



Universidade de Brasília-UnB
Instituto de Ciências Humanas-IH
Departamento de Serviço Social-SER

Análise do Orçamento da Política de Saúde Mental no Distrito Federal,
no período de 2012 a 2014

Gesiele de Lemos Brito

Brasília/DF

2015

Gesiele de Lemos Brito

Análise do Orçamento da Política de Saúde Mental no Distrito Federal,
no período entre 2012 a 2014

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Assistente Social sob orientação do Professor Doutor
Evilasio da Silva Salvador.

Brasília/DF

2015

Folha de Aprovação
Gesiele de Lemos Brito

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Assistente Social sob orientação do professor Doutor Evilasio Salvador.

Banca Examinadora

Prof. Dr Evilasio Salvador (SER- UnB)
(Orientador)

Prof. Dr^a Sandra Oliveira Teixeira
(Membro interno do SER- UnB)

Jarbas Ricardo Almeida Cunha
(Membro externo, servidor- MDS)

“Liberdade, liberdade! Abra as asas sobre nós. E que a voz da igualdade. Seja sempre nossa voz”. (Samba Enredo de 1989, Imperatriz Leopoldinense).

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter iluminado os meus passos durante este percurso.

À minha mãe, Elgina, meu pai Eleumir e minha irmã, Gabriela, pelo carinho, apoio, paciência, dedicação, companheirismo e por sempre incentivarem os meus estudos. A vocês, a minha eterna gratidão!

Aos meus avós, Paulo, Maria e Ursulina, que sempre acreditaram em mim, especialmente a minha avó Maria, que me ensinou que o amor vai além de laços sanguíneos. A vocês, a imensidão do meu amor!

À toda minha família, com meus inúmeros tios e tias, primos e primas, por compartilharem os melhores momentos de minha vida. Às minhas primas, Debora, Mikaela, Lorena e Camila, por me suportarem e partilhar as suas vidas comigo.

À minha prima, Hevilyn, pela disponibilidade e zelo na correção deste trabalho.

À minha amiga e prima, Raquel, por sempre estar ao meu lado e pela sua enorme dosagem de carinho para comigo. Te amo, prima!

Aos meus amigos, Alex, Carlos, Darlyane, Gabriel, Poliana, Lucas, Gabriela e Walysson, por acreditarem em mim e pelo incentivo em horas em que pensei que não conseguiria. Obrigado por vocês existirem em minha vida!

Aos meus colegas de curso, no qual ao longo desses semestres partilhamos momentos de debates e de aprendizagem, que enriqueceu o meu processo de formação.

Às amigas que ficaram durante a jornada da UnB: Amanda, Beatriz, Johny, Mariza, Luciana e Naira.

Às minhas companheiras desde primeiro semestre de curso, Fabiana, Guizela e Thaís, pela amizade e pelo companheirismo, por partilharem momentos incríveis e por terem deixado a minha vida mais feliz.

Ao meu orientador o Professor Evilasio, que me auxiliou na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, com paciência e dedicação. A você, os meus sinceros agradecimentos!

À banca examinadora deste trabalho, Professora Dra. Sandra e ao Jarbas, pela gentileza e disponibilidade de participarem dessa banca.

Ao GESST, especialmente as professoras Ivanete, Sandra e Lúcia, pela oportunidade da pesquisa científica e pelos debates críticos acerca das políticas sociais, bem como das nossas reuniões externas a UnB.

Ao grupo PET/SER UnB, a todos integrantes discentes, pelo estudo em temáticas não aprofundadas nas salas de aula e pela construção do pensamento coletivo, em especial à professora Ailta Barros e as parceiras Marizania e Júlia, que como digo “vocês me cativaram para sempre”.

E a todos aqueles que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho.

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso analisa o orçamento da saúde mental no Distrito Federal, no período de 2012 a 2014. Para tanto foi considerado a história da política de saúde mental no Brasil, do período colonial aos dias atuais, bem como as bases legais para sua institucionalização e os gastos orçamentários da esfera nacional e do Distrito Federal. A exclusão e a segregação permeiam a história da saúde mental no Brasil, personificada principalmente na figura dos hospitais psiquiátricos. A partir do advento da reforma psiquiátrica, esse modelo hospitalar passa a ser questionado e se propõe um modelo substitutivo, extra hospitalar, galgado na cidadania das pessoas com transtornos mentais e na inserção comunitária, expressos na Lei 10.216/2001. A partir de 2006 presenciamos um redirecionamento no orçamento da saúde mental da União, sendo que os recursos destinados para os serviços extra hospitalares representaram 55,92%, enquanto que os serviços hospitalares representaram 44,08%. Na particularidade do Distrito Federal, não foi possível identificar quanto o governo destina de recursos para os serviços hospitalares psiquiátricos, pela falta de descrição das ações dentro do orçamento. Contudo, as ações identificadas como constitutivas da saúde mental dentro do orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF), demonstra um direcionamento dos gastos para implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, os recursos destinados para saúde mental dentro do FSDF são insuficientes, pois esses nem chegam a representar 0,2% do total do orçamento da saúde, bem como do total autorizado de R\$ 16.740.644,50, somente R\$ 7.969.289,38 foram pagos, isso nos mostra que mais da metade dos recursos não foram executados, muitas vezes sendo destinados a outros fins. Portanto, a política de saúde mental no Distrito Federal demonstra na atual conjuntura um processo contraditório, pois ao mesmo tempo em que se tenta implementar a reforma psiquiátrica, por meio de modelo de atenção à saúde com serviços substitutivos, se presencia à continuação de um hospital psiquiátrico assentado em práticas do modelo asilar, bem como um descompromisso por parte dos governantes com essa política e o fortalecimento de entidades não governamentais no tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas

Palavras Chaves: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Orçamento Público; Distrito Federal.

Abstract

The present work analyses the mental health budget in Federal District, in the period of 2012 to 2014. For this purpose, it was considered the history of mental health in Brazil from colonial period to nowadays, as well as the legal basis for its institutionalization and budgetary expenditures of national and Federal District spheres. Exclusion and segregation describe the history of mental health in Brazil, personified mainly in the image of psychiatric hospitals. From the advent of psychiatric reform, this hospital model is being questioned and a new substitute model is proposed, out of the hospital, built on the citizenship of people with mental disorders and in community inclusion, described in Law 10.216/2001. From the year of 2006, we witnessed a redirect of Union's mental health budget, and that the resources for out of hospital services represent 55, 92%, while hospital services represent 44, 08%. Considering just the Federal District region, it was not possible identify the resources amount which government allocates to psychiatric hospitals. However, the action identified as constitutive of mental health within Federal District Health Fund (FSDF), shows a direction of the expenditure for implementation in the Centers of Psychosocial Care (CAPS). Nonetheless, the resources allocated for mental health within FSDF are insufficient, because those resources do not even represent 0,2% of the total of health budget, as well as the authorized amount R\$ 16.740.644,50, only R\$ 7.969.289,38 was paid, this shows that more than the half of resources were not executed, many times being allocated for other purposes. Therefore, mental health policy in Federal District, shows in the current situation a contradictory process, because at the same time that it is intended to implement a psychiatric reform, through the model of health attention with substitute services, it is witnessed the continuation of a psychiatric hospital based on asylum model practices, as well as there is a lack of commitment by the government concerning this policy and the strengthening of non-governmental entities in the treatment of people with needs arising from the use of alcohol, crack and other drugs.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Public Budget; Federal District.

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Proporção de Recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra hospitalares entre 2002 a 2011.....	76
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1- Evolução de Execução Orçamentária da Saúde do DF, no período de 2012 a 2014	90
Tabela 2- Comparação do valor liquidado dos objetivos específicos do orçamento da saúde, em percentual, no ano de 2014.....	90
Tabela 3- O Percentual de Execução das Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF, no período de 2012 a 2015.....	91
Tabela 4- Comparação do valor liquidado das ações em relação ao total do orçamento da Saúde Mental no FSDF, em percentual, do período de 2012 a 2014.....	92
Tabela 5- Evolução da Participação das Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF, no período de 2012 a 2014.....	93

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AIS – Ações Integradas de Saúde

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAT – Conselho de Acolhimento Transitório

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CETSS – Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para Seguridade Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CISM – Comissão Intersetorial de Saúde Mental

CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Seguridade Social

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde e Previdência

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

COSAM – Coordenação de Saúde Mental
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal
CSLL – Contribuição Social sobre Lucro Líquido
CSN – Companhia Siderúrgica Nacional
DF – Distrito Federal
DISAM – Diretoria de Saúde Mental
DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DRU – Desvinculação de Recursos da União
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP – Diretoria Nacional de Saúde Pública
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FCDF – Fundo Constitucional do Distrito Federal
FEF – Fundo de Estabilização Fiscal
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FHB – Fundação Hemocentro de Brasília
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FSDF – Fundo de Saúde do Distrito Federal
FSMDF – Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal
FSE – Fundo Social de Emergência
GDF – Governo do Distrito Federal
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária

LOA – Lei Orçamentária Anual

LODF – Lei Orgânica do Distrito Federal

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica na Previdência Social

ISM – Instituto de Saúde Mental

IR – Imposto de Renda

INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

MARE – Ministério de Administração Federal e da Reforma do Estado

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAASS – Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOB – Norma Operacional Básica

NTN – Núcleo Técnico-Normativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Organizações Sociais

OSS – Orçamento da Seguridade Social

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCSS – Plano de Carreira, Cargos e Salários

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa Saúde da Família

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PPA – Plano Plurianual

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PT – Partidos dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RCB – Receita Corrente Bruta

RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAS – Subsecretaria de Atenção à Saúde

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social

SEJUS – Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania

SEPLAG – Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento Público e Gestão

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SM – Salário Mínimo

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SRT – Serviços Residências Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

UF – Unidade Federativa

UNB – Universidade de Brasília

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Introdução.....	16
Capítulo I- Contextualização Histórica e Política da Saúde Mental no Brasil.....	20
1.1 A saúde do período Colonial à Ditadura Militar.....	20
1.2 A Reforma Sanitária Brasileira (RSB): os caminhos para universalização da saúde e a Constituição Federal de 1988.....	29
1.3 Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira	34
1.4 Ofensiva Neoliberal e a Contrarreforma na Saúde.....	41
Capítulo II- Fundo Público e Saúde Mental.....	50
2.1 Fundo Público e Orçamento Público: fundamentos para compreendê-los.....	50
2.2 Orçamento da Seguridade Social não implementado de acordo com a Constituição Federal de 1988.....	59
2.3 O (des) financiamento da Saúde.....	64
2.4 Saúde Mental nos PPAs e sua Rede de Atenção.....	71
Capítulo III- A Política de Saúde Mental no Distrito Federal: um estudo do orçamento no PPA de 2012 a 2015.....	77
3.1- A Política de Saúde Mental no Distrito Federal.....	77
3.2- A caracterização do DF e a Saúde Mental no PPA/DF 2012 a 2015.....	84
3.3- Os Gastos em Saúde Mental.....	89
Considerações Finais.....	95
Referências Bibliográficas.....	99

Introdução

Na configuração histórica da política de saúde mental, o modelo asilar e excludente se constitui no Brasil desde período Imperial, com a criação dos hospícios. Nesses lugares eram colocadas pessoas que não estariam “adequadas” para viver em sociedade, sendo retiradas do convívio social. O tratamento para pessoas com transtornos mentais se configurou com práticas de isolamento e de exclusão. Todo esse cenário começa a ser questionado nos anos 1970, e mais intensamente, na década seguinte, pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo um dos seus principais atores o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A reforma psiquiátrica brasileira visava romper com o modelo instituído na política de saúde mental e desinstitucionalizado para um modelo de atenção psicossocial, pautado na cidadania e na dignidade das pessoas com transtornos mentais. Com isso, desde início do movimento da reforma psiquiátrica, a saúde mental passou por vários avanços, com o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e um modelo assistencial e comunitário, que lentamente vem sendo implementando no Brasil.

Cabe salientar, a importância da área da saúde mental, como um campo de trabalho dos assistentes sociais do DF e do Brasil. Na atual conjuntura, umas das principais estratégias do modelo assistencial e comunitário são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que necessariamente deve ter um assistente social em sua equipe profissional. Visto que as primeiras intervenções profissionais na área da saúde mental datam-se de 1946, no Centro de Orientação Infantil (COI) e no Centro de Orientação Juvenil (COJ). (BISNETO, 2009). Percebe-se que na área da saúde mental há expressões da questão social presentes no processo saúde doença da sociedade, não se pensando a saúde como apenas ausência de doença, é também condicionada aos determinantes sociais que “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de riscos na população”. (BUSS; FILHO, 2008, p. 78).

Compreende-se por questão social neste estudo, as consequências da exploração do trabalho pela sociedade capitalista, que se apropria de maneira privada do trabalho socialmente produzido pela classe trabalhadora, gerando assim enorme desigualdade social - pilar deste sistema. Nesse contexto que se apresenta diariamente as mais diversas expressões da questão social, em que se faz necessário o trabalho do/a assistente social, sejam tais como os sujeitos vivenciam no trabalho, na família, na área habitacional, na educação e na saúde. (IAMAMOTO, 2009).

Na sociedade capitalista, o fundo público na constituição do Estado Social teve papel ativo nas políticas macroeconômicas tanto para garantir acumulação produtiva, quanto para a manutenção das políticas sociais, em especial a da seguridade social. Na atual conjuntura, o fundo público é primordial para manutenção do capitalismo no âmbito econômico e na garantia do contrato social. O fundo público expressa a capacidade do Estado arrecadar recursos para desenvolver suas ações, visando atender os interesses do capital e da classe trabalhadora, a depender da correlação de força. A parte mais visível e que melhor expressa o fundo público é o orçamento público. (SALVADOR, 2010). Conforme Oliveira (2009), o orçamento é um instrumento de política econômica e de planejamento, que contém as receitas e os gastos administrados pelo Estado, mas apesar de ser uma peça técnica e formal (instrumento de planejamento, controle e direcionamento dos gastos), possui originalmente um cunho político, pois por meio dele há garantia de fato das ações do Estado, que demonstra as prioridades do governo e de como será realizado o financiamento das políticas públicas.

