostas como planos privados de saúde com menor cobertura. A todo tempo, o que se coloca em xeque é o princípio de universalidade e gratuidade do SUS – princípio caro ao Movimento pela Reforma Sanitária. Sob o argumento de que “é preciso rever o tamanho do SUS”, o que se defende é o custo da política para o orçamento do Estado – comprometido com o superavit primário. O ano de 2016, com a entrada do governo Temer no poder, esse governo adquiriu o caráter de *governo de transição* com a missão de reestruturar o capitalismo brasileiro de acordo com a agenda neoliberal. A partir de então assistimos a um novo ciclo político que se empenha a desenvolver estratégias para romper de vez com aquele ciclo criado pela Constituição Cidadã de 1988, que inscreveu direitos sociais defendidos nas lutas sociais na década de 1980.

Assim, sabemos que a batalha não foi ganha, entretanto, é necessário ter em mente que o espaço político e as condições atuais de mobilização requerem clareza da luta – por que lutamos –, sabermos quem são os parceiros da luta - com quem lutamos –, e definirmos que bandeiras defendemos – o que queremos alcançar e contra que lutamos. Ou seja, todo esse quadro reverbera sobre a Política de Saúde Mental.

---

<sup>193</sup> Trata-se de Valencius Wurchd que foi diretor médico na Clínica Dr. Eiras, em Paracambi, RJ, fechada posteriormente por intervenção do Ministério da Saúde e Ministério Público, pelas inúmeras violações dos direitos humanos ocorridas naquele lugar regularmente.

Concordamos com Vasconcelos (2016) que destaca que nos anos 2000 vislumbramos e vivenciamos avanços no campo da saúde mental, dada a pressão e articulação do movimento antimanicomial. Na atual conjuntura vivemos retrocessos, impondo necessidade de criar estratégias de lutas e resistências. Assim, no cenário econômico, social e político no Brasil recente, as forças não encontram condições favoráveis à ampliação dos recursos para a saúde mental e o planejamento de 2017 não prevê aumento de recursos para as ações orçamentárias da área.

É com esse quadro que devemos pensar os elementos do orçamento da saúde mental. A ação orçamentária 6233 (Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental) seguiu tendência decrescente até 2015 e em 2016 foi executada em 95%. Essa ação foi prevista para os eventos e convênios da área. Tal ação financia projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais, bem como eventos e capacitações na área. A relação entre valor orçado e executado com essa ação pode significar baixa concorrência de projetos aos editais e/ou inadequação dos projetos submetidos. Constata-se que em 2016 o governo reduziu em 70% o valor destinado para essa ação em relação ao ano anterior.

A ação 20AD (Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família), planejada a partir de 2013 teve sua execução com tendência crescente, sendo executada em quase 100% em 2016. Essa ação foi prevista para implantação de Consultório na Rua. O recurso para essa ação passou a ser definido a partir de 2013 com execução irrisória em relação ao planejado (planejado R\$42.48 milhões; executado R\$7,24 milhões – 17% do planejado). O repasse dessa ação se sustenta nas Portarias GM/SM nº 122 de 2011 e 123 de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR) e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

Em 2013 foram constituídas as primeiras equipes com garantia de financiamento com base nessas portarias. A proposta dos consultórios na rua é para além das ações de saúde mental, pois engloba o atendimento à gestante

de rua, tratamento de patologias pulmonares, como tuberculose que é frequente em situação de rua, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), traumas decorrentes de situação de violência, atropelamento, diabetes, hipertensão, e várias comorbidades que demandam atenção das equipes da estratégia saúde da família. Assim, apesar do foco na saúde mental outros problemas devem ser considerados. Dessa forma, a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica possibilita a ampliação no acesso à saúde desta população (SANTANA, 2014).

Foram constituídas 40 eCR em 2013, 10 eCR em 2014 e 18 eCR em 2015. Apesar de não encontrarmos dados sobre implantação de equipes em 2016 por não estarem disponíveis, podemos afirmar que o valor orçado e executado em 2016 demonstra que não houve previsão de expansão do serviço, pelo contrário, registra-se redução no valor repassado para o financiamento das equipes.

Em resumo, por meio das cinco ações orçamentárias, identificamos a execução da maior parte dos recursos destinados à saúde mental, apesar de nem todos os gastos da saúde mental estarem computados nessas ações.

Em síntese, a racionalidade econômica aprofundada, especialmente após *impeachment* da presidente Dilma, com medidas de ajustes fiscais restritivas que estimulam a recessão e sacrificam apenas os trabalhadores, tem produzido de forma acelerada, nos últimos meses, a desconstrução da política de saúde e, conseqüentemente da política de saúde mental. Tais medidas impõem a manutenção de um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPS III, Serviços Residenciais Terapêuticos e bolsas do Programa De Volta pra Casa. Isso ocorre no momento em que a análise da política de saúde mental apontava para avanços na política sustentada por legislações e garantias, ainda que mínimas, de rubricas orçamentárias destinadas à saúde mental.

Somado a isso, destacamos que a difusão do crack e outras drogas e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, geraram um conjunto de práticas manicomiais, com internação compulsória em comunidades terapêuticas de cunho religioso, com práticas que negam os princípios da reforma psiquiátrica defendida pelo movimento antimanicomial. Mas apesar disso e do subfinanciamento da saúde mental, a suposta “epidemia do crack” possibilitou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, o que contribui no processo de monitoramento dos recursos.

Ao analisarmos para onde o recurso está sendo direcionado, afirmamos que a inversão de sua alocação – da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar – significou avanços na Política de Saúde Mental e apontou para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, o aporte de recursos em ações de reinserção social, essencial à consolidação da lei, bem como para a criação de dispositivos assistenciais que promovam o processo de reinserção social, têm sido gradativamente reduzido ao longo dos anos apontando limites e retrocessos no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Assim, perseguimos os gastos da saúde mental por 15 anos e, como sugerido por Carvalho, percebemos um conjunto de avanços e retrocessos que comungam questões históricas da direção da política de saúde e da saúde mental e reflexos dos movimentos sociais nesse campo. Gastar 86% dos recursos em ações e serviços extra-hospitalares expressa a luta do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, mas também os interesses da indústria farmacêutica e a centralidade dos CAPS na Rede de Atenção Psicossocial. Dito isso, temos muito a celebrar, mas a luta é imensa e se encontra sob ameaça.