Com isso, o estudo do fundo público, em especial, o do orçamento da saúde mental é relevante para saber quais as ações que estão sendo priorizadas pelo governo brasileiro, nessa política, bem como para compreender como se deu e ainda perpassa o processo de reforma psiquiátrica no Distrito Federal.

A questão de pesquisa que orienta este trabalho é:

- quais são os gastos do orçamento da saúde mental no Distrito Federal no Plano Plurianual de 2012 a 2015?

Em decorrência desta questão, este TCC, tem por objetivo geral analisar os gastos do orçamento da Saúde Mental no Distrito Federal, entre o período de 2012 a 2014.

Além disso, buscou-se os seguintes objetivos específicos: (a) investigar a trajetória sócio histórica da política de saúde mental no Distrito Federal; (b) investigar a execução orçamentária da política de saúde mental do Distrito Federal durante o período de 2012 a 2014; (c) identificar à direção dos gastos orçamentários com a saúde mental no Distrito Federal no referido período.

Esta pesquisa no primeiro momento, tinha como objetivo analisar o PPA de 2012 a 2015, tendo em vista que o ano de 2015 seria analisado até o mês de junho. No entanto, por estar em curso o exercício de 2015, os dados relacionados a esse estão disponíveis até o mês de maio, por isso optou-se pela análise somente dos anos de 2012, 2013 e 2014, o que representa 75% da execução orçamentária do PPA.

Esta pesquisa fundamenta-se em uma abordagem quantitativa e qualitativa de análise crítica do orçamento da saúde mental no Distrito Federal. A perspectiva metodológica está centrada no método histórico dialético, em que se busca conhecer a estrutura e a dinâmica do objeto de pesquisa, ou seja, partindo da simples aparência em busca da essência. Esse processo ocorre por meio de aproximações sucessivas ao objeto estudado, assim possibilita compreender a realidade concreta desse e de suas múltiplas determinações, sob uma perspectiva de totalidade, bem como procura-se encontrar as principais mediações existentes e de forma crítica apropriase do conhecimento. (NETTO, 2009). Segundo Mynayo (2010, p. 24), este referencial teórico-metodológico permite “analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais”.

Embasado nesse referencial, este trabalho faz uma contextualização histórica e conjuntural da política de saúde mental no Brasil e no Distrito Federal (DF), observando-se as determinações econômicas, políticas e sociais que incidiram sobre essa política social e também na estruturação do fundo público no caso brasileiro.

Para se fazer uma análise numa perspectiva crítica de gastos orçamentários, segundo Salvador e Teixeira (2014, p.19), uma questão deverá ser levantada “qual é o montante, o destino e a relevância do gasto social?”. Nesse sentido, esta pesquisa traceja em busca de responder essa pergunta no tocante ao orçamento da saúde mental no Distrito Federal. No qual o primeiro aspecto será abordado com a comparação do valor inicialmente previsto do orçamento destinado à saúde mental e o que de fato foi executado, bem como a averiguação destes gastos ao longo dos anos para identificar a variação desses. Com isso, demonstra-se quais foram as prioridades do governo para com os gastos sociais, em particular, com a política de saúde mental. O segundo aspecto, o destino do gasto orçamentário, é explicitado por meio da identificação da divisão dos recursos da saúde mental entre as suas diversas ações no orçamento público. Com isso, foi possível identificar para o período de 2012 a 2014, as ações mais relevantes e as menos priorizadas no orçamento público da saúde mental. Por fim, o último aspecto tratado é a verificação do percentual do valor liquidado da saúde mental em relação ao total da função orçamentária que representa a política de saúde no orçamento do Governo do Distrito Federal (GDF). Ressalva-se que os dados orçamentários foram deflacionados. Conforme Salvador e Teixeira (2014, p. 19) “as despesas devem ser atualizadas por um deflator que reflita de forma apropriada a inflação do período em estudo, eliminando assim os efeitos da variação de preços e desvalorização da moeda”.

Os procedimentos metodológicos realizados foram o levantamento e revisão bibliográfica sobre o tema a respeito das categorias política de saúde mental, política de saúde, reforma psiquiátrica e fundo público; a análise da política de saúde mental nos Planos Plurianuais (PPAs) do governo federal, de 1996 a 2015; o levantamento de dados dos indicadores sociais e econômicos do Distrito Federal com base em documentos da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN); a análise da legislação orçamentária do DF, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Para os dados orçamentários, importantes fontes foram a Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento Público e Gestão (SEPLAG) e os relatórios anuais de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que foram disponibilizados pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF); e, além da sistematização dos dados da execução orçamentária da saúde mental.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a construção histórica da saúde mental conjuntamente com a política de saúde no Brasil, desde período colonial à ditadura militar. Também se contextualiza a reforma sanitária brasileira e a Constituição Federal de 1988, bem como o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e o debate sobre ofensiva neoliberal e a contrarreforma na saúde.

O segundo capítulo é dedicado a compreensão de fundo público, bem como das premissas normativas do orçamento público e o orçamento da seguridade social no Brasil. Há também o debate sobre o financiamento da saúde após a Constituição Federal de 1988, bem como uma análise da política de saúde mental nos Planos Plurianuais-PPAs e de sua rede de atenção.

Por fim, o terceiro capítulo trata da configuração história da política de saúde mental do DF e da análise dos dados quantitativos dos gastos orçamentários da saúde mental no DF, do período de 2012 a 2014.

Capítulo I

Contextualização Histórica e Política da Saúde Mental no Brasil

Neste capítulo realiza-se uma contextualização histórica da política de saúde no Brasil, bem como da saúde mental de maneira a contribuir com análise dos gastos orçamentários da saúde mental do DF. O texto inicia com uma breve caracterização da saúde desde do período colonial à ditadura militar, numa perspectiva de um processo amplo e complexo com muitas transformações econômicas e sociais ao longo desses anos, e relata sobre a constituição das primeiras medidas em relação às pessoas com transtorno mental no país. Em seguida, aborda-se a reforma sanitária brasileira e a Constituição Federal (CF) de 1988. Logo depois, apresenta-se algumas reflexões do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Por fim, o debate sobre ofensiva neoliberal e a contrarreforma na saúde.

1.1- A saúde do Período Colonial à Ditadura Militar

No Brasil não houve uma política de saúde pública estatal durante o período colonial e imperial. Segundo Aguiar (2011) apenas medidas para conter problemas de saúde pública que causavam algum risco direto à produção econômica e prejudicava o comércio internacional.

Durante o século XVIII, a assistência médica se resumiu a prática liberal- desempenhada por alguns raros médicos vindos da Europa para atender as classes dominantes, no caso a maioria eram os coronéis do café, e para o restante da população cabia os costumes populares dos curandeiros e a filantropia, visto que foram criadas no começo do período colonial as primeiras Santas Casas de Misericórdia. (AGUIAR, 2011; BRAVO, 2006).

No período imperial a condição de intervenção na saúde poder ser resumida, nos seguintes termos, segundo Escorel e Teixeira (2012)

A ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e a internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas, que tinham hospitais em diversas cidades ou eram geridos por entidades mutualistas, com a Beneficência Portuguesa e outras instituições deste tipo, que aos poucos foram criadas nas grandes cidades do país. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.281, grifos nossos).

Essa primeira iniciativa de assistência às pessoas com transtornos mentais no país ocorreu em 1841, por meio do decreto nº 32, cuja finalidade era a criação do primeiro hospital

psiquiátrico do país, criado pelo então Imperador Dom Pedro II na data de sua sagração. Porém, a inauguração só ocorreu em 1852, conhecido como o Hospício de Pedro II, o qual se tornou uma instituição de cunho caritativo, pois logo foi atrelado a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. (AMARANTE, 2008).

Ainda no tocante à assistência das pessoas com transtornos mentais, segundo Amarante (2008), nos 150 anos subsequentes da construção do Hospício de Pedro II, a política de saúde mental se resumiu à expansão de hospícios pelo país sob os mesmos princípios que o assentaram.

Os serviços de saúde no final do período imperial continuaram nas mesmas bases anteriores, com o privilegiamento da capital do Império em detrimento do restante do país que ficava na penúria. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Com o fim do período imperial e com a Proclamação da República, o cenário político do país é marcado pela consolidação de um bloco ligado à exportação de café e a pecuária, das oligarquias mineiras e paulistas, que concentravam o poder e alternavam seus representantes na presidência da República. Esse momento na República Velha (1889-1930) foi conhecido como a “política do café com leite”. Solidificou-se uma economia agroexportadora, assentada principalmente na produção do café, isso proporcionou a modernização e expansão dos transportes ferroviários e dos portos, bem como os setores secundários e terciários também se desenvolveram. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; BOSCHETTI, 2006).

No âmbito da saúde mental, em 1890, apenas um ano após da queda do regime monárquico, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, sendo a direção entregue aos médicos. Então, criou-se o primeiro órgão nacional de normatização e gestão da assistência, Assistência Médico-Legal aos Alienados, bem como foram fundadas as duas primeiras colônias de alienados localizadas no Rio de Janeiro¹ que serviram de modelos para implementação de diversas dessas unidades por todo país. (AMARANTE, 2008).

Essas instituições denominadas pelo termo “colônia” demonstram uma:

proposta de uma modalidade única de cultura: de colonização de um determinado tipo de pessoas, ligadas por uma origem étnica, profissional, religiosa ou de uma natureza especial, como seria o caso dos alienados. De qualquer forma, tal princípio expressa uma prática de segregação dos sujeitos identificados como loucos. (AMARANTE, 2008, p. 737).

¹ As colônias de São Bento e de Conde Mesquitas, ambas na Ilha do Galeão. (AMARANTE, 2008).

Esses espaços foram o reflexo do pensamento discriminatório que perdurou muitos anos na prestação de assistência psiquiátrica para com tais sujeitos e complementaram o modelo asilar existente dos hospitais psiquiátricos predominante no país.

Mesmo com o crescimento econômico, os serviços de saúde não tiveram muitas alterações com estabelecimento da República, a população ainda sofria com diversas doenças como cólera, febre amarela, malária, varíola, tuberculose e outras, além das precárias condições de saneamento básico. Visto que as medidas de infraestrutura e saneamento eram prioritariamente adotadas em lugares de circulação de mercadorias para incentivar o mercado internacional e impulsionar a política de imigração, no caso os lugares eram os portos de Santos e Rio de Janeiro, deixando a maioria da população sem os serviços básicos de saúde. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; AGUIAR, 2011).

As ações de saúde desenvolvidas nos primeiros anos do governo republicano se limitavam à capital federal e no modo geral ao tratamento de epidemias, tendo em vista que essas tinham aspecto emergencial. O Estado só as desenvolviam em momentos de crises sanitárias. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O governo do presidente Rodrigues Alves, no período de 1902-1906, tomou medidas pontuais no campo da saúde. Uma dessas medidas foi dá posse, em 1903, ao médico Oswaldo Cruz na direção da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Oswaldo Cruz teve como objetivo dar fim a febre amarela, a peste e a varíola, para tanto utilizou o modelo de intervenção de campanhas sanitárias². (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nesse mesmo ano, o governo mandou para o Congresso uma proposta para modificar a saúde pública com diversas medidas, uma delas era sobre a obrigatoriedade da vacina para toda sociedade brasileira, porém, não foi aceita e conseqüentemente foi retirada de pauta. Em 1904, com um novo surto da varíola no Rio de Janeiro, o governo novamente enviou à Câmara um projeto para atestar a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra varíola em todo território nacional. Diferentemente da proposta anterior, essa foi aprovada e, em seu regulamento, constava a obrigação de atestado de vacinação para diversas ocasiões, como na hora de efetuar a matrícula na escola, casamento, viagens, outros. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em novembro de 1904, a sociedade teve o conhecimento deste regulamento e prontamente várias pessoas foram contrárias a essa lei e tomaram as ruas da capital do país em

² Esse modelo propõe o controle de determinadas doenças, com ações específicas ante o problema pontual e de curto tempo de atuação, utilizada em diversos momentos, porém com forte semelhança às operações militares. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

protestos sob forte repressão militar. Momento esse conhecido com a Revolta da Vacina, um levante popular contra as medidas autoritárias e policiais por parte do poder hegemônico, em um contexto de “higienização” da cidade do Rio. O movimento era guiado por opositores políticos do governo e médicos contrários a medida adotada. Muitas pessoas foram presas, feridas e até mortas no confronto com a polícia. Depois desse acontecimento a vacinação passou de obrigatória para opcional. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; AGUIAR, 2011).

As ações de saúde pública sofrerão alguns impactos a partir de 1920, quando o médico Carlos Chaga assume a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Nessa direção, alguns programas adotaram a estratégia de propagandas e da educação sanitária para prevenção de doenças da população. E criaram-se inspetorias no Rio de Janeiro de higiene industrial e alimentar e de profilaxia da tuberculose. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; AGUIAR, 2011).

Em 1923, fruto da luta da classe trabalhadora foi promulgada a Lei Eloy Chaves, por meio do Decreto Legislativo nº 4.682, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)³. A Lei Eloy Chaves regulamentou a obrigatoriedade de cobertura de risco de acidente no trabalho e “obrigou” a criação das CAPs por parte das empresas de estradas de ferros. Segundo Boschetti (2006) foi a primeira vez que houve a “garantia aos trabalhadores assalariados do setor urbano o direito a atendimento médico, a medicamento, a aposentadoria e a pensão em caso de morte”. (BOSCHETTI, 2006, p.16). Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 90), a assistência médica nesta perspectiva era vista como “uma atribuição central, obrigatória e permanente das intuições previdenciárias”.