## 6. Conclusões

“Já que se há de escrever... que ao menos não se esmaguem com palavras as entrelinhas”(Clarice Lispector)

Concluir essa tese é resultado de longos quatro anos de trabalho e é um processo difícil. Para cumprir essa etapa, retomamos aqui nossa questão inicial: para onde o Ministério da Saúde direcionou os gastos da saúde mental entre 2001-2016?

Para responder essa questão, empreendemos um caminho marcado pela busca por montar um quebra-cabeça: o financiamento da saúde mental. Analisamos o financiamento federal da saúde mental, buscando identificar a direção dos gastos. Constatamos que apesar de não ter registrado aumento percentual de recurso destinado à saúde mental do montante de recurso da saúde (como proposto pelos defensores pela reforma psiquiátrica e pela coordenação de Saúde Mental do MS), ocorreu reversão dos gastos na assistência à saúde mental a partir de 2006 com prioridade para as ações extra-hospitalares. Isso, sem dúvida, representou avanço no processo da implementação da política de saúde mental, impulsionada pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, concluímos que o direcionamento dos gastos apontam para avanços, limites e retrocessos no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois ora reafirma, ora nega seus princípios e os da Lei 10.216/2001. Tal conclusão se sustenta pelas seguintes evidências: o insuficiente recursos alocados para a implementação da política de saúde e, por consequência, a saúde mental; a dificuldade na ampliação de uma rede extra-hospitalar com dispositivos assistenciais que garantam cobertura dos usuários da saúde mental; a prevalência de leitos em hospitais psiquiátricos privados e, em contrapartida, deficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a dificuldade de superar o paradigma médico-hospitalocêntrico-medicamentoso; a insuficiência de investimento em dispositivos assistenciais

efetivos no processo de desinstitucionalização para possibilitar a reinserção social, como os SRTs e PVC, além do atravessamento do conservadorismo psiquiátrico e os interesses da indústria da loucura. Todos esses dados foram acompanhados pelo desfinanciamento das políticas sociais, com agravo no governo Temer. Isso se evidenciou nos dados da saúde mental de 2016 – o menor percentual de recursos (em termo globais) e, em termos percentuais regredimos a indicadores menores que 2% dos gastos totais com saúde. Ou seja, a saúde mental perdeu recursos – globais e percentuais. Mas, nossa análise requer uma reflexão dos últimos 15 anos. Nesse percurso, o ponto de partida foi o ano de 2001, com a aprovação da Lei de Saúde Mental.

Demarcamos que a aprovação da Lei da saúde Mental (2001) sustentou um processo de normalização da assistência em saúde mental que vinha sendo implementada para mudança do modelo assistencial manicomial, por meio das portarias ministeriais e da indução financeira para implementação de novos serviços para compor a rede de atenção psicossocial. Assim, após a aprovação da Lei 10.216/2001 é inquestionável o aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde Mental com criação de CAPS, SRTs, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais psiquiátricos, entre outros serviços. Entretanto, há carência de serviços intermediários e, mais ainda, existem vazios assistenciais nas diferentes regiões do país. O percentual de cobertura de CAPS varia de região para região no país. Reafirmamos aqui uma fragilidade da lei que, ao afirmar que a pessoa com sofrimento psíquico deve ser atendida, preferencialmente, em serviços de base comunitária, abre espaço para interpretações que ameaçam a essência da lei que é a mudança do modelo assistencial. De fato, é inegável o crescimento da rede substituta, após a aprovação da Lei da saúde Mental. Entretanto, a lei não garantiu a consolidação do processo de desinstitucionalização. Ou seja, não basta o marco normativo, pois esse não assegura a alocação necessária de recursos para sua implementação. Foi o que constatamos: a produção normativa possibilitou a existência de linhas de financiamento, mas não assegurou o recurso.

A despeito de termos alcançado reversão em relação aos gastos extra-hospitalares, o direcionamento dos gastos denuncia o longo caminho a ser

trilhado no campo da saúde mental na direção da desinstitucionalização. Tal assertiva se sustenta pelas seguintes evidências:

- 1) O número de pacientes que ainda continuam internados em Hospitais Psiquiátricos, esperando a criação de residências terapêuticas e, em contrapartida, o reduzido percentual gasto com essa modalidade de serviços, bem como o reduzido percentual gasto com o Programa de Volta para Casa, sendo estes dois programas considerados importantes estratégias desinstitucionalizantes. Tomamos aqui dois dados: A cobertura de beneficiários do Programa de Volta para Casa proposto pelo Ministério da Saúde *versus* o número de beneficiários contemplados *versus* a análise do Ministério de que é necessário o aumento da cobertura. Dessa relação, resulta a permanência de sujeitos em longa permanência, cronicados e sem perspectiva de superação dessa condição. Ainda permanecem internados, após 16 anos da aprovação da lei, uma população de sujeitos crônicos que o Ministério da Saúde não possui registro. Delgado (2011)<sup>194</sup>, ao fazer um balanço de 10 anos de existência da Lei da Saúde Mental, afirmou haver nove mil pessoas em condição de internos de longa permanência naquele ano. De lá para cá não sabemos se o número aumentou ou diminuiu, mas destacamos a tendência decrescente desse indicador, considerando que, teoricamente, após a aprovação da lei 10.216 as internações por tempo prolongado diminuiriam. E, com a instituição do Programa de volta para Casa em 2003, somado à implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos, ocorre a possibilidade de diminuição do número de pessoas institucionalizadas. Entretanto, como também já afirmamos, essas duas estratégias desinstitucionalizantes não se implementaram dentro das expectativas da luta antimanicomial, o que fere o artigo 5º da lei que versa sobre a pessoa institucionalizada por longo tempo. A lei afirma que essas pessoas devem contar com política específica de alta programada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade das autoridades sanitárias competente. Entretanto, após 16 anos de aprovação da lei, existem pessoas institucionalizadas sem a garantia de se inserirem

---

<sup>194</sup> Lembramos que Delgado permaneceu na Coordenação Nacional de Saúde Mental até o início de 2011.

na sociedade. Essa situação foi aqui evidenciada pelo gasto com as ações 20AI (definida para pagamento de auxílio reabilitação), a ação 8585 (definida custeio de serviços) e a ação 20B0 (definida para implantação de novos pontos de atenção, dentre eles os SRTs). A insuficiência de recursos para essas ações denunciam que os gastos não têm sido priorizados com ações de cunho desinstitucionalizantes.

- 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.

A insuficiência de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais para absorver a demanda de pessoas em sofrimento psíquico em detrimento de leitos em hospitais psiquiátrico, bem como a distribuição desses leitos nas diferentes regiões do país denuncia a permanência do modelo. Além de insuficientes, esses leitos inexistem em algumas regiões e, se comparado ao número de leitos psiquiátricos, esse dispositivo é inexpressível (90% leitos psiquiátricos e 10% leitos em Hospital Geral). Esse fator revela o quanto a Lei da Saúde Mental encontrou limites à sua proposição de que a internação de pacientes com transtornos mentais não pode ocorrer em instituições com características asilares, ou seja, que não disponha de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer.

É importante destacar dois outros aspectos em relação aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em substituição à internação no hospital psiquiátrico. Apesar de considerarmos não ser a melhor estratégia para atender ao usuário da saúde mental em situação de crise, esses leitos costumam diminuir o tempo de permanência do usuário no hospital e, sobretudo, tendem a romper com a cultura de que “lugar de louco é no hospício”. O segundo aspecto é o lugar estratégico desses leitos. Dada a insuficiência de CAPS III e CAPSad III, esses leitos se colocam na rede de atenção psicossocial como retaguarda hospitalar para os CAPS e demais pontos de atenção da RAPS. Como destacado, por meio das portarias, os dispositivos CAPS III e CAPSad III são recentes e se constituem para atender a política álcool e drogas instituída pelo governo

Federal, a partir de 2010. Esses dispositivos são também os que englobam mais recursos, pois são instituídos para funcionamento 24 horas, com atuação de uma equipe especializada. Assim, os gastos CAPS concorrem com os gastos com medicamentos, que se coloca no ranking das ações que mais consomem recursos e com as demais ações extra-hospitalares, inclusive com as de cunho eminentemente desinstitucionalizante, como os SRTs e o PVC.

A Política de Saúde Mental caminha, mas a luta pelo processo de redução de leitos vai muito além do simples fato de desospitalizar o paciente psiquiátrico. Fazendo aqui uma analogia com o Drº Bacamarte, corremos o risco de mudar o sujeito a ser institucionalizado, sem romper com a instituição que se quer superar. Foi isso que, em um dado momento, fez o personagem machadiano.

Nessa direção, é importante destacar a existência de velhas e novas instituições psiquiátricas que mantêm o caráter asilar. Destacamos aqui a questão das comunidades terapêuticas que se colocam no cenário disputando os recursos da saúde mental, com proposta de tratamento de álcool e outras drogas. Com a problemática do crack, as CT são incluídas como equipamentos de saúde, sem crítica ao projeto terapêutico de base moral aos sujeitos, modelo atualizado por essas instituições e com garantia de financiamento público. Com isso, o setor público mantém o projeto de transferência de recursos públicos para entidades privadas, operando uma terceirização dos serviços.

Quando consideramos a ampliação de leitos contratados nas CTs (ação recente do governo federal para intervenção na problemática do crack) constatamos que caminhamos na direção oposta às premissas da Reforma Psiquiátrica. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010, coloca na agenda da política de saúde mental do país a discussão das internações involuntárias, realizadas por meio das comunidades terapêuticas, que é compreendido pelos defensores da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, como uma das formas de privatização da saúde mental, retorno aos manicômios e à hospitalização, desafiando a política de saúde mental em particular, e a Reforma Psiquiátrica em Geral. Por outro lado, *vis a vis* com a

pressão das Comunidades Terapêuticas temos o arsenal de regramento, por meio de cumprimento de critérios, que vem limitando que os recursos disponíveis para financiamento desses dispositivos sejam alocados pelos mesmos, revelando que aqui também há resistências.

Ademais, a constituição de um conjunto de dispositivos assistenciais não garante a mudança do modelo antimanicomial. Para isso os novos serviços constituídos devem romper radicalmente com o paradigma manicomial que sustentou o modelo de atenção anterior. Destacamos que, reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica e a base de sustentação da Lei 10.216 implica em produzir estruturas ou recursos que efetivamente não compreenda a “doença mental” como sinônimo de desrazão e patologia. Mais do que tipificar serviços, é necessário esclarecer a natureza desses serviços e garantir que neles atuem profissionais com formação nas questões conceituais e práticas que sustentam a lógica antimanicomial. Do contrário, serão garantidas novas estruturas, mas não novo modelo como propõe a Lei 10.216/2001.

Compreendemos que essa lei precisa ser afirmada e que, apesar dos inegáveis avanços, a reversão dos gastos para constituição do novo modelo assistencial não garantiu uma rede de serviços assistencial articulada que coloque o sujeito no centro das ações – como um sujeito de direitos.

Ainda hoje observamos o fortalecimento de instituições e serviços com princípios do tratamento moral presentes nas bases terapêuticas formando uma possível rede medicalizante. Isso se evidencia quando levamos em conta o percentual de recursos destinados à aquisição de medicamentos que em todos os anos consumiu mais de um terço dos recursos destinados às ações extra-hospitalares e em alguns anos se apresentou como a ação que mais gerou gastos nessa área. Mas os gastos com medicamentos apontam não somente para a necessidade de reflexão sobre a lógica de atuação da equipe, como também, para os interesses das indústrias farmacêuticas que maximizam seus lucros elevando os gastos com medicamentos no orçamento da saúde, absorvendo recursos que deveriam ser utilizados em outras ações.

Dito de outro modo, o percentual de recursos destinados à aquisição de medicamentos, que representou em todos os anos mais de um terço do percentual gasto com ações extra-hospitalares, 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 da indústria farmacêutica. Essa realidade nos leva a compreensão de que a mudança paradigmática ainda está em processo, carecendo de superação da lógica curativa e assistencialista. Mas, sobre os gastos com medicamentos, há outras dimensões: os relatórios da Saúde Mental em Dados não registram os gastos com medicamentos, deixando de dar visibilidade nessa ação que esconde interesses. Essa é uma questão que requer visibilidade e debate sobre a medicalização da vida.

Outra questão em destaque é a inclusão das ações de saúde mental na rede básica de saúde, por meio das equipes de saúde mental e apoio matricial. Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica se ocupou em apontar para a construção de novos modos de atenção à saúde. Inclui-se nesses novos modos serviços de atenção diária, de base territorial, que atuem na perspectiva da desinstitucionalização e que coloque o sujeito e sua família como foco de atenção e não mais a doença. Nessa direção, a atuação das equipes de saúde mental na atenção diária, por estarem no território sanitário e terem como princípio de atuação a oferta do cuidado, passam a ser vistas como um ponto estratégico da rede na oferta de cuidado na saúde mental. Mas, para isso, é necessário garantir a formação dos profissionais que atuam nos territórios. Entretanto, a oferta de formação na área da saúde mental e de apoio matricial têm se mostrado insuficiente. Essas ações são contabilizadas no montante de recursos destinado a ação orçamentária 6233 que teve o percentual de execução abaixo do planejado em todos os anos.