Com a crise capitalista de 1929, que segundo Behring e Boschetti (2009, p. 68), “foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento”, sentida no Brasil, sobretudo, pela alta desvalorização do café, até então principal produto de exportação, colocou em xeque a política do “café com leite”. Nesse contexto, Getúlio Vargas, em 1930, promove o golpe de Estado com o apoio dos gaúchos e paraibanos e assume a presidência da República. No seu primeiro ano de governo, Getúlio Vargas cria o ministério para área de saúde em conjunto com a educação, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que possuía departamentos nacionais de ambas políticas. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

³ As caixas tinham caráter privado e eram organizadas pelas próprias empresas com o predomínio da lógica do seguro, bem como havia heterogeneidade entre os tipos, quantidades e valores de benefícios e o financiamento era em duas partes, ou sejam as contribuições baseavam-se na folha de salários-3% de cada trabalhador, na renda bruta das empresas 1% e imposto anual 1,5% sobre os serviços prestados pelas empresas. (BOSCHETTI, 2006).

As principais medidas adotadas pelo governo Vargas na saúde pública, entre 1930 e 1940, foram: as campanhas sanitárias fortemente policiaescas e autoritárias, uma atenção maior para o interior do país no combate de endemias rurais, a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), sendo o primeiro serviço de saúde pública de âmbito nacional, e a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que institucionalizou as campanhas sanitárias, assumiu a responsabilidade na formação de técnicos em saúde pública e incorporou no seu quadro institucional os serviços de combate a endemias. (BRAGA; PAULA,1981).

Em relação à saúde mental, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que proporcionou ampliação e construção de hospitais e ambulatórios psiquiátricos, por meio de acordos com secretarias estaduais. (GONÇALVES, 1983). Entretanto, esse serviço não alterou a lógica discriminatória e excludente na atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Bravo (2006), sob esse cenário, a política de saúde constituiu-se em caráter nacional, assentada em duas bases distintas: o de saúde pública e a medicina previdenciária. A medicina previdenciária inicia-se na década de 1930, com o processo de criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com caráter curativo e individual, na funcionalidade de “estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla”. (BRAVO, 2006, p.5).

Conforme Oliveira e Teixeira (1986), a previdência social norteia-se, no período de 1930 a 1945, sob a “orientação contencionista”, procurando aumentar as reservas financeiras com a diminuição das despesas, sendo que principal ação seria somente a concessão de aposentadoria e pensões. A assistência médica seria uma prioridade secundária e provisória, com os limites orçamentários. Com isso, a ênfase foi na compra de serviços médicos de terceiros, mediada por pequenas instituições privadas, clínicas, hospitais e consultórios, que agiam independentemente e se submetiam as normas da própria instituição previdenciária.

Para Escorel e Teixeira (2012, p. 305), os rumos adotados pelo governo do presidente Vargas ocasionaram “o distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual ante as atividades de saúde pública”. Ressalta-se que

foi criado, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)⁴, “em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller”. (BRAVO, 2006, p. 5). O SESP era subordinado ao MESP e suas ações tinham caráter de medicina preventiva e curativa, além de ser um órgão provisório, porém isso não ocorreu, ele permaneceu por longos anos na estrutura da política de saúde. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Após 15 longânimes anos no poder, Vargas foi deposto em 29 de outubro de 1945, numa conjuntura de fim de Segunda Guerra Mundial, com a vitória dos Estados Unidos e das forças aliadas frente ao fascismo e nazismo, com a ruína de Hitler.

O general Eurico Gaspar Dutra assumiu a presidência da república para o período de 1946 a 1951. No seu governo, a saúde pública foi moldada pelo “sanitarismo campanhista”, com seu forte cariz autoritário e centralizador. Obteve-se, entre 1948 e 1949, a queda dos casos da malária e de doenças transmitidas por insetos e também das taxas de tuberculose. Outro fato relevante, a construção entre 1940 e 1950 dos grandes hospitais públicos no país. (BRAVO, 2006; SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1951, novamente Getúlio Vargas (1951-1954) torna-se chefe do poder executivo, por meio de eleições diretas. Na sua segunda passagem pelo governo ampliou a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e construiu hidrelétricas e rodovias, bem como criou a Petrobras, entre outras, sob moldes de uma política nacionalista. Além disso, se consolidou no governo de Vargas, o populismo, “como uma modalidade de relação entre governante e governados”. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 309). Um movimento político onde as massas populares possuem um vínculo emocional com o líder populista, assim o permite ser eleito e governar.

A grande mudança na área da saúde pública neste segundo governo varguista, foi a separação ministerial da educação e da saúde. Então criou-se, em 1953, o Ministério da Saúde. No campo da medicina previdenciária, os CAPs e IAPs foram obrigados a proverem aos seus segurados serviços de combate à tuberculose e ainda garantiu-se a inclusão dos partos normais na assistência médica, visto que houve o aumento das despesas com atenção médico-hospitalar. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O presidente Getúlio Vargas se suicida em meio a enorme pressão da oposição em 1954. E as novas eleições elegem Juscelino Kubitschek (JK), novo presidente do Brasil, com o mandato para o período de 1956 a 1960. O seu governo impulsiona grandes transformações econômicas com o amparo do capital estrangeiro e coloca em ação o Plano de Metas, bem como

⁴ Com intuito de operar no combate à febre amarela e à malária na Amazônia e no vale do Rio Doce, áreas de grande interesse econômico do governo norte-americano por terem quantidades exaustivas de borracha e minérios.

cumprir um dos compromissos políticos de sua campanha eleitoral, a construção de Brasília. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No governo do Presidente JK, apesar do presidente ser médico de formação, as ações de saúde pública foram modestas e se pautaram em campanhas, tais como para erradicar a malária, varíola e a lepra, sendo que a última não obteve muito sucesso. Além do mais, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) atuava em determinadas doenças no campo e já o SESP expandia suas ações de assistência à saúde, entre eles não existiam um diálogo, conseqüentemente os programas e ações eram desenvolvidos de forma independente por cada um. Para Scorel e Teixeira (2012, p. 314) “faltava um plano geral que coordenasse e integrasse as medidas de saúde pública nos anos 50 e 60. Essa ausência possibilitava a multiplicidade de ações superpostas”. Segundo Aguiar (2011), no governo do presidente JK, enquanto a saúde pública não sofria muitas alterações, na contramão, os IAPs fortaleciam o modelo de assistência médica curativa e construía os seus próprios hospitais.

Após o término do mandato do presidente JK foram realizadas novas eleições presidenciais, em 1960, que foram vencidas por Jânio Quadros. Contudo, depois de 8 meses no cargo de presidente, Jânio Quadros acabou renunciando, em um contexto de baixa popularidade, de crise da econômica e de insatisfação com os rumos do país pelos militares. Com a renúncia do presidente Jânio Quadro, seu vice, João Goulart assume a presidência, contudo, inicialmente, com poderes limitados, uma vez que foi implantado o parlamentarismo no Brasil, sendo revogado após o plebiscito. Esse momento foi de grande turbulência no cenário político brasileiro, que culminou no golpe militar, no dia 01/04/1964. Nesse breve espaço de tempo, pouco se modificou na condução da política de saúde no Brasil, mas destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, após treze anos da II Conferência. A III CNS foi fundamental para o movimento da reforma sanitária, pois nela houve a discussão e defesa pela municipalização e universalidade da saúde, saúde do trabalhador, condicionantes e determinantes da saúde. Essas pautas posteriormente serão resgatadas e atualizadas no debate da VIII CNS, o grande marco da saúde.

A ditadura militar sustentada pelo grande capital nacional e internacional, e com apoio da tecnoburocracia civil e militar, teve entre os seus objetivos, o aumento das taxas de acumulação do capital, por meio da modernização e industrialização do país. Em contrapartida, durante a ditadura militar houve cortes dos gastos sociais, bem como a sociedade brasileira teve seus direitos civis e políticos progressivamente suprimidos. (SCOREL, 2012). Além de uma brutal elevação da concentração de renda.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), no período da ditadura militar, houve a efetivação do modelo de favorecimento do produto privado no país, assentado nos seguintes aspectos:

- a previdência social se estendeu na sua magnitude quase a totalidade da população urbana e apenas uma pequena parte da rural, na cobertura previdenciária;
- uma política nacional de saúde assentada nos interesses do capital internacional por meio da expansão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, que favorecem uma prática médico curativa, individual, assistencialista e especializada, em prejuízo de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;
- a criação de um complexo-médico-industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e,
- ênfase na lucratividade no campo da saúde, possibilitando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços, tendo o Estado como regulador do mercado de produção e consumo de saúde.

Nota-se que assistência médica se tornou uma atividade extremamente lucrativa, tendo a previdência como principal comprador dos serviços médicos do setor privado. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). A saúde mental não ficou fora dessa lógica de lucratividade. Os serviços psiquiátricos são vendidos pelo setor privado para o Estado e segundo Amarante (2008, p. 79-80) “a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos”.

O período de 1974 em diante trouxe à tona, segundo Oliveira e Teixeira (1986), “crise e reformas” do complexo previdenciário juntamente com a crise econômica e política, pois o país já não obtinha mais as altas taxas de crescimento, como no período anterior do “milagre econômico” (1969-1973). Diante do aprofundamento da crise internacional, os problemas se acirraram, assim como se ampliou o descontentamento das classes médias e populares contra o governo ditatorial. Nesse cenário, o governo realizou diversas reformas administrativas, as mais significativas para o campo da saúde foram a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, um órgão voltado para ações de interesse da saúde do setor público e privado, e o Sistema

Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, para reorganizar e implantar o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Segundo Bravo (2006, p. 7) a política social, no período de 1974 a 1979, é marcada pela maior efetividade no enfrentamento da questão social, com o propósito de “canalizar as reivindicações e pressões populares”. Destaca na área da saúde, as reformas realizadas de 1974 a 1979, mas que não conseguiram modificar as bases anteriores da política de saúde, pois ainda havia uma ênfase no setor privado e na prestação de ações curativas para previdência social. Por outro lado, conforme Bravo (2006), o Ministério da Saúde, mesmo de maneira restrita, retomou ações de saúde pública. Um exemplo foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) criado em 1976, que unia a abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista. Esse programa tinha como objetivo expandir a cobertura de serviços de saúde em especial nas zonas rurais e pequenas cidades do interior do país. O PIASS resultou na ampliação da rede ambulatorial pública e possibilitou a entrada de técnicos procedentes do movimento sanitário nos órgãos de saúde de Estado⁵. (AGUIAR, 2011; ESCOREL, 2012).

Uma outra iniciativa foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta contemplada no plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), elaborado em 1982. Essa estratégia tinha como objetivo realizar “um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, como gerência nos níveis central, regional e local”. (BRAVO, 1996, p. 60-61). As AIS tiveram sua instrumentalização fortalecida apenas a partir de 1985, baseadas nos princípios de universalização, a saúde como direito universal, descentralização e democratização das decisões administrativas, com em foco nos serviços de atenção primária a saúde.

As AIS representaram um avanço para política de saúde e, conforme Escorel (2012, p. 253), “a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que vinha sendo realizado por cada um dos ministérios e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para unificação do sistema de saúde”.

A organização e mobilização do povo brasileiro, sobretudo, dos movimentos sociais e sindicais, destacadamente nos anos de 1983 e 1984, que foram as ruas questionar a ditadura militar e reivindicar a volta das eleições presidenciais diretas, movimento conhecido como

⁵ Outras duas experiências inovadoras e contribuintes para às ideias da Reforma Sanitária foram o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus) e o Projeto Montes Claros, que podem ser analisados de maneira aprofundada em Escorel (2012).

“Diretas Já”, levou ao fim da ditadura militar no país. Mesmo sem aprovação da Emenda da Diretas, estava nítida a insustentabilidade da ditadura militar com a enorme insatisfação popular. Nesse cenário, Tancredo Neves foi eleito indiretamente pelo Congresso Nacional, porém não toma posse no cargo, vindo a óbito em decorrência de complicações em sua saúde. Diante do falecimento do presidente eleito, o seu vice, José Sarney, assume a Presidência da República, em 15/03/1985, isso marca o início da transição democrática, denominado “Nova República”.

Conforme Bravo (1996, p. 63), “a “Nova República” foi resultante de uma negociação “pelo alto” entre os dirigentes do bloco autoritário e a principal força partidária de oposição”.

De acordo com Teixeira e Mendonça (2006, p. 204), ocorreu

Uma transição conservadora já que reedita o caráter arcaico das relações entre as classes sociais, elites políticas e Estado, prevalentes em toda história brasileira. Por outro lado, implica a existência de uma escala muito restrita de liberdade de ação dos governos democráticos insuficientes para alterar o dramático quadro social consolidado ao longo de dezenas de anos de desenvolvimento excludente.

Portanto, a política de saúde historicamente do período colonial ao começo do século XX, se pautou pela baixa interferência estatal para provê-la. Aos pobres cabiam as práticas de filantropia e os costumes populares, porém a camada abastarda tinha seus próprios médicos. As mudanças começam a partir da década de 1930, quando o Estado passa de forma mais sofisticada a intervir nas expressões da questão social. Inicia-se uma política de saúde conduzida por duas áreas bem distintas, o da saúde pública e o da medicina previdenciária. Os anos seguintes demonstram que a segunda será fortalecida em detrimento da primeira, pois essa (assistência médica previdenciária) proporciona uma enorme rentabilidade econômica, tendo o seu apogeu durante a ditadura militar (1964 a 1985). No que diz respeito à política de saúde mental há claramente um direcionamento de exclusão e marginalização das suas ações, pois a história revela a criação de espaços discriminatórios que de alguma forma retiravam as pessoas com transtornos mentais do convívio social. Tudo isso será questionado pelo “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” e da “Reforma Psiquiátrica”, cuja pauta de luta buscava transformar as bases históricas em que a saúde e saúde mental foram constituídas no Brasil, sendo o capítulo de saúde inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988, uma das vitórias desses dois movimentos reformistas.