Também é preciso destacar que os procedimentos realizados por essas equipes são registrados no sistema de informação do Ministério da Saúde (DATASUS), gerando série histórica. Com base na série histórica, o Ministério da Saúde deve se comprometer com o repasse de recursos para pagamento

desses procedimentos. Entretanto, o repasse por parte do Ministério da Saúde não é feito de forma proporcional ao que é realizado. Essa é uma forma do governo Federal se desonerar dos gastos com a realização de procedimentos. Como demonstrado, os gastos ambulatoriais seguem tendência decrescente. Mas a desoneração do governo Federal não se limita a custeio de serviços na área da saúde mental, mas também em áreas como: aberturas de leitos de UTI, Hemodiálise, outras clínicas especializadas. Além disso, nos municípios existem Estratégias Saúde da Família e Saúde Bucal sem habilitação, portanto, sem garantia de repasse de recurso por parte do governo Federal.

No caso da saúde mental, temos registros de gestores que não conseguiram habilitar CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento, garantindo a manutenção desses serviços com recursos próprios. Essa é mais uma forma do governo Federal subfinanciar o SUS e, conseqüentemente a Saúde Mental. Na tese, esse dado apareceu pelo número diferente entre serviços cadastrados e serviços habilitados.

No desenvolvimento dessa tese também nos esforçamos para verificar se a saúde mental foi inserida no planejamento da saúde, por termos clareza do Capítulo III da Lei 8.080/90 que trata do planejamento e orçamento. O cumprimento dessa orientação legal é um desafio importante, considerando que pela lei os planos de saúde são as bases das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento deve ser previsto na proposta orçamentária, não podendo ser financiadas ações não previstas nos planos de saúde, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde.

O planejamento implica em decidir ações prioritárias a serem desenvolvidas, bem como definição de estratégias para mudar as condições que impedem a realização das ações. Os instrumentos de planejamentos do SUS são os planos e relatórios de gestão. Nesse sentido, procuramos identificar, por meio desses dois instrumentos, se a saúde mental foi inserida no planejamento nacional da saúde como peça orçamentária e se o planejamento foi estruturado

para garantir a execução das ações de base territorial, como afirma a Lei da saúde Mental.

Identificamos que a saúde mental ganhou expressão nos instrumentos de planejamentos do SUS com o incremento do combate ao crack e outras drogas alimentado, a partir de 2009, no cenário pré-eleitoral marcado pela tentativa de um lado, da manutenção do PT na presidência, a partir da candidatura de Dilma Rousseff, e do outro, da candidatura de José Serra pelo PSDB, o que colocou na agenda de governo a necessidade de garantir ações orçamentárias para o desenvolvimento de ações na área da saúde mental para o combate ao uso do crack e outras drogas. Por outro lado, a área enfrentou pressão de diferentes segmentos após início do fechamento dos leitos psiquiátricos.

Somente em 2010 o Ministério da Saúde garante a definição de ação orçamentária para a saúde mental, o que representou avanço para a política. Ou seja, a suposta “epidemia do crack” provocou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, que apesar de permanecer subfinanciada, ganha maior transparência, possibilitando identificar se as ações planejadas da saúde mental foram realizadas no período.

A partir de 2010 os recursos direcionados à saúde mental passam, em maior parte, a compor as cinco ações orçamentárias, não significando que todos os gastos realizados na saúde mental encontram-se contabilizados nessas ações, pois os gastos com as ações na atenção básica, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, por exemplo, não são contabilizados dentro dessas ações orçamentárias. Entretanto, com a definição das ações, os gastos tornam-se mais visíveis.

A ação orçamentária 8585, definida para custeio de serviços, possibilitou a identificação do valor repassado aos entes federados para custeio de serviços habilitados. Essa foi a ação que a execução ficou mais próxima do planejado (acima de 90%) em todos os anos. Entretanto, como afirmado registra-se existência de serviços em funcionamento ainda não habilitados. Já a ação 20B0, definida para implantação de novos pontos de atenção, foi executada

abaixo do planejado em todos os anos com variação no percentual (89% em 2010; 39% em 2011; 53% em 2012; 40% em 2013; 71% em 2014; 14% em 2015/ e, 22% em 2016), com destaque para 2015 que executou apenas 14% do valor planejado.

A ação 20AI que garante o pagamento de auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas aos usuários contemplados no Programa de Volta para Casa não se avolumou ao longo do período se comparado às outras ações, significando que não houve por parte do governo Federal a pretensão de estender a cobertura de beneficiários de forma significativa. Em 2016 o montante programado é reduzido em relação a 2015, comprovando nossa afirmação de que não havia pretensão de estender a cobertura do programa, mantendo o número de beneficiário nos dois últimos anos.

A ação 6233 prevista para os eventos e convênios da área, para garantir implantação e implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental em todos os anos o valor executado ficou significativamente abaixo do valor orçado com destaque para os anos entre 2012 e 2015 (26% em 2012; 23% em 2013; 24% em 2014; e, 32% em 2015). Em 2016 essa ação foi executada em 95% do valor planejado, entretanto, os recursos destinados para essa ação em 2016 foi reduzido em 68% em relação a 2015. Ou seja, o montante do valor gasto com essa ação em 2016 foi menor que o valor gasto no ano anterior. A não execução dessa ação pode ocorrer pela baixa concorrência de projetos aos editais e/ou inadequação dos projetos submetidos.

Da mesma forma, a ação 20AD prevista para implantação de Consultório na Rua para o fortalecimento das ações de combate ao uso do Crack e outras drogas na atenção Básica, definido a partir de 2013, foi um recurso com execução baixa em relação ao planejado, com exceção de 2015 (82%) e 2016 (99%), entretanto, em 2016 a previsão orçamentária foi reduzida em 23% em relação ao ano de 2015, o que significa que a execução orçamentária de 2016 (R\$36,06) em termos nominais foi menor que a de 2015 (R\$37,99).

Destacamos que o Consultório na Rua é um dispositivo para fortalecer as ações de saúde mental na Atenção Básica. Aqui não dá para fazer uma relação dos gastos na Atenção Básica, pois não conseguimos reunir esses dados, mas podemos afirmar que o novo dispositivo assistencial “Consultório na Rua” envolve uma nova perspectiva para responder as demandas de uso de drogas que se apresenta nos grandes centros das cidades.

No interior dos gastos evidenciamos a permanência dos gastos hospitalares centrados nos Hospitais Psiquiátricos; gastos com medicamentos; centralização de um dispositivo assistencial; e o limitado financiamento de ações e serviços eminentemente desinstitucionalizantes.

Dessa forma, a política de saúde mental brasileira, como as demais políticas sociais no Brasil, sofre com a insuficiência de recursos, tendo em vista que no capitalismo atual a prioridade é dada para direcionar recursos para pagamento da dívida externa e seus juros. É nesse contexto que acompanhamos a redução do percentual dos gastos da saúde mental em relação aos gastos com a saúde (2,4% em 2001 para 1,6% em 2016). Ou seja, o lugar do “dito louco” no interior dos gastos com a saúde na conquista dos patamares mínimos definidos pelos organismos internacionais. Fica aqui claro a não garantia de ações e serviços essenciais.

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.

A luta por mais recursos na saúde mental para construção e manutenção de serviços extra-hospitalares 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.

Assim, nossas questões apresentadas no início da tese: para onde o Ministério da Saúde direcionou os gastos da saúde mental entre 2001 e 2016? tem como resposta um intrincado processo associado ao desenho das políticas sociais e no seu financiamento, direcionado pela ideologia neoliberal que tomou força, no Brasil, nos anos de 1990, na contramão de um estado de direito idealizado nos anos de 1980 e minimamente garantido no plano jurídico-normativo a partir da Constituição Federal de 1988. A força da ideologia neoliberal impossibilitou a expansão dos direitos sociais colocando em colapso a concepção democrática de fundo público ensaiada na Constituição Brasileira.

Assim, os que se declaram comprometidos com as políticas sociais e, em especial, com as diretrizes da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (profissionais da saúde, familiares, usuários, integrantes da luta pela Reforma sanitária e luta antimanicomial), permanecem na luta para garantir uma pequena fração da parte do excedente que, apropriado pelo Estado, é direcionado às políticas sociais. No interior dessa luta travam outra batalha com os interesses de capitais que querem garantir mercado com a indústria da loucura, representada pelos donos dos leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas privadas, pela indústria farmacêutica e pelas Comunidades Terapêuticas, que se colocam em disputa pelo fundo público. Por tudo isso, apesar dos avanços conquistados no campo da saúde mental, ainda é longo o caminho a ser trilhado e muitos são os perigos de retrocesso.

Essa tese, por fim, nos coloca frente a alguns desafios: Como gestora tenho clareza da responsabilidade de implementar uma política de tamanha relevância social, voltada para um grupo que historicamente lhe foi negado o direito ao exercício da cidadania. Entretanto, me deparo com os entraves no processo de implementação dessa política nos municípios, dada a frágil capacidade financeira e administrativa desses, que os colocam fortemente

dependentes das transferências governamentais. Aqui ressalto o peso da responsabilidade desses municípios que, no pacto federativo, resultado do processo de descentralização, assumiram as funções de gestão das políticas de saúde sem garantia de recursos proporcionais. A preocupação aumenta ao considerar que, para responder às demandas de saúde mental, esses municípios, em sua maioria, dispõem apenas de uma equipe mínima de saúde em seu território, sem contar com uma rede de atenção à saúde mental regionalizada<sup>195</sup>. Essa condição nos desafia, enquanto gestora, a pensar em novas estratégias para organização do sistema de saúde, com prioridade de investimento em nível local e regional para responder a uma realidade que se manifesta no território, mas que faz parte de um contexto mais amplo.

Por outro lado, como gestora me deparo com o orçamento da saúde<sup>196</sup> que não cabe no orçamento municipal, pois extrapola a capacidade de gastos de um município com baixa arrecadação, mas com tamanhas necessidades de saúde. Assim, a implantação de qualquer política depende de uma resposta contábil: “Qual será a contrapartida do município?”. Nesse sentido, o que foi possível para garantir a atenção aos usuários da saúde mental foi a constituição de uma equipe mínima, com garantia de repasse fundo a fundo do governo federal<sup>35</sup>.

A redução do financiamento federal ou o não cumprimento do pacto federativo tem imposto aos gestores municipais fechamento e/ou desestruturação de serviços, fundamentais na organização do sistema da saúde, considerando a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde. O desfinanciamento da atenção básica tem se dado de várias formas: no repasse do PAB fixo sem considerar a população atual dos municípios; no PAB variável por não garantir a habilitação de serviços em funcionamento; nos procedimentos realizados pelas equipes e não computados no sistema por exclusão e/ou inexistência de portarias; na defasagem da tabela SUS que ressarcir os municípios em valores muito aquém do custo do serviço<sup>197</sup>; no valor de repasse para o custeio da

---

<sup>195</sup> Fato bem descrito na dissertação em que discuti “A política de Saúde Mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos”. 2009.

<sup>196</sup> Os gastos com saúde ficam acima de 25% do orçamento municipal.

<sup>197</sup> O valor ressarcido pelo Ministério da Saúde por uma visita domiciliar do Assistente Social é de R\$2,33. Por uma consulta de especialidade repassa R\$10,00.

farmácia básica municipal, entre outras. Assim, os municípios responsáveis pela execução dos serviços, mas sem uma distribuição tributária que lhes garantam o recurso, se veem obrigados a fechar serviços ao invés de implantar e/ou implementá-los.

Como Assistente Social, o percurso evidenciou a necessidade de reafirmar em todos os espaços o compromisso com o projeto ético-político da profissão, que declara o comprometimento com as lutas da classe trabalhadora e a clareza de que a política de saúde mental não é resultado de um conjunto de práticas institucionais, mas, de uma capacidade de organização e mobilização de grupos sociais que lutam para reversão do poder. A luta pela Reforma Psiquiátrica expressa uma correlação de forças entre diferentes interesses de classes e setores de classes, inserida no contexto mais amplo de luta pela hegemonia, e deve ter o comprometimento do Assistente Social.