1.2- A Reforma Sanitária Brasileira (RSB): os caminhos para universalização da saúde e a Constituição Federal de 1988

O quadro político, econômico, sanitário e social fez emergir em meados da década de 1970, um movimento social que tinha como projeto de luta a democratização da saúde, mais conhecido como o “movimento da reforma sanitária brasileira”. Neste sentido, a saúde passa ser apreciada de forma crítica e há o questionamento do modelo vigente nesta política do favorecimento do produto privado desde pós-1964. O movimento de reforma sanitária brasileira foi fortemente inspirada na Reforma Sanitária Italiana⁶.

A definição de Reforma Sanitária trata-se conforme Teixeira (2006, p. 39):

A um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviço sob a égide do Estado.

Em que as estratégias de luta pela Reforma Sanitária observadas por Teixeira e Mendonça (2006) perpassam pelo direcionamento da difusão de uma consciência sanitária, ou seja, “a politização da questão saúde”, bem com o da criação de um sistema único universal de saúde, assim ocorrendo “uma alteração da norma legal” e por fim, a “transformação do arcabouço e das práticas institucionais” galgadas nos princípios democráticos.

Os passos iniciais do movimento de RSB foram dados dentro das universidades, especificamente nos departamentos de medicina preventiva e social, nas escolas públicas de saúde e a colaboração dos pesquisadores ligados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Esses locais propagavam um olhar crítico sobre a saúde tudo isso por meio da apropriação do método histórico-estrutural, para compreender a saúde para além da doença, vendo ela inserida num contexto social complexo e contraditório com múltiplas determinações. (PAIM, 2008; TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006). Entretanto, o movimento sanitário não ficou somente no escopo da produção acadêmica. Ele conseguiu congrega “a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária”. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006, p. 205).

⁶ Uma análise mais aprofundada da Reforma Sanitária Italiana pode ser vista em Berlinguer; Teixeira; Campos (1988).

A inclusão no movimento sanitário das organizações sindicais médicas, a exemplo dos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, trouxe uma dimensão política para o movimento em favor de novo sistema de saúde, baseado no acesso universal sob a responsabilidade estatal. O episódio de greve geral dos médicos em 1981, contribuiu para expansão do movimento, quando esses contestaram as condições de trabalho e remuneração, até o andamento da própria política de saúde e as condições deterioradas em que se encontrava à assistência médica. (ESCOREL, 2012; TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006).

Nesse cenário de tomada de posição crítica de intelectuais e profissionais pela defesa da saúde pública é que foi criado, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). O CEBES passou a realizar eventos, conferências e publicações, tendo a revista “Saúde em Debate” como mecanismo de difusão de seu pensamento, com a finalidade de propagar uma nova proposta para o sistema de saúde. Deste modo se insere na luta geral da sociedade pela redemocratização do país. Uma outra instituição colaboradora do processo do movimento da reforma sanitária foi a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979. A Abrasco sempre buscou organizar a prática acadêmica que questionava modelo assistencial até então vigente no país e pensava conjuntamente com os demais em uma proposta de Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração as diretrizes expressas na “Declaração de Alma-Ata”⁷. (PAIM, 2011; TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006).

Para Fleury (1997, p. 26),

o CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.

Em outubro de 1979, o CEBES apresentou no “I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal” a proposta do SUS, regida por princípios e diretrizes para sua criação e além disso o movimento ganhou a partir de então apoio de parlamentares e sindicalistas. (FLEURY, 1997). Segundo Bravo (2006), as principais propostas debatidas pelos sujeitos coletivos da reforma, para apresentar essa proposta foram em torno: a saúde como direito social

⁷ Elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada no Cazaquistão, que era até então uma das repúblicas pertencentes à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1978. Esse documento reafirmou o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), definida como “um estado do completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Os aspectos que foram enfatizadas nessa Conferência foi em torno da atenção primária à saúde, a participação da comunidade, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, numa perspectiva de humanização da saúde e de seus determinantes sociais.

e dever do Estado, descentralização e hierarquização dos serviços, a criação de um Sistema Unificado de Saúde, o acesso universal aos serviços e mecanismos de gestão para democratizar o poder local e para haver maior participação popular e que de fato o financiamento fosse efetivo.

O ano de 1986 é um marco importante para o projeto da Reforma Sanitária com a realização, em Brasília, da “VIII Conferência Nacional da Saúde” (CNS). Esse evento contou com a participação de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, sendo mil delegados. Como forma de protesto, os setores empresariais da saúde não participaram do evento por não serem a favor dos princípios que norteavam à conferência, ou seja, a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado. Essa conferência trouxe a sociedade para discutir a questão da saúde na perspectiva de uma totalidade, após o episódio de greve geral dos médicos, não apenas o Sistema Único, mas também pensar em uma reforma sanitária. (BRAVO, 1996).

Conforme Bravo (1996), os debates saíram da esfera dos fóruns específicos para a participação da população do modo geral com a representação dos movimentos populares, pesquisadores, profissionais da área, partidos políticos e sindicatos e centrais de trabalhadores.

Segundo Teixeira e Mendonça (2006, p. 217-218):

estas forças sociais se fizeram representar no plenário da Conferência, garantindo a proposta elaborada no relatório final a legitimidade e o apoio político de um “verdadeiro programa para a Reforma Sanitária”, na medida em que resultou de um exaustivo debate em torno das demandas específicas das diferentes forças sociais presentes. Representou também um acordo político importante entre essas mesmas forças, em função da necessidade de implementação de mudanças na política de saúde, diante de interesses já consolidados no interior do setor saúde.

De acordo com Paim (2011), o relatório final dessa conferência inspirou o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas de regulamentação desta política, em especial o SUS. Para o autor, tanto o SUS, quanto a reforma sanitária brasileira, surgiram da sociedade, e não de governos ou partidos.

Esse evento desencadeou outras conferências de áreas específicas, como: Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher e Saúde do Índio, bem como houve a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), ocorrendo inúmeros debates e entraves entre o setor privado, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e o movimento sanitário brasileiro. (BRAVO, 1996).

De acordo com Escorel (2006, p. 185-186):

No desenvolvimento histórico do Movimento Sanitário percebe-se que a luta pela transformação da saúde nunca se distanciou da luta pela transformação

da sociedade, mesmo que sabendo-se de antemão as restrições colocadas para a luta numa arena setorial.

A participação do movimento sanitário na Assembleia Nacional Constituinte entre 1987 e 1988 foi decisiva para assentar os princípios norteadores da política de saúde brasileira, sendo que sua representação se deu por meio da Plenária Nacional de Saúde. A “Constituição Cidadã”, assim denominada pelo deputado Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Constituinte, foi promulgada no dia 5 de outubro de 1988. A saúde foi uma das grandes pautas reivindicada pelos movimentos sociais, saindo do interesse dos técnicos para sociedade civil no geral.

No primeiro projeto de regimento apresentado em relação à saúde, ela seria inclusa conjuntamente com a educação, cultura, esporte e lazer, em apenas uma subcomissão enorme, assim inviabilizaria as pautas. Contrário a essa tônica, as forças da saúde se movimentaram e obtiveram uma emenda, acatada pelo Senado e confirmada pelo plenário, assim criou-se uma subcomissão própria da saúde, seguridade social e meio ambiente. A saúde tornou-se objeto de disputa entre dois blocos distintos, de um lado, a Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), ou seja, os grupos empresariais e de outro lado, os defensores da reforma sanitária, representados pela Plenária Nacional pela Saúde Constituinte. (BRAVO, 1996).

Os interesses do setor privado foram representados pelo “bloco” que tinha uma clara postura em favor do governo e dos interesses patrimoniais, o conhecido “Centrão”. O “Centrão” estava relacionado com os segmentos mais conservadores da sociedade do PMDB, PFL, PTB, PDS, e outros partidos. O Projeto apresentado pelo “Centrão” para política de saúde em sua essencialidade atendia aos interesses do setor privado. (NETO, 1999).

Em meio aos intensos debates, conflitos e acordos entre os defensores da reforma sanitária e o “Centrão”, o capítulo sobre saúde foi aprovado na Constituição Federal de 1988, estando expresso nos artigos 196 a 200. A saúde estabeleceu-se a partir de então, como direito social de todos e dever do Estado, norteada nos princípios da descentralização e hierarquização dos serviços, com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o acesso universal aos serviços, bem como a criação de mecanismos na esfera democrática para propiciar maior participação popular. Também, houve a garantia da participação complementar do setor privado no sistema de saúde, garantido aos interesses da iniciativa privada. Na Comissão de Ordem Social, foi aprovado a saúde como componente da seguridade social, compondo “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar à saúde, à previdência e à assistência social”. (ART. 194, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A regulamentação do SUS ocorreu com a promulgação das leis: 8.080, de setembro de 1990, e a 8.142, de dezembro de 1990. A lei 8.080/90, “trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A lei 8.142, relata sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.

Portanto, a década de 1980 foi um período de grandes mobilizações por parte da sociedade brasileira em busca dos seus direitos, sendo anos marcados pela redemocratização política, bem como pelo período da Assembleia Nacional Constituinte, caracterizando a luta e o engajamento político da sociedade brasileira, um símbolo da transição do regime autoritário para o regime democrático. O movimento da reforma sanitária se fez presente no período da Constituinte e em conjunto com a sociedade conseguiu assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, um avanço para os cidadãos brasileiros, que até então conviviam com uma política de saúde, que se assentava no privilegiamento do setor privado. Entretanto, a luta do movimento da reforma sanitária não se esgotou na Constituição Federal de 1998, pois os anos subsequentes a ela mostraram que para se ter a materialização desse direito de fato, a luta deveria continuar de forma árdua e permanente.

1.3- Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Com a influência do movimento pela reforma sanitária emerge outro movimento reformista no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica, voltado para uma área particular da saúde, saúde mental. “Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar”. (BRASIL, 2005).

O processo da reforma psiquiátrica também se inicia no mesmo período contra a ditadura militar, tendo como norte um processo crítico e reflexivo acerca da política de saúde mental, que historicamente se consistiu no Brasil como uma política voltada para um grupo segregado de pessoas loucas, onde se deveria afastá-las do meio do convívio social e alocá-las em manicômios ou hospitais psiquiátricos, ou seja, fortalecia uma estratégia de repreensão e ordem social do Estado.

Segundo Amarante (1997, p. 165),

a Reforma Psiquiátrica da qual se está falando não diz respeito, exclusivamente, a medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional.

Reforma Psiquiátrica, neste contexto, é um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual.

Inicialmente o processo da Reforma Psiquiátrica preconizava denunciar as condições em que se encontrava a saúde mental no país e trazer a sociedade civil para discutir e tomar partido desta questão, bem como:

1. a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante e, 2. a implantação de alternativas extra hospitalares que, neste contexto, significavam a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional. (AMARANTE, 1997, p.167).

Um dos protagonistas deste processo social foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado a partir da repercussão da “Crise da Dinsam”, Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1978. Alguns profissionais denunciaram e não foram coniventes com as formas desumanas como que os usuários eram tratados pelos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, da Dinsam, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, visto que nestes locais havia alguns presos políticos da ditadura. Em represália a estas denúncias, o Ministério da Saúde expediu várias demissões contra estes profissionais. (AMARANTE, 2008). Tudo isso acarretou na criação do MTSM, como uma resposta de inquietude dos profissionais frente à situação da saúde mental e também do cenário político brasileiro.

O MSTM questionou o modelo psiquiátrico clássico e buscou compreender a função social da psiquiatria e suas instituições. Com esse processo, o MTSM construiu um pensamento crítico acerca da saúde mental com a possibilidade de inversão deste modelo asilar e excludente a partir do conceito de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, desinstitucionalização seria

superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Com isso, o MTSM participou de eventos que possibilitaram debater a questão da saúde mental no país e fortaleceram o processo de reforma psiquiátrica assentado no modelo desinstitucionalizado, esses foram: “V Congresso Brasileiro de Psiquiatria” na cidade de Camboriú (SC), ou mais conhecido como “Congresso de Abertura” e o “I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições”, realizado no Rio de Janeiro, ambos em 1978. Esse último contou com a presença de alguns autores protagonistas do cenário mundial da reforma psiquiátrica, como Franco Basaglia. (AMARANTE, 2008).

Em 1979, aconteceu o “I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental”, na cidade de São Paulo, onde se concluiu que a transformação do sistema de atenção à saúde mental deveria ser articulada com os demais setores sociais, pautada no princípio de uma democracia plena e uma organização mais igualitária da sociedade. Outro evento do mesmo ano em que o MTSM esteve presente foi o “I Simpósio das Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados”, em que relatou sobre a situação crítica da saúde mental no país e algumas propostas foram postas. Neste evento, o CEBES apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que embasou posteriormente a Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde. Um fato marcante foi também a participação de Franco Basaglia no “III Congresso Mineiro de Psiquiátrica”, que possibilitou sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena e gerou inúmeras denúncias sobre a situação crítica em que se encontrava a política de saúde mental no Brasil. (AMARANTE, 2008).