Como pesquisadora, percebo o desafio de dialogar com outras áreas de conhecimento para dar conta de responder aos complexos desafios no campo da saúde mental. Constato a necessidade de garantir a produção de conhecimento na área para construir processos de análise da política e potencializar sua implementação. Constato também as dificuldades para implantação de uma política que vem na contramão de um processo de reestruturação econômica, que leva a destituições de direitos duramente conquistados em um período marcado por um quadro econômico social com poucos avanços, no campo da estabilização econômica e elevação de renda dos setores mais pobres. Período em que se mantem o desemprego, a violência e a miséria social, com todas as suas implicações nos campos da saúde e da saúde mental, como bem nos ensina Vasconcelos (2016).

Sabemos que o caminho não termina aqui, mas se estende e impõe desafios para os profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica. O cenário atual exige a articulação de forças e construção de alianças para resistir aos ataques aos direitos sociais e abrir caminhos alternativos que permitam minimamente a manutenção desses direitos.

Insistir na garantia desses direitos pode parecer loucura na atual conjuntura, entretanto “de louco todos nós temos um pouco”. Foi isso que a tese demonstrou: que o financiamento da saúde mental encontra-se envolto por muros que não nos permitem ver o que acontece com os recursos da área. Quebrar esses muros, denunciá-los e dar a conhecer o que eles escondem foi o que sustentou todo o caminho.

## REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil:** lições dos anos FHC. In: SEMINÁRIO POLÍTICAS PÚBLICAS E PACTO FEDERATIVO: a descentralização no Brasil. Curso de aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da ENAP – 2004. Brasília, 2004. p.1-54.

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã:** entre ciência da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

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

\_\_\_\_\_. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I; SCARCELLI, I; COSTA, E. **Fim de século:** ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. M. T. Forças diferentes e loucura: pensando além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. A Clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 44 - 65.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental,** Vol 1, no 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>. Acesso em 20 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. **Entrevista concedida pelo Professor Paulo Amarante à Sílvia Louzada para elaboração da Dissertação de Mestrado intitulada “A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica”.** Rio de Janeiro, 2015.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16. n. 12, dez. 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE

SOCIAL E TRIBUTÁRIO. **Análise da seguridade social 2013**. Brasília: ANFIP, 2014. 158 p.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL; FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL E TRIBUTÁRIO. **Análise da Seguridade Social 2015**. Brasília: ANFIP, 2016, 150 p.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.173-206.

ASSIS, M. **O Alienista**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar 1994. v. II.

AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAUJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, Jan. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>.

BAHIA, L.. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATA, G. C.; LIMA, J. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2003.

BARRETO, Ana Cristina Costa. Direito à saúde e patentes farmacêuticas: o acesso a medicamentos como preocupação global para o desenvolvimento. **Revista Aurora**, Marília-SP, A.5, n.7; p. 1-11, 2011.

BARRIO, L. R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular sofrimento? In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, P. (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 125-162.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e histórias**. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de

1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; SALVADOR, Evilásio. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2008.

BOTEGA, Neury; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**: adotada pela organização mundial de saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. OPAS/OMS. Brasília, novembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Diário Oficial da União. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999**. Brasília, 1999. Disponível em:  
<http://www3.tesouro.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Ministério da Saúde: Brasília, 2000. Disponível em:  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em:<  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 20 fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional de Saúde. **Decreto n.3.964/2001**. Brasília, 2001b. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3964.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm). Acesso em: 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 8.142**. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde 2001**. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001e.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS trajetória 1991-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares – PNASH**: versão hospitais psiquiátricos. Brasília: Ministério da Saúde Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do programa de volta para casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 52, de 20 de janeiro 2004**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso em: 20 fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 4**, Ano II, nº 4, agosto de 2007. Brasília, 2007. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 24p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.ccs.saude.gov.br](http://www.ccs.saude.gov.br).

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a. 75p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf). Acesso em: 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em: 25 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do SIOPS aplicado aos municípios**. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20SIOPS%202010-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas (PIEC)**. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm). Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IV conferência nacional de saúde mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b, 210 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. p.132 (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2001, 8).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 12.527**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 23 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, outubro. 2011c. Disponível em: [www.saude.gov.br/saude-mental](http://www.saude.gov.br/saude-mental). Acesso em: 13 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090 de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas - SENAD. **Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011**. Brasília: janeiro de 2011e. Disponível em: [www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas). Acesso em: 03 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – Elaborado em 2011. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o.../se/.../8747-plano-nacional-de-saude-pnsbvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o.../se/.../8747-plano-nacional-de-saude-pnsbvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf). Acesso em 24 de abril de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.489, de 21 de outubro de 2011f**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2489\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2489_21_10_2011.html). Acesso em 30 de março de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 12 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei complementar 141 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 10 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 12**. Ano VII, n. 11. Informativo Eletrônico. Brasília: outubro de 2012b. Disponível em: <http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Controladoria-Geral da União. **Manual da lei de acesso à informação para Estados e Municípios**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual\\_lai\\_estadosmunicipios.pdf](http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf). Acesso em: 12 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html). Acesso em 23 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27017500\\_resolucao\\_n\\_1\\_de\\_19\\_de\\_agosto\\_de\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27017500_resolucao_n_1_de_19_de_agosto_de_2015.aspx). Acesso em: 19 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 534 de 19 de agosto de 2016**. Conselho Nacional de Saúde, 2016a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso534.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. **O que é SIOPS?**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops>. Acesso em: 21 jun. de 2016b.

\_\_\_\_\_. Site Notícia Brasil. **CNS alerta que a PEC 241 representa a perda de R\$ 434 bilhões ao SUS**. Publicado em 11 de outubro de 2016c. Disponível em: <http://portalctb.org.br/site/noticias/brasil/30598>. Acesso em: 04 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estabelecimento de saúde 2016d**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimento. Disponível em: [datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet](http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet). Acesso em: 21 de Fevereiro de 2017

\_\_\_\_\_. Tesouro Nacional. **Dívida Pública Federal**. Publicado em 24 de maio de 2017. Disponível em: [http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/estoque-da-divida-publica-federal-cresce-0-32-em-abril?redirect=http%3A%2F%2Fwww.tesouro.fazenda.gov.br%2Fhome%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_UbgGItriAAg3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-10%26p\\_p\\_col\\_count%3D1](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/estoque-da-divida-publica-federal-cresce-0-32-em-abril?redirect=http%3A%2F%2Fwww.tesouro.fazenda.gov.br%2Fhome%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_UbgGItriAAg3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-10%26p_p_col_count%3D1). Acesso em: 27 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Diário Oficial da União**. Publicado em 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2016/12/15>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRETTAS, Tatiana. Dívida pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRITES, C. M. **Ética e uso de drogas**: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, São Paulo, 2006.