Em 1987, ocorreu na cidade do Rio de Janeiro a “I Conferência Nacional de Saúde Mental” (I CNSM), sob a direção do MTSM que foi contrário a posição do Ministério da Saúde (MS), de se realizar apenas “um evento de caráter congressual e não democrático e participativo, retrocedendo em relação à tradição iniciada com a 8ª Conferência”. (AMARANTE, 1997, p.169). Assim o evento “desobedeceu” a posição do MS, e a exemplo da 8ª Conferência, esse foi aberto para toda sociedade brasileira e contou com a participação de aproximadamente 1.500 pessoas de vários setores da sociedade, sejam de familiares, dos usuários a membros de diversos movimentos sociais. Neste evento as principais discussões foram em torno da falência do modelo hospitalocêntrico⁸ e sobre a necessidade da criação de serviços extras hospitalares, bem como coadunou na agenda do movimento da reforma psiquiátrica, a pauta de uma nova legislação. (AMARANTE, 2008).

⁸ Nesse modelo de atenção prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra hospitalares. (NETO et al, 2012).

O “II Congresso Nacional dosb Trabalhadores em Saúde Mental” (CNSM) ocorreu no período de 3 a 6 dezembro de 1987, na cidade de Bauru (SP), em decorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse congresso que ocorreu a apresentação para sociedade brasileira do lema “Por Uma Sociedade sem Manicômios” e também se escolheu comemorar no dia 18 de maio de cada ano o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”. (AMARANTE, 2008).

A introdução da ideia “Por Uma Sociedade sem Manicômios” no Brasil demonstrou

uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais, e mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura. (AMARANTE, 1997, p.170).

Outro fato marcante deste evento esteve em torno do próprio MTSM que, segundo Amarante (1997, p.170),

sofreu uma profunda e radical transformação, dissolvendo-se enquanto agremiação de técnicos e reconstruindo-se enquanto Movimento Social. Como consequência, o projeto dominante deixava de ser a transformação de caráter tecnocientífico para torna-se um rompimento com a solução daquela ordem.

Percebe-se que esse Congresso foi um dos grandes passos para o processo da reforma psiquiátrica, que se constituiu de fato um movimento social com a participação da sociedade, principalmente dos próprios usuários e de seus familiares, e não mais somente dos profissionais da área. Tudo isso possibilitou amplos debates para se pensar em uma política de saúde mental galgada na cidadania e na superação do modelo psiquiátrico presente no país desde primeiras iniciativas de assistências a esses sujeitos, assentados na marginalização e no “aprisionamento” em estabelecimentos que os afastavam do convívio social.

Ainda no ano de 1987 houve outro fato expressivo para o processo da reforma psiquiátrica, a criação do primeiro “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, em São Paulo, da Secretaria Estadual de Saúde, com foco de ser

uma modalidade de atenção situada no momento da alta hospitalar para a passagem do paciente a vida comunitária ou vice-e-versa, como uma alternativa à integração integral e imediata. Assim, o paciente iria para o CAPS como uma tentativa de evitar a intervenção hospitalar ou quando recebesse alta sem estar apto a retornar plenamente a vida comunitária. (AMARANTE, 1997, p. 172).

O CAPS tornou-se o primeiro serviço de atenção psicossocial do país e fora da lógica manicomial, cujas iniciativas eram assentadas na inserção comunitária dos usuários, bem como

passou a ser referência para as políticas de saúde mental e contribuiu para fortalecer o processo da reforma psiquiátrica na área da formação dos próprios profissionais. (AMARANTE, 2008).

Em 1989, a Prefeitura de Santos entrevistou na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado vinculado ao SUS, onde os usuários internados eram alvos frequentes de violências. Esse acontecimento, de 08 de maio de 1989, se tornou uma das datas mais importantes para o processo da reforma psiquiátrica, pois o poder municipal santista reconheceu “que o hospital psiquiátrico, por sua natureza e função social, era uma instituição de violência e segregação”. (AMARANTE, 2008, p.744).

Logo tomaram atitude de acabar com as ações desenvolvidas pela instituição e desmontaram todo arcabouço manicomial, visto que se inspiravam na experiência Trieste (Itália), iniciada por Franco Basaglia e, prosseguida, por Franco Rotelli. (AMARANTE, 2008).

Com a intervenção da Clínica Anchieta, em Santos, passaram a ser implementados os serviços substitutivos, ou seja, “uma rede territorial de atenção à saúde mental *substitutiva* ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais”. (AMARANTE, 1997, p.171). Com isso, houve a construção, de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento de 24 horas, atendimento ambulatorial e emergencial, intervenção nas demandas sociais e não somente no escopo clínico; o Projeto TAM-TAM, assentado em iniciativas culturais, desde produção de vídeos a criação de uma rádio comunitária; uma cooperativa de trabalho, com objetivo de gerar renda para os usuários; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral; e uma residência para ex-internos do hospital, que por algum motivo não possuíam condições de moradia⁹. (AMARANTE, 2008; 1997).

Para Amarante “a experiência santista se tornou a mais importante no processo de reforma psiquiátrica no Brasil” (2008, p. 744), pois a ampla divulgação nos meios de comunicação possibilitou a sociedade tomar nota da questão da saúde mental no país, por conseguinte o debate não ficou somente nos circuitos da saúde. A viabilidade da experiência santista acarretou no ano de 1989, o Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado¹⁰, no qual se dispunha a extinção progressiva dos manicômios e em contrapartida a implementação de outros serviços assistenciais. Apresentado o projeto à Câmara dos Deputados, logo foi aprovado, porém quando chegou ao Senado Federal ficou em tramitação por cerca de doze anos

⁹ Ressalta-se a importância nesse processo da política de saúde mental a figura de David Capistrano da Costa Filho, grande nome da reforma sanitária brasileira. Na época, David Capistrano era o então secretário de saúde da Prefeitura de Santos, que contribuiu de forma direta para a nova organização dos serviços de saúde mental.

¹⁰ Projeto de Lei 3.657/89.

e acabou rejeitado. Entretanto, mesmo com a não aprovação, o Projeto de Lei serviu de inspiração para algumas leis estaduais¹¹ com o mesmo propósito e trouxe inovações no modelo assistencial à cidadania dos próprios usuários. (AMARANTE, 1997; 2008).

No começo da década de 1990, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198/1991, estendeu e diversificou os procedimentos da Tabela SIH/SUS e SIS/SUS, que viabilizou o financiamento de fato de serviços não manicomial. Com isso, foram construídos: 57 CAPS/NAPS, 48 hospitais-dia e 1.765 leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Já a Portaria nº 224/1992 instituiu as condições básicas para o funcionamento de serviços de saúde mental, consequentemente alguns serviços hospitalares foram fechados por se encontrarem em péssimas condições. (AMARANTE, 1997).

Em 1992, foi realizada a “II Conferência Nacional de Saúde Mental” que congregou tanto os princípios da reforma sanitária, quanto os princípios da desinstitucionalização, como um processo social amplo que vai para além de medidas assistenciais. (AMARANTE, 1997). O evento reafirmou as premissas conceituais da VIII CNS, I CNSM e da Declaração de Caracas¹², bem como apontou para a necessidade do estabelecimento de “pensões protegidas, lares abrigados” visando assegurar o princípio de integridade do cidadão com transtornos mentais. Com isso, no ano de 2000, por meio da portaria nº 106, do Ministério da Saúde, instituiu-se os serviços residenciais terapêuticos no SUS, como “uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (art.2º). As residências terapêuticas são locais de moradia, inseridas preferencialmente na comunidade, estabelecidas para atender as pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longos períodos de internações psiquiátricas e que não podem retornar a sua família de origem.

O Conselho Nacional de Saúde, em 1999, com base na Lei 8.080/90 — que estabelece a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao mesmo, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para saúde —, instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), por meio da Resolução nº 298, de 02 de dezembro de 1999. A CISM tem a responsabilidade de acompanhar o andamento da política de saúde mental em âmbito nacional e reafirmar o processo da reforma psiquiátrica.

¹¹ Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Paraná, Distrito Federal e Espírito Santo. (AMARANTE, 2008).

¹² Elaborada na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais em Saúde, em 1990, na Venezuela, posteriormente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É o documento referente as reformas na atenção à saúde mental das Américas, que declara a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde, deverá ser assentada em modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais, em busca da promoção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

A lei da Reforma Psiquiátrica só foi aprovada em 27 de março de 2001, sendo sancionada em 6 de abril do mesmo ano. Com isso, a Lei nº 10.216/2001 - Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Estado tem a obrigação de promover o desenvolvimento da política de saúde mental, bem como prestar assistência e a promoção de ações de saúde, na qual é assegurada a participação da sociedade e família, conforme determinado pela legislação. Alguns artigos podem ser destacados, como o art. 2º, parágrafo único, que determina os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e um deles fortalece o modelo extra hospitalar com priorização de atendimento de serviços comunitários. O art. 4º, que determina a medida de internação como a última alternativa de tratamento, porém só possibilitada quando todos os recursos extra hospitalares mostrarem insuficientes. O art. 8º, inciso I, trata da obrigatoriedade do Ministério Público Estadual ser comunicado sobre a internação involuntária e o mesmo procedimento deve ser adotado na hora da alta do usuário.

Essa lei deu origem a Política de Saúde Mental e avançou no sentido de reconhecer os direitos das pessoas com transtornos mentais, que historicamente estiveram à margem da sociedade e tiveram seus direitos cerceados, bem como definiu explicitamente a responsabilidade estatal sobre a política de saúde mental, assentada no estabelecimento de serviços substitutivos e na redução de leitos psiquiátricos de longa permanência. Porém, a lei não estabeleceu a extinção dos manicômios, como estava previsto no Projeto de Lei Paulo Delgado.

No ano seguinte, à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a portaria ministerial 366/2002 instituiu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial. Uma das modificações foi o abandono da sigla NAPS e todos os serviços em torno dele passaram a ser designados como CAPS, com a classificação de três modalidades¹³. O CAPS tornou-se dentro da política nacional de saúde mental no SUS um dos principais serviços no processo de reforma psiquiátrica. Contudo, ele não funciona sozinho, mas sim em uma rede de atendimento intersetorial com outras políticas e iniciativas da própria sociedade.

Outro mecanismo para fortalecer a desinstitucionalização para aqueles usuários que necessitam de um longo período de permanência em um hospital psiquiátrico é o programa “De

¹³ As modalidades são definidas por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, são esses nos municípios: CAPS I, população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, entre 70.000 a 200.000 habitantes; CAPS III, acima de 200.000 habitantes; CAPSi, acima de 200.000 habitantes; e o CAPS ad, com a população superior 70.000. (PORTARIA GM/MS nº 366/2002). O CAPS AD III 150.000 a 300.000 habitantes. (PORTARIA GM/MS nº 130/2012).

Volta Para Casa”. O programa foi criado, em 2003, pela lei nº 10.708, que estabelece um auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internações. O valor atual do benefício é de R\$ 412,00¹⁴, sempre atualizado, pago mensalmente por um período de um ano, podendo ser renovado por mais um, caso a pessoa não esteja em condições de reinserir na sociedade completamente. Para acessar esse benefício, o usuário deve estar de alta hospitalar e morando em residência terapêutica ou com suas famílias ou outras formas de moradia, bem como o usuário deverá estar sendo atendido por um CAPS ou algum outro serviço de saúde mental do município de residência.

No sentido de reorganizar os serviços da política de saúde mental, no ano de 2011, por meio da Portaria Nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na esfera do SUS, destinada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Essa rede é constituída pelos seguintes elementos:

- a) atenção básica em saúde, nas unidades básica de saúde e equipe de atenção básica para populações específicas, Consultório na Rua, e os Centros de Convivência;
- b) atenção psicossocial especializada, com os CAPS, em todas as modalidades;
- c) atenção de urgência e emergência, tais como: SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- d) atenção residência de caráter transitório, com as unidades de acolhimento e os serviços de atenção em regime residencial;
- e) atenção hospitalar, com as enfermarias especializada em hospitais gerais;
- f) os serviços terapêuticos e o programa de Volta Para Casa; e,
- g) reabilitação psicossocial, com iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Segundo Amarante (2008, p.745): “a política nacional de saúde mental assumiu um caráter inovador em relação às experiências dos demais países”, no caso até reconhecida pelas organizações internacionais de saúde, como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). O autor centra as explicações desse caráter inovador em alguns motivos, um deles seria em torno da participação e controle social propiciado pelos princípios do SUS, bem como das diversas experiências assistenciais e culturais pelo país acarretou num campo de possibilidades para se pensar a questão do sofrimento mental. E por

¹⁴ Portaria GM/ MS nº 1.511/2013.

fim, ele destaca incorporação destas inovações nas normas técnicas emitidas pelo Estado que fazem parte da modificação da saúde mental no país.

1.4- A Ofensiva Neoliberal e a Contrarreforma na Saúde

Os governos que adentram após-promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 implementaram o receituário neoliberal no Brasil, no qual o Estado deveria ofertar o mínimo para sociedade. Essas começaram a serem incorporadas no governo do presidente Fernando Collor de Melo e deram continuidade nos mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso, no período de 1995 a 2002, em que se inicia a “reforma” do Estado, ou seja, a dimensão do espaço público democrático é minimizada em relação aos direitos sociais, em contrapartida, os espaços privados ganham um enorme respaldo no campo dos direitos políticos, sociais e econômicos. O campo da saúde não ficou fora desse processo de contrarreforma do Estado, que de acordo com Bravo (2006, p. 14), “a proposta de política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída”.

Para chegar à presidência, em 1990, Collor fez uma campanha eleitoral “milionária e agressiva, bem respaldada pela mídia e centrada na hiper-exploração da figura dinâmica, moderna e destemida do candidato, seu discurso buscara sempre o tom salvacionista, grandiloquente e combativo”. (NOGUEIRA, 1998, p. 130). Conforme Pereira (2008), o governo do presidente Collor se mostrou em consonância com o ideário neoliberal e a ele submisso. O governo foi marcado pelas primeiras privatizações de empresas estatais, desvalorização salarial, abertura da economia ao capital, políticas fiscais e monetárias restritivas, uma ênfase na focalização e na seletividade das políticas sociais, bem como uma oposição aos direitos e a concepção de seguridade social consubstanciados na CF de 1988.

A política de saúde no governo Collor ficou marcada pelo esvaziamento do projeto do SUS. (PEREIRA, 2008). A lei 8.080/90 era para ser uma única lei orgânica, porém Collor barrou os aspectos sobre a participação da comunidade e o financiamento, bem como o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) no âmbito do SUS. Diante disso, coube a lei 8.142/90 tratar sobre esses aspectos.

Depois de dois anos no governo, Collor passou por um processo de “impeachment”, por prática de corrupção e a utilização privada da coisa pública. (NOGUEIRA,1998). Com isso, Itamar Franco, vice-presidente, assumiu a presidência, em 1993. Em sua passagem pelo governo conseguiu o tão almejado controle da inflação por meio do Plano Real, adotou o real

com nova moeda e “fixou artificialmente a cotação desta em relação ao dólar”. (PEREIRA, 2008, p.165).

No curto período do governo do presidente Itamar Franco, no âmbito da saúde foi aprovado a Norma Operacional Básica (NOB/93), que estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, e também houve a extinção do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)¹⁵, uma demanda do movimento da reforma sanitária. Entretanto, nada mudou de fato na qualidade vida da população. (BRAVO; MATOS, 2008).

Com o sucesso do Plano Real, o então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC), candidatou-se às eleições de 1994 e foi eleito presidente já no primeiro turno para o período de 1995-1999 e, reeleito para o período de 1999-2003. Para Pereira (2008, p. 167), o presidente FHC “preservou e deu novo impulso ao reformismo liberal desencadeado no governo Collor, mas sem abrir mão do seu principal símbolo de prestígio e de poder hegemônico, adquirido antes mesmo de sua eleição: a estabilização da moeda”.

O governo do presidente FHC implantou o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, elaborado pelo Ministério de Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) em 1995, tendo a frente o Ministro Bresser Pereira, indicando a representação máxima do rearranjo neoliberal. Os principais tópicos da “Reforma do Estado”, seria:

O ajuste fiscal devolve ao Estado a capacidade de definir e implementar políticas públicas. Através da liberalização comercial, o Estado abandona a estratégia protecionista da substituição de importações. O programa de privatizações reflete e conscientização da gravidade crise fiscal e da correlata limitação da capacidade do Estado de promover poupança forçada através das empresas estatais. Através desse programa transfere-se para o setor privado a tarefa da produção que, em princípio, este realiza de forma mais eficiente. Finalmente, através de um programa de publicização, transfere-se para o setor público não-estatal a produção de serviços competitivos ou não-exclusivos de Estado, estabelecendo-se um sistema parceira ente Estado e sociedade para seu financiamento e controle. (BRASIL, 1995, p.13).

Ressalta-se o papel do Estado, como apenas mero regulador desses, tira-se a função de executor. Para Behring (2003), o cerne da “reforma” foi o ajuste fiscal, então os neoliberais trouxeram a incongruência entre o discurso da chamada reforma e a política econômica, representou

¹⁵ O INAMPS foi criado em 1974 durante a ditadura militar, o qual tinha como propósito prestar assistência médica para aqueles trabalhadores com carteira assinada que contribuíam para previdência social. A maioria dos atendimentos eram feitos pela iniciativa privada, com os convênios determinando remuneração por procedimentos, numa grande ênfase em cuidar a doença e não na saúde.

uma espécie de *aparente* esquizofrenia: argumenta-se que o problema está localizado no Estado, donde é necessário refuncionalizá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos; enquanto isso, a política econômica corrói aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro por intermédio de uma inserção na ordem internacional que deixa o país à mercê dos especuladores do mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas interna e externa. (BEHRING, 2003, p.198-199).

No tocante à questão da privatização, segundo a autora, ficou nítido que houve à concessão do patrimônio público ao capital estrangeiro, e que de forma alguma não obrigou as empresas privadas a comprarem insumos no Brasil, assim se desencadeou o “desmonte de parcela do parque industrial e uma enorme remessa de dinheiro estrangeiro para o exterior, ao desemprego e ao desequilíbrio da balança comercial”. (BEHRING, 2003, p. 201). Destaca-se como essencial no Plano o chamado “programa de publicização”, que, se materializado por meio da criação das agências executivas e das organizações sociais e do “Terceiro Setor”, uma parceria com ONGs e instituições filantrópicas para a execução das políticas e dos serviços sociais, desresponsabilizando o Estado. Além da difusão e do incentivo do trabalho voluntário, não-remunerado. Em relação à ação da “Reforma” e a consolidação democrática, os dois governos de direção neoliberal não fizeram esforços de construir arenas de debates e negociação sobre o assunto, e foram de imediato ao Congresso Nacional promoverem as reformas constitucionais. (BEHRING, 2003).

De acordo com Behring (2003, p. 211):

A “reforma”, tal como foi (e ainda está sendo) conduzida, terminou por ter um impacto pífio em termo de aumentar essa capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Há uma forte tendência de desresponsabilização pela política social- em nome da qual se faria a “reforma” - acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. (Grifos do original).

Na “reforma do Estado” posta em prática pelo governo do presidente FHC, a intensificação do processo de vinculação da saúde com mercado, indicando uma reatualização do modelo médico assistencial privatista. Nessa lógica, a política de saúde passa a ser orientada pela “contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização”. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 200).

Pode-se observar algumas das propostas da “reforma” do Estado nas normatizações sobre a saúde principalmente na segunda metade da década de 1990, tal como a Norma Operacional Básica (NOB-96), cuja centralidade foi no desenvolvimento dos Programas de

Saúde Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), demonstrando uma priorização da atenção básica sem articulação com atenção secundária e da terciária. Outra iniciativa foi a regulamentação dos planos e seguros de saúde e dos medicamentos, como resultado do processo de desvinculação da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda para o Ministério da Saúde, que tinha como titular o ministro José Serra. Esse processo possibilitou normatizar os remédios genéricos, e, ainda, o Ministério da Saúde criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tudo isso demonstra as ações de transferência da esfera pública para o privado. (BRAVO; MATOS, 2008).

Na esteira da “reforma do Estado”, instituiu-se a lei nº 9.637/1998, que dispõe sobre as Organizações Sociais (OS), que são instituições de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são destinadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. A formalização dessa parceria público-não estatal aconteceria por meio de um contrato de gestão entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social. Essas OSs têm a autonomia de contratar funcionários sem concurso público; obter bens e serviços sem processo licitatório; e, não há necessidade de prestar contas à órgãos de controle internos e externos da administração pública. A lei determina que a OS que desenvolver ações na área da saúde possui a responsabilidade de considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do SUS, explícitos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da saúde. Com isso, vários estados e municípios transferiram os serviços de saúde a entidades terceirizadas designadas como OSs, por meio dos contratos de gestão, que segundo Rezende (2008, p.5) com a “liberdade de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde”, sem levar em conta os princípios e diretrizes do SUS.

Na continuidade da contrarreforma e de transferência da responsabilidade estatal para o setor privado aprovou-se a lei 9.790/1990, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituiu e condicionou ao termo de parceria. Este termo é um instrumento para ser firmado entre o Poder Público e as OSCIPs, cujo objetivo é a formação de vínculo de cooperação entre as partes para o fomento e a execução das atividades de interesse público, visto que essa celebração de contrato será antecedida de consulta aos Conselhos das políticas públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, diferente da situação das OSs, que

não tinha essa exigência. Na política de saúde, as OSCIPs participariam de forma complementar, pois segundo Rezende (2008, p.6) “ o objetivo deste dispositivo é, de fato, transformar as OSs em OSCIP porque estas possuem maior alcance e abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos”.

Esses dois mecanismos, na política de saúde, reforçam o ideário de não responsabilização estatal e legitimam a privatização dos serviços desta política. O modelo de gestão das OSs e das OSCIPs são contrárias aos princípios do SUS e desmonta a sua gestão única, pois cada uma têm autonomia administrativa e financeira, bem como ocorre a descentralização das ações e serviços de saúde para iniciativa privada e não para os municípios e a focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, em concordância com interesses dessas. (REZENDE, 2008).

Após o fim do mandato de FHC, toma posse na presidência da República, para o primeiro mandato, Luiz Inácio Lula da Silva, para o período de 2003-2006, após vencer as eleições realizadas em 2002. Houve uma enorme expectativa em volta do novo presidente, pois a princípio, considerando a história do Partido dos Trabalhadores (PT), era um representante da classe trabalhadora que chegava ao poder. Em torno dele estava as esperanças da retomada das pautas do movimento sanitário, porém, a realidade se mostrou controversa, pois deu continuidade os princípios neoliberais do Estado dos governos anteriores em seus dois mandatos, visto que foi reeleito em 2006, para mandato de 2007-2010. Na esfera da política de saúde ocorreu o abandono da concepção de Seguridade Social expressa na CF, a precarização e a terceirização dos recursos humanos, com a ampliação de contratação de agentes comunitários e de outras categorias não regulamentadas. Além da centralidade no programa saúde da família, sem reorganizá-lo para ser uma estratégia de atenção básica galgada no princípio da universalidade, bem como o apoio à proposta de criação das Fundações Públicas de Direito Privado, mesmo o Conselho Nacional de Saúde tendo oposição contrário a elas.¹⁶ (BRAVO, 2006; BRAVO; MENEZES, 2011; CUNHA, 2014).

Entretanto, algumas inovações puderam ser notadas no que tange à política de saúde durante o governo Lula, tais como: a ocupação de profissionais empenhados na luta da Reforma Sanitária em cargos do segundo escalão do Ministério; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, e da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2008;

¹⁶ Um exemplo disso foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), um detalhamento e uma análise crítica na perspectiva marxista pode ser vista em Cunha (2014).

as mudanças organizativas no Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão Participativa; e, o acompanhamento do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006; BRAVO; MENEZES, 2011).

Conforme Bravo e Menezes (2011, p. 21),

a análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde -existentes nos anos de 1990- continuou. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

Depois de dois mandatos no poder, Lula foi sucedido pela sua companheira de partido, Dilma Rousseff (2011-2014), a primeira mulher eleita presidenta no Brasil. Para Bravo e Menezes, no governo Dilma, as políticas sociais são focalizadas, tendo parcerias com o setor privado para executá-las, bem como a cooptação dos movimentos sociais. Durante o primeiro governo da presidenta Dilma, ocorreu a 14ª Conferência Nacional de Saúde, no período de 20 de novembro e 4 de dezembro de 2011, cujo tema foi “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social- Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”. Nessa Conferência foi reafirmado a importância de se cumprir a Seguridade Social e de garantir o SUS com Política de Saúde Pública e oficial do Estado brasileiro. Mas, em descompasso com a Conferência, a presidenta sancionou a lei nº 12.550/2011, que autoriza o Poder Executivo a criar a fundação pública de direito privado, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), integrante da administração pública indireta, ente estatal, com vinculação orgânica ao poder público. (SODRÉ et al., 2013; CUNHA, 2014).

O governo, em seu discurso, coloca a EBSERH como uma solução para ineficiência da gestão pública e do alto custo dos hospitais federais, desencadeados pela burocracia da legislação brasileira. Com isso, ela tem ganhado espaço e adesão junto as universidades federais. (SODRÉ et al., 2013). Segundo March (2012), a EBSERH tem como finalidade a transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, bem como o desenvolvimento de financiamento das políticas sociais sob forma de contratos de gestão e a viabilidade de captar recursos com a venda de serviços, representando mercantilização das políticas e dos direitos. Portanto, possui uma essência privatista, mesmo não sendo caracterizada com sociedade anônima, ainda possui a possibilidade de patrocinar entidade fechada de previdência privada. A EBSERH é mais uma das estratégias da contrarreforma na política de saúde, haja vista o distanciamento do SUS universal.

O atual caos em que se encontra a política de saúde, demonstrada cotidianamente pelos veículos de comunicação, é o reflexo de um processo histórico de não construção de fato de uma política social universal e de responsabilidade estatal. Observa-se que ao longo desses anos há o fortalecimento da iniciativa privada em prejuízo do SUS, bem como na atual conjuntura ganha legitimidade os planos e seguros privados subsidiados pelo próprio governo para os mais pobres. Para Carvalho (2013, p. 23), “o governo, abandonando seu papel constitucional de oferecer e garantir um sistema de saúde para todos os cidadãos, faz a maldade completa. Desonera os planos e onera mais os cidadãos”. Com a reeleição da presidenta Dilma (2015-2018), o cenário transparece nada motivador, pois no início de segundo mandato foram realizados duros cortes na área social, rebatendo na saúde, bem como, o STF não considerou anticonstitucional a possibilidade de o serviço público terceirizar seus serviços e passar a responsabilidade para as OSs.

Na política de saúde mental, a contrarreforma pode ser observada com o fortalecimento, por parte do governo federal, das comunidades terapêuticas, que são instituições privadas e sem fins lucrativos, no tratamento das pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou que criam dependência, por meio do financiamento público dessas comunidades. Essas instituições contrariam os pressupostos da reforma psiquiátrica e os princípios da cidadania do usuário, conforme destaca o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (2011)¹⁷. O relatório aponta que a maioria dessas instituições estão ligadas a uma opção religiosa, que adota o credo, pela fé religiosa, como um recurso de tratamento, tendo em vista que os usuários desses serviços são obrigados a participarem das atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são distintas da instituição. Outra situação apontada pelo estudo, são os maus-tratos, violências físicas e humilhações sofridas pelos usuários durante o tratamento.

No entanto, mesmo com esse cenário, o governo federal reafirma os serviços das comunidades terapêuticas, que acentua-se após o lançamento do programa “Crack, é Possível Vencer”¹⁸. Com isso, houve a aprovação da portaria nº 131/2012, que dispõe sobre o incentivo de custeio aos estados, municípios e o DF para o apoio ao custeio das comunidades terapêuticas, dentro dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, para o tratamento das pessoas com

¹⁷ Organizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos e Conselho Federal de Psicologia, os quais analisaram 68 instituições em 24 estados e no Distrito Federal. Essas instituições são locais de internação para usuários de drogas, dentre as quais estão inclusas algumas comunidades terapêuticas.

¹⁸ O programa “Crack, é possível vencer” foi lançado pelo governo federal em dezembro de 2011, com a finalidade de prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack e também enfrentar o tráfico de drogas, com articulação dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, numa ação interministerial- Ministério da Justiça, da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Direitos Humanos.

necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Outro favorecimento das comunidades terapêuticas dentro da lógica da política de saúde mental, ocorreu com a aprovação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) da Minuta que consente com a regularização das comunidades terapêuticas no âmbito da Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)¹⁹. Essa aprovação vai na contramão do processo de reforma psiquiátrica, pois a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 adotou uma posição contrária as propostas vinculadas às privatizações e terceirização dos serviços de saúde mental, sendo reafirmado um posicionamento em defesa de um sistema universal e estatal. Esse posicionamento também adotado na XIV Conferência Nacional de Saúde em 2011. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), um dos membros do Conad, se posicionou também contrário a essa minuta e lançou uma nota, em que reitera a

Posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas, tendo em vista que defendemos que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). (CFESS, 2014).

Como citado, a resolução de regularização das comunidades terapêuticas foi aprovada em maio de 2015, e, na visão de Paulo Amarante, membro da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme),²⁰ essa aprovação é

um retrocesso político. Um descompromisso do Estado e do governo com a sociedade civil, que fez uma menção contrária a estas comunidades, depois de anos de discussão, inclusive na 14ª Conferência Nacional de Saúde e também na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Esta mesma sociedade civil explicou, por meio das menções elaboradas, que as comunidades terapêuticas representam uma fraude com a própria proposta original inglesa, cuja ideia era de democratização, de dar voz ao sujeito com transtorno mental, transformá-lo em verdadeiro ator responsável pelo seu tratamento, o que é totalmente distinto do que vem sendo praticado nas comunidades terapêuticas que hoje existem no país. Além disso, elas caracterizam uma utilização equivocada de recursos, sob uma ótica manicomial, repressiva, representando um grave desrespeito aos direitos humanos. A regulamentação demonstra a força e o interesse mandatário, financeiro e político da bancada fundamentalista no Congresso Nacional.

Cabe salientar, que as décadas de 1990 e de 2000 são marcadas por tentativas de desconstrução dos direitos que foram assegurados pela CF de 1988, por meio da adoção de

¹⁹ Instituído pela Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, tem como objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. (ART.3º).

²⁰ Conforme entrevista ao CFESS. Documento disponível na íntegra em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1184>, acesso em: 15 de junho de 2015.

preceitos neoliberais que visam a derresponsabilização do Estado e o incentivo ao setor privado na prestação dos serviços sociais. A política de saúde não ficou fora desse cenário, bem como a saúde mental, observa-se um movimento voltado para a valorização do setor privado, OSs, OSCIPs, EBSEH e comunidades terapêuticas, em detrimento de uma construção de uma política de saúde universal, estatal e voltada para todos.

Capítulo II - Fundo Público e Saúde Mental

Este capítulo tem como finalidade discutir a importância do fundo público no capitalismo e as premissas normativas do orçamento público, particularmente, do orçamento da seguridade social no Brasil. Em seguida, aprofunda-se o debate sobre o financiamento da saúde, após a Constituição Federal de 1988, bem como é feita uma análise da política de saúde mental nos Planos Plurianuais (PPAs), de 1996 a 2015, e de sua rede de atenção.

2.1-Fundo Público e Orçamento Público: fundamentos para compreendê-los

Antes mesmo de entender de fato o que é o fundo público e orçamento público, necessariamente deve-se fazer uma análise do papel do Estado no modo de produção capitalista em seus vários estágios, pois a partir desse processo pode-se compreender a importância atribuída ao fundo público na atual conjuntura para o capital e a classe trabalhadora.

Uma analogia sobre as fases da vida do ser humano comparada ao capitalismo feita por Fabrício de Oliveira (2009), demonstra o papel do Estado em cada momento para esse modo de produção. Segundo ele, a fase da infância constitui o “capitalismo mercantil” ou comercial, (século XVI-XVIII), onde esse mundo desconhecido precisou da proteção do Estado para se estabelecer e instalar, uma vez que por meio do auxílio dele rompe com as bases do feudalismo e do Estado Absolutista. Com isso, enterrou o Antigo Regime e fundou um Estado burguês.

Colocando a seu serviço aqueles “órgãos onipotentes” de que falava Marx (o exército, a polícia, a burocracia), a nova classe dominante articulou a superestrutura necessária para o desenvolvimento das novas forças produtivas de que o seu ascenso era o inequívoco indicador: criam-se as melhores condições para concretização histórica do modo de produção que tem com uma de suas classes fundamentais a burguesia- trata-se do *modo de produção capitalista*, gestado no ventre do feudalismo e no interior do qual a produção generalizada de *mercadorias* ocupa o centro da vida econômica. (NETTO; BRAZ, 2008).

A fase da adolescência seria a do “capitalismo concorrencial” (século XVIII-XIX) (OLIVEIRA, 2009) Nesse momento da história o Estado atendia quase de forma integral o interesse do capital, visto que utilizava de sua força para reprimir o movimento da classe trabalhadora, com o propósito de manter as condições externas para a acumulação capitalista,

a manutenção da propriedade privada e da ordem pública. A teoria liberal norteava esse Estado, em que esse deveria intervir o mínimo na economia, pois a “mão invisível” teria capacidade de manter a eficiência desse sistema, porém isso não demonstra “um Estado alheio à atividade econômica - pelo contrário: ao assegurar as condições externas para acumulação capitalista, o Estado intervinha no exclusivo interesse do capital”. (NETTO; BRAZ, 2008, p. 174).

De acordo com Oliveira (2009), a maturidade ocorre com o “capitalismo monopolista”, em que se reconhece a importância do Estado para percorrer os próximos longos caminhos com menores riscos e conflitos. Para Netto e Braz (2008), essa fase do capitalismo é denominada como “imperialismo”, amparados na reflexão de Lênin, em que nesse estágio do capitalismo houve sobretudo a dominação dos monopólios e do capital financeiro. Porém, os autores não desconsideram essa fase como capitalismo monopolista. Nesse contexto, o Estado ganha outro “*status*”, principalmente após a crise de 1929, passando a intervir de forma direta na economia capitalista para garantir as condições gerais da produção e da acumulação, tendo vista que o cenário mundial era de grande organização e combatividade de amplos setores operários. No campo teórico, o principal responsável para justificar a intervenção do Estado na economia foi John Maynard Keynes, a partir do livro “Teoria Geral do emprego, do juro e da moeda”, publicado em 1936. Na perspectiva de Keynes, o Estado deveria operar como regulador dos investimentos privados por meio do direcionamento dos seus próprios gastos para reconstituir o equilíbrio econômico, diferentemente dos princípios do liberalismo clássico, ou seja, “Keynes atribuía papel central ao orçamento público enquanto indutor de investimento”. (NETTO; BRAZ, 2008, p. 195).

Segundo Behring e Boschetti (2009), a intervenção estatal proposta por Keynes estava assentada no pleno emprego e na maior igualdade social, sendo o primeiro alcançado por meio da geração de emprego, via a produção de serviços públicos, conjuntamente com a produção privada; o segundo, por meio do aumento da renda e a instituição de serviços públicos, destacadamente as políticas sociais. Dessa maneira, para Behring e Boschetti (2008, p. 86), “o Estado, diga-se, o fundo público, na perspectiva keynesiana, passa a ter papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais”. Sob esses parâmetros, o capitalismo monopolista vivenciou os “trinta anos de ouro”

(1945-1975) nos países desenvolvidos, um período de crescimento sem precedentes e sem paralelos na economia capitalista internacional, com ampliação das políticas sociais.²¹

A última fase citada por Oliveira (2009, p. 25), consiste na terceira (ou quarta) idade, “o capitalismo mundializado”, “em que se mesclam sonhos juvenis de liberdade com a percepção dos sinais de outono”, situado por Netto e Braz (2008), terceira fase do imperialismo. Com o fim “dos anos de ouro” em meados dos anos 1970, e o capitalismo imerso em crises, atribuiu-se a responsabilidade da crise à magnitude do Estado na economia e a sua possível ineficiência, argumentando-se que as atividades estatais deveriam ser repassadas para o setor privado, reduzindo-se, assim, o estado a um tamanho mínimo.

Nesse contexto, o capital vai em busca de restaurar suas taxas de lucratividade, respaldado na ideologia neoliberal. A incorporação das ideais neoliberais acarretou na desconstrução do modelo de produção e de consumo em massa e no enfraquecimento do Estado Social, com suas políticas sociais redistributivas nos países centrais. Emerge como uma das saídas do capital para a crise um brutal ataque aos direitos sociais e um deslocamento do capitalismo industrial para a esfera financeirizada da economia, possibilitado pelos recursos informacionais, que permitem as comunicações instantâneas entre os agentes econômicos situados em quase todas partes do globo. Dessa forma houve uma concentração enorme do sistema bancário e financeiro a partir da década de 1970. (NETTO; BRAZ, 2008). Outro processo adotado foi o modelo da acumulação flexível, com o desenvolvimento tecnológico e organizacional no processo produtivo, flexibilizando os processos de trabalho, e a financeirização do capital. Então, busca-se um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital”. (NETTO; BRAZ, 2008, p. 227).

Com isso, o fundo público torna-se um campo de disputa entre o capital e classe trabalhadora. Uma vez que esse é elemento estrutural e insubstituível para modo de produção capitalista, pois esse prescinde dele para sua reprodução, bem como ele é relevante para garantir as políticas sociais, visto que a partir da experiência do *Welfare State*, conforme Oliveira (1998, p.19-20)

O fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais.

²¹ Uma análise mais detalhada sobre os trinta anos de ouro do capital pode ser vista em Boschetti e Behring (2008), em especial no capítulo 3 e Netto e Braz (2008), capítulo 8.

Nesse sentido, o fundo público passa a ser espaço de luta entre os trabalhadores, que buscam assegurar os direitos por meio do financiamento de políticas públicas, e o capital, força hegemônica, que legitima atuação do Estado para sua reprodução para desenvolver políticas de subsídios econômicos e de participação do mercado financeiro, sendo uma das estratégias dessa última na atualidade, a rolagem da dívida pública. (BEHRING, 2008).

Para Oliveira (1998, p. 29), com a nova forma de financiamento público a partir das políticas keynesianas, o fundo público passa a funcionar com um antivalor no processo de reprodução do capital. Com isso põe em xeque a participação do fundo público na produção de valor, pois tornam-se “*antimercadorias* sociais, pois sua finalidade não é de gerar lucros, nem mediante sua ação dá-se a extração da mais-valia”. Contudo, essa ideia de Francisco de Oliveira é criticada por Behring e Boschetti (2006, p. 176), pois para as autoras considerar o fundo público como um antivalor é um equívoco, pois ele participa de forma direta e indireta do ciclo de produção e reprodução do valor.

O fundo público não gera diretamente mais-valia, porém, tencionado pela contradição entre a socialização da produção e apropriação privado do produto, atua apropriando-se de parcela da mais-valia, sustentando num processo dialético a reprodução da força de trabalho e do capital, socializando custos da produção e agilizando os processos de realização da mais-valia, base da taxa de lucros que se concretiza com a conclusão do ciclo de rotação do capital.

No capitalismo monopolista, de acordo Oliveira (1998, p. 21) “o fundo público é agora um *ex-ante* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex-post*, típico do capitalismo concorrencial”. Entretanto, conforme Behring (2010), nessa fase do capital, o fundo público no processo de produção e reprodução capitalista não é nem um elemento em *ex ante*, nem *ex post*, mas sim *in flux*, por estar presente no ciclo D-M-D²². Nesse sentido, segundo a autora, o fundo público é constituído da mais-valia socialmente produzida, isto é, a parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda da terra e que é apossado pelo Estado para a reprodução da força de trabalho e do capital, bem como do trabalho necessário, por meio dos salários via tributação.

²² Dinheiro-Mercadoria-Dinheiro acrescido de mais-valia (lucro). “O capitalista dispende de uma soma de dinheiro (D), compra mercadorias (M) - máquinas, instalações, matérias (brutas e primas) e força de trabalho- e, fazendo atuar, com a ajuda das máquinas e dos instrumentos, a força de trabalho sobre as matérias no processo de produção (P), obtém mercadorias (M') que vende por uma soma de dinheiro superior à que investiu (D'). É para apropriar-se dessa quantia adicional de dinheiro, o lucro, que o capitalista se movimenta: o lucro constitui seu objetivo, a motivação e a razão de ser do seu protagonismo social”. (NETTO; BRAZ, 2008, p. 96).

Na atual conjuntura do capitalismo, segundo Oliveira (1999, p. 31-32)

O que torna o fundo público estrutural e insubstituível no processo de acumulação do capital, atuando nas duas pontas de sua constituição, é que sua mediação é absolutamente necessária pelo fato de que, tendo desatado o capital de suas determinações autovalorizáveis, detonou um agigantamento das forças produtivas de tal forma que o *lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma, concretizar*, as novas possibilidades de progresso técnico abertas. Isto somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedade capitalista.

Com isso, pode-se observar quatro aspectos do capitalismo contemporâneo do fundo público que está vigente na reprodução do capital, conforme Salvador (2010, p. 91):

1. Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital com base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam, como visto anteriormente, a reprodução do capital.
2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor.
3. Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultoso recursos do orçamento para investimentos em meio de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas.