CAMPOS, GWS. **O público e o privado na saúde brasileira**. 2008. Disponível: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=174>> Acesso em: 25 out. 2012.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARCANHOLO, Reinaldo e NAKATANI, Paulo. **O capital especulativo parasitário**: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização. Ensaios FEE, v. 20, n. 1, 1999, p. 284-304.

CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários a Lei Orgânica da Saúde. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002. p.275-277.

CARVALHO, K. K. F. **Saúde pública, inovação farmacêutica e propriedade intelectual**: o desenvolvimento de um novo medicamento contra a malária no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Medicina Social, 2012.

CARVALHO, Gilson. **Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012**. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>>. Acesso em: 23 out. 2013.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

CHESNAIS, F. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr.-jun. 2014.

COGGIOLA, O. **10 anos de governo do PT – Frente Popular**. Disponível em: <http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2013/06/O-Coggiola.pdf>. Acesso em: 27 maio 2015. p. 01-20.

COHN, Amélia. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de saúde**, Brasília, Ministério da saúde, 2000.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, n.18, p.20-32, 1992.

Conselho Federal de Serviço Social. **Nota sobre regulamentação das Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 2014. Disponível em: [www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf). Acesso em: 26 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, sobre os locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, 2011.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. et al (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez. Brasília-DF: OPS, OMS. Ministério da Saúde, 2008.

COSTA-ROSA, A. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. 2011. Tese (Livre-docência não publicada) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, 2011.

COTRIM, R. de C. **A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil**: um estudo comparativo. 2006. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz- ENSP- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

COUTO, B. R. et al. Proteção social e seguridade social: a constituição de sistemas de atendimento às necessidades sociais. In: GARCIA, M. L. T.; COUTO, B. R.; MARQUES, R. M. **Proteção social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: ADIPUCRS, 2012. 286 p.

CUEVA, A. **La teoría marxista: categorías de base y problemas actuales**. México: Letraviva, 1998.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação das ações. **Interface**, Botucatu, v.13, n.28, pp.151-164, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>. Acesso em: 12 de abril de 2011.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.63, n.02, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012). Acesso em: 03 maio 2015.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FREUD, S. **O mal-estar da civilização**. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas. V. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1980.

FUNCIA, Francisco. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da união em ações e serviços públicos de saúde. **Domingueira da Saúde**, São Paulo, n. 4, 12 abr. 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

GADELHA, C. A. G.; et al. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico industrial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, n. 33, p.151-161, 2007.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X. **Política antidrogas no Brasil**. Relatório Final do Projeto de pesquisa Política de Atenção à dependência química: um estudo na ótica do controle social. 2006.

GARCIA, M. L. T.. Running title: Brazilian mental health policy. **International Public Health Journal, supl.** Special issue: Social work and health inequalities; Hauppauge, v. 8, n.2, p. 97-105, 2016.

GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. A. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. **Social Work in Health Care**, v. 56, p. 1-20, 2017.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**. v. 46. n. 1, São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 de out. 2014

GONÇALVES, R. Redução da desigualdade da renda no governo Lula: análise comparativa. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros 2014**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/>. Acesso em: 20 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 2016**. Disponível em: [ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/default.shtm). Acesso em: 20 de maio de 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Associação Nacional dos Transportes Públicos. **Impacto social e econômico dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**: relatório executivo. Brasília (DF): IPEA; São Paulo: ANTP, 2003.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica IPEA, Brasília, n. 28, setembro de 2016.

JORGE, M. A. S. et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: \_\_\_\_\_ **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 207- 223.

KLIASS, Paulo. Las (in) definiciones de Temer. In: ANDERSON, Perry et al. **Golpe en Brasil**: genealogía de una farsa. Coordinación general de Pablo Gentili; Víctor Santa María; Nicolás Trotta. Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Buenos Aires: Fundación Octubre; Buenos Aires: UMET, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, 2016.

LANCETI, Antonio. **Saúde e loucura**: saúde mental e saúde da família. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAURELL, A. C. La salud-enfermidad com processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2,1982, p. 7-25. 2014.

LEVI, Maria Luiza; MENDES, Áquilas. Gasto total com saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, Campinas, v. 8, p. 1 - 5, 24 maio 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202015%20-%2024%2005%202015.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2016.

LUPATINI, Márcio. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

LUZIO, Cristina Amelia; YASUI, Silvio. Alem das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p. 17-26, mar, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003). Acesso em: 22 de abril de 2013.

MACIEL, D. **A Crise atual no Brasil: conjuntura pós-eleitoral**. **Marxismo 21**. Publicado em 14 de Maio de 2015. Disponível em: <http://marxismo21.org/>. Acesso em: 31 maio 2015.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. Coleção Os Economistas.

MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: SADER, E. (Org.). **Dialética da dependência**: uma antologia da obra de Ruy Marini. Petrópolis, RJ: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 105-165.

MARQUES, R. M.; BATICH, M.; MENDES, Áquila. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n. 1, p. 111-121, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v 14, n.1(24), p. 159-175, jan/jun. 2005.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O SUS versus as diretrizes da política econômica. **SER Social**, Brasília, v 11, n. 25, p. 55-81, jul/dez. 2009.

MARQUES, R.; MENDES, Á. A Saúde Pública sob a batuta da nova ordem. In: **O Brasil sob a nova ordem**. Saraiva, São Paulo, 2012.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O Financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n.3,

May/June, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000300019.25>. Acesso em: 13 de junho de 2012.

MARQUES, R. M. (Org.). **Proteção social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O Financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon; COSTA, Ana Maria. Rio de Janeiro. (Orgs.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2014.

MARQUES, R. M.; ANDRADE, P. R. Brasil 2003 – 2015: balanço de uma experiência “popular”. **Revista de Teoria, Cultura**, Juiz de Fora, n.8, 2015. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Brasil-2003-2015-balanco-de-uma-experiencia-popular-/4/34342>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Economia da saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

MEINERS, C. M. M. A. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento Anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 1467-1478, jul, 2008.

MELO, Thaís Karina Guedes Bezerra de. **A reforma psiquiátrica no atual contexto da globalização**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS MUNDIALIZAÇÃO E ESTADOS NACIONAIS: a questão da emancipação e da soberania, 2. São Luis- MA. 2005.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 428 f. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Econômicas, Campinas, SP, 2005.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e o seu financiamento. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, A.C. [Org.]. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde,

Departamento de Economia da saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-160.