Dessa maneira, no estágio atual do capitalismo, o fundo público é utilizado para garantir em sua maior dimensão aos interesses do capital, visto que a partir dos anos de 1970, com a desconstrução das políticas keynesianas e a financeirização do capital, com algumas crises financeiras, que aumentaram a riqueza dos especuladores e, em contrapartida, há uma desconstrução dos direitos, com adoção de pesadas políticas de austeridade fiscal. Nesse contexto, o fundo público se presta ao serviço de “socorrer as instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelos cidadãos”. (SALVADOR, 2010, p. 116). Ao mesmo tempo em que a classe trabalhadora, que é a principal responsável pela constituição do fundo público passa se apropriar da menor parcela do orçamento público, pois

a maior parte dos recursos públicos são transferidos ao capital visando manter as suas taxas de lucratividade.

Pode-se considerar que a parte mais nítida do fundo público é o orçamento público (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014), um instrumento de política econômica e de planejamento, que contém as receitas e os gastos administrados pelo Estado. O orçamento público além de ser uma peça técnica e formal (instrumento de planejamento, controle e direcionamento dos gastos), desde sua origem é uma peça de cunho político, demonstrando as prioridades do governo por meio dos gastos públicos e sobre quem recai o financiamento do estado, por meio das escolhas de tributos diretos ou indiretos. Assim torna-se um espaço de luta política e de correlação de forças, onde os representantes políticos negociam as reivindicações, seja para atender os interesses privados do capital e/ou da classe trabalhadora pela garantia de direitos. (OLIVEIRA, 2009).

Os orçamentos podem se configurar de acordo com regime político presente em cada país, segundo Silva (2009), existem três tipos, o legislativo, o misto e o executivo. O legislativo se configura em países parlamentaristas, no qual orçamento é elaborado, votado e aprovado pelo Poder Legislativo, sendo sua execução realizada pelo Poder Executivo. O tipo executivo centra todas as funções (elaboração, aprovação, execução e controle) na esfera do Poder Executivo, visto que esse é praticado em países de regimes autoritários. O misto tem a elaboração e a execução feita pelo Poder Executivo, cuja responsabilidade de aprovar e controlar é do Poder Legislativo. Esse modelo está presente em países onde as funções legislativas são desempenhadas pelo Congresso ou pelo Parlamento.

No caso do Brasil, uma República Federativa, configura-se no país um orçamento tipo misto, o qual a elaboração do orçamento é designada ao Poder Executivo, que estabelece os planos e programas do governo. Com esse primeiro procedimento, o orçamento é enviado ao Poder Legislativo, para sua aprovação, sendo que esse tem a liberdade de alterá-lo, rejeitá-lo e modificá-lo. O resultado final desse processo dependerá da correlação de forças entre os representantes políticos. (OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988, o orçamento público se materializa num conjunto de normas legais, em que o governo expressa como irá arrecadar os recursos e aplicá-los para o desenvolvimento econômico e social do país. As principais fontes de receita são os tributos (impostos, taxas e contribuições de melhoria) e as contribuições sociais e econômicas,

tendo em vista que existem outras.²³ Essas normas legais fazem parte do ciclo orçamentário brasileiro, sendo que existem três leis que o regem, o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). No âmbito do Distrito Federal, a Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF), promulgada de 09 de junho de 1993, determina no art. 149, como competência de elaborar as Leis relativas ao PPA, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais ao Poder Executivo, com observância do que está posto na Constituição Federal de 1988.

O PPA, de acordo com Constituição Federal de 1988 no artigo 165, parágrafo 1º da,

A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante (presidente, governador, prefeito) e passa a ter vigência no ano seguinte (segundo ano de mandato) até o primeiro ano de mandato do próximo dirigente, um planejamento de médio prazo de quatro anos. O poder Executivo Federal tem obrigatoriedade de elaborar e encaminhar o projeto de lei do PPA ao Congresso Nacional no máximo até quatro meses antes do encerramento do primeiro ano de exercício financeiro do mandato, ou seja, até o dia 31 de agosto. Nele são estabelecidos programas, em que se organizam as ações e projetos, cuja finalidade é promover bens e serviços para atender as demandas da população. Após o envio ao Legislativo, os membros desse devem discutir e apresentar emendas, para votarem no projeto de lei do PPA até o encerramento da sessão legislativa. (INESC, 2006). Segundo Oliveira (2009, p. 101) “ o PPA cumpre papel de balizar a elaboração das outras peças do sistema - a LDO e a Lei Orçamentaria Anual - que, com ele, devem ser compatibilizados”.

A LDO, uma lei anual, determina “ os programas e ações governamentais prioritários a serem executados e a meta concreta quantificada a ser atingida até o final do ano subsequente”. (SALVADOR, 2010, p. 176). O Executivo elabora o projeto da LDO, subsidiado pelo PPA, para enviar ao Legislativo até 15 de abril de cada ano, onde esse último tem o prazo de aprovar

²³ Fabricio de Oliveira (2009, p. 165-166) cita outras cinco receitas: i) a exploração de atividades econômicas por seus órgãos e unidades orçamentárias, classificadas como receitas agropecuária, industrial e de serviços; ii) da exploração de seu patrimônio, na forma de juros, aluguéis e dividendos (receitas patrimoniais); iii) das transferências que recebe de pessoa jurídicas, físicas e também de outras unidades de governo (transferências correntes e de capital); iv) da venda de seu patrimônio (alienação de bens); e v) da dívida contratada, que aparece contabilizada, no orçamento como operações de crédito.

e encaminhar, no caso da União, até o dia 30 de junho, para o presidente da república. Segundo disposto na CF de 1988, a LDO além de instituir as metas e prioridade do governo, também irá embasar a LOA, bem como poderá alterar a legislação tributária e estabelecer a política de aplicação das agências financeiras de fomento e anexar metas fiscais. Nesse sentido, de acordo com Oliveira (2009, p. 102-103), “ a LDO representa, na prática, a arena de negociação do orçamento, podendo, por essa razão, ser apontada como a fase mais importante de todo processo”.

Conforme Salvador (2010, p. 178):

na LDO é que são estipulados os limites para o refinanciamento e o pagamento de juros e encargos da dívida dos municípios, dos estados e das União. O refinanciamento é o pagamento do principal da dívida por meio da emissão de títulos da dívida pública, o que significa a realização de novos empréstimos. Também na LDO é que são estipuladas as metas do resultado primário de cada orçamento, ou seja, é nesta peça orçamentária que é estabelecida a meta de superávit primário, utilizada a partir de 1999 para o pagamento de juros e amortização da dívida.

A LOA, uma lei anual, define as receitas e despesas do governo federal, estadual e municipal para o ano seguinte. No âmbito federal, a LOA comporta o Orçamento Fiscal, Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais e o Orçamento da Seguridade Social. O Executivo deve enviá-la ao Legislativo, até o dia 31 de agosto de cada ano, sendo votado e devolvido ao presidente da república, no máximo até o dia 15 de dezembro. Na LOA deve estar descrito todos os gastos e receitas do governo, visto que nenhum gasto previsto poderá ser realizado por qualquer entidade ou órgão público sem que os recursos estejam previstos nela.

As regras para se realizar o orçamento público no Brasil, mudou substancialmente com a promulgação da Constituição Cidadã, pois nos períodos anteriores era “uma farsa legislativa”, como consideram Piscitelli e Nobre (2008). De acordo com os autores, essa farsa idealizada a *priori* pelos governos militares, tentava demonstra uma dimensão democrática ao processo. Elaboravam propostas orçamentárias e enviavam ao Congresso, porém sabe-se que essa etapa era somente para cumprir protocolos, pois o Legislativo carimbava as propostas sem as questioná-las. Dessa maneira, Piscitelli e Nobre (2008) consideram uma vitória da CF de 1988, a autonomia dada ao Legislativo para interferir diretamente na elaboração do orçamento, bem como uma inovação a instituição da LDO. A ideia da LDO foi até mesmo exportada, modelo para alguns países em desenvolvimento por meio das instituições financeiras multilaterais, pois ela se transformou em um instrumento de planejamento e controle ativo, estando sempre

presente no processo orçamentário. Entretanto, os autores colocam que o PPA não consegue cumprir todos os objetivos para que foi designado, pois “uma vez elaborado, somente é seguido até o momento em que as autoridades econômicas decidem que é hora de mudar de rumos, quando, então, o Plano é alterado para refletir as novas orientações”. (PISCITELLI; NOBRE, 2008, p. 719).

Outro importante elemento relacionado ao orçamento público está relacionado ao financiamento. Uma das formas do governo financiar os seus gastos é por via tributação. A carga tributária de um país demonstra a relação entre o volume de recursos extraídos pelo Estado da sociedade por meio de impostos, taxas e contribuições e o Produto Interno Bruto (PIB). A regressividade e progressividade de um sistema tributário será determinado pelas bases de incidência econômica: renda, propriedade, produção, circulação e consumo de bens e serviços. De acordo com a base de incidência, os tributos podem ser classificados como diretos ou indiretos. Os tributos diretos são os que recaem sobre a renda e o patrimônio, em princípio, não são passíveis de transferências a terceiros. Esses são tidos como mais progressivos, pois quem possui a maior renda paga, proporcionalmente mais impostos, com isso pode ocorrer a justiça tributária, ou seja, cobram-se proporcionalmente mais impostos dos contribuintes com maior renda e patrimônio. Os tributos indiretos são aqueles que incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços, isto é, são passíveis de transferências para terceiros, portanto, para os preços dos produtos pagos pelos consumidores mediado pelo contribuinte legal, empresário produtor ou vendedor. Esses possuem a natureza regressiva, em razão das pessoas de menor poder aquisitivo pagarem mais, porque o consumo em relação a renda é proporcionalmente decrescente, quando ele aumenta penalizam aqueles contribuintes com menor poder aquisitivo. (INESC, 2008; OLIVEIRA, 2009; SALVADOR, 2010).

Conforme Salvador (2010), o sistema tributário brasileiro ao longo de sua história é marcado pelo seu caráter regressivo. Os dados do autor, para 2008, demonstram que mais da metade da arrecadação do país é fruto de tributos regressivos, cobrado preferencialmente sobre o consumo, ao mesmo tempo em que o Estado, destina uma boa parcela da receita pública para o pagamento dos encargos da dívida, com isso beneficia os rentistas, que também são privilegiados pela menor tributação sobre as taxas de juros. Portanto, o Estado na gestão do fundo público, por meio do orçamento público, privilegia o interesse da classe antagônica em detrimento da classe social, que sustenta este sistema econômico, por meio da exploração exaurida da sua força de trabalho.

2.2- Orçamento da Seguridade Social não implementando de acordo com a Constituição Federal de 1988

A concepção de seguridade social promulgada na Constituição de 1988, como união das políticas de assistência, saúde e previdência social, expresso no Título VIII -Da Ordem Social, Capítulo II, art. 194, foi uma das vitórias da sociedade brasileira. O modelo de seguridade social brasileira, para Fleury (2004, p. 113)

passa a estruturar a organização e o formato de proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamento nos princípios de justiça social, o que obriga estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

A previdência social, expressa nos artigos 201 e 202, é baseada na lógica do seguro. A CF estabelece o regime geral de natureza contributiva e de filiação obrigatória, com os seguintes benefícios:

- a) a cobertura de eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;
 - b) proteção à maternidade, especificamente a gestante;
 - c) proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
 - d) salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- e,
- e) pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes.

Além disso, a CF estabelece dois outros regimes de previdência. Um exclusivo para os servidores públicos estatutários, que é o Regime Próprio dos Servidores e outro, de caráter privado, de natureza complementar, facultativo e organizado de forma autônoma ao regime geral, isso para que deseje complementar a renda dos regimes anteriores de natureza obrigatória (geral e próprio dos servidores).

A outra política que integra a seguridade social é a de assistência social, que está expressa nos artigos 203 e 204, e independe de contribuição dos indivíduos para acessá-la, cuja finalidade visa proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, à habilitação e reabilitação das pessoas deficientes e promoção de sua integração na sociedade, a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, que não possui meios para o próprio sustento.²⁴ Então, pode-se considerar, conforme Boschetti (2009), o caráter inovador da seguridade social no que tange a busca por um sistema amplo de proteção social, porém se configurou em um sistema híbrido, pautado por direitos dependentes do trabalho (previdência) com a mescla de direitos de natureza universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Os princípios que passaram a orientar a seguridade social foram a universalidade da cobertura e atendimento, a uniformidade e a equivalência das prestações dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade dos benefícios, a irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de custeio de participação do custeio, a diversidade da base de financiamento, o caráter democrático e descentralizado da administração e à gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Conforme Fleury (2004), os princípios que passaram a reger a seguridade social não se aplicam de forma igual a todos setores, haja vista que o princípio da universalidade e do atendimento está vinculado ao novo sistema de saúde, tendo a questão da uniformidade e da equivalência dos benefícios e a sua irredutibilidade ligada à previdência social; e, os preceitos de seletividade e distributividade como princípios norteadores da política de assistência social. Na questão organizacional, o Ministério da Saúde incorporou a rede de serviços da saúde da Previdência, Inamps, e tornou-se o único responsável pelos serviços de saúde, salvo o benefício de auxílio-doença. Inicialmente, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)²⁵ ficou responsável pela parte dos benefícios assistenciais da Previdência foram transferidos a competência para política de assistência social, renda vitalícia, auxílio-natalidade e auxílio, bem como o novo Benefício de Prestação Continuado (BPC). (FLEURY, 2004).

²⁴ Os artigos sobre saúde foram tratados no item 1.2 “A Reforma Sanitária Brasileira (RSB): os caminhos para universalização da saúde e a Constituição Federal de 1988”.

²⁵ O MPAS foi criado em 1995 pela medida provisória nº 819, tanto com a pasta ministerial da Previdência quanto da Assistência Social