MORUAGA, Angela Ferriol. Política social: uma perspectiva comparada entre América Latina e Cuba. **Argumentum**, Vitória, v.2, n.1, p. 208-222, jan./jun. 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade social brasileira**: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2008.

NAKATANI, P. **O papel e o significado da dívida pública na reprodução do capital**. Primer Simposio Internacional Sobre Deuda Pública, Auditoria Popular Y Alternativas de Ahorro e Inversión para Los Pueblos de América Latina. Caracas, Venezuela- 22, 23 y 24 de Septiembre de 2006.

NAVARRO, M. b. M. A et al. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.) **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 344 p.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NÓBREGA, J. S. M. **Avaliação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Macaíba/RN**. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

O'CONNOR, James. **USA**: a crise do estado capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 180 p.

OLIVEIRA, E. F. A. **A Política de saúde mental em municípios de pequeno porte**: entre mínimas equipes e múltiplos projetos. 2009. 235 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Vitória, 2009a.

OLIVEIRA, F. A. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. In: OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998, p. 19-48.

\_\_\_\_\_. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**: uma guia de leitura. São Paulo: Hucitec, 2009b. 325 p.

\_\_\_\_\_. **Política econômica, estagnação e crise mundial**: Brasil, 1980-2010. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2012. 395 p.

OLIVEIRA, C. **Brevíssima análise do Governo Dilma**. Junho 2013. Disponível em: <http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=1580>. Acesso em: 25 maio 2015.

Organización Mundial de la Salud. **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013**. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1). Acesso em: 19 nov. 2013.

OMS. **World Health Statistics 2016**: Monitoring health for the SDGs. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/). Acesso em 20 de maio de 2017.

Organização das Nações Unidas no Brasil. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PAIVA, Beatriz; ROCHA, Mirella; CARRARO, Dilceane. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da Teoria Marxista da Dependência. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 147-175, jan./jun. 2010.

PESCUMA JÚNIOR, Antônio; MENDES Áquilas. O Fundo nacional de saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015.

PINSKY, I. **A propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil**. Disponível em: <http://www.revistapontocom.org.br/artigos/a-propaganda-de-bebidas-alcoolicas-no-brasil>. Acesso em: 20 mar. 2015.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. *Textos para Discussão*, Rio de Janeiro, IPEA, n. 1846, jul. 2013.

PIOLA, S.F. **Impactos da PEC 358 no financiamento federal da saúde**: será que vale a pena?. *ABRES*, 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/impactos-da-pec-358-no-financiamento-federal-da-saude-sera-que-vale-pena.html>. Acesso em: 13 jul. 2016.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O Financiamento dos serviços de saúde. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, A.C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Economia da saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço de reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, pp.45790-4589, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 12 de abril de 2013.

PITTA, A. M. F. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v4, n. 2, jul/dez, 2012.

POLÔNIO, C. A. Patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos: regras comerciais, direito à saúde e direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário de São Paulo**, São Paulo, v.7, n. 1/2/3, p.163-182, 2006.

PRATES, A. **O crack pode melhorar a sociedade ou o potencial de cidadania que pode estar contido em algumas “epidemias”**. Disponível em: [www.neip.info](http://www.neip.info). Acesso em: 10 maio 2013.

RABELO, I. V. M. **Nunca pensei nisso como problema**: um estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família. 2011. Tese de doutorado não publicada. Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho. São Paulo, 2011.

RAZZOUK, D. et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. **Revista Brasileira em Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.118-22, 2007.

RIBEIRO, D. **As Américas e a civilização**: processo de formação e causas do desenvolvimento desigual dos povos americanos. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F; ROA, A.C. [org.]. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Economia da saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico**: uma guerra na guerra. 2. Ed. São Paulo: Desatino, 2012, 144p.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. Fundo público e o financiamento das políticas Sociais no Brasil. **Revista Serviço e Sociedade**, Londrina, v.14, n.2, pag. 04-22, jan./jun. 2012.

SALVADOR, E.; TEIXEIRA, S. O. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2014.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 20 de maio de 2017.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (Org.). **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2007. p.165.

SANTOS, L. **SUS e a lei complementar 141 comentada**. São Paulo: Saberes, 2012.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 maio 2017.

SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. A Provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e forma de produção/remuneração dos serviços. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/MS no Brasil, 2016. 260 p.

SILVA, P. F.; COSTA, N. R. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

SOUZA, Andrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempos Actas Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. p. 105-114.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan. / abr., 2002.

Terra Sem Males. **Desmontes de direitos**. Publicado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.terrasemmales.com.br/ofensiva-conservadora-de-temer-poe-em-risco-a-assistencia-social/>. Acesso em: 22 abr. 2017.

TOTUGUI, M. L. et al. O crack: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 93-101.

UGÁ, V. D. **A Questão Social como “Pobreza”**: crítica à conceituação neoliberal. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, 2008. P 118-167.

\_\_\_\_\_, Maria Alícia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 395- 426.

VASCONCELOS, E. M.. **Abordagens Psicossociais volume II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 335.

\_\_\_\_\_. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012. Disponível em:  
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2033/2331>. Acesso em: 12 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica, crise e resistência em tempos sombrios**: diálogos com o marxismo e o serviço social brasileiro. São Paulo: Papel Social, 2016a. p.228.

VASCONCELOS, Alexandre. **Reforma da previdência**: crítica e soluções. Publicado em 07 de junho de 2016b. Disponível em:  
[http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/opiniao/46,97,43,74/2016/06/07/interna\\_opiniao,146653/reforma-da-previdencia-criticas-e-solucoes.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/opiniao/46,97,43,74/2016/06/07/interna_opiniao,146653/reforma-da-previdencia-criticas-e-solucoes.shtml). Acesso em: 05 nov. 2016.

VIANA, L. W. Observador político 2011. **Gramsci e o Brasil**. Dezembro de 2012. Disponível em:  
<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=1319>. Acesso em: 22 maio 2015.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Boletim OPAS**: uso racional de medicamentos: temas selecionados, v. 3, n. 2, p. 1–6, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estatísticas sanitárias mundiais**. 2013. Disponível em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plán de Accion sobre Salud Mental 2013-2020**. Organizacion Mundial de la Salud. Suiza, 2013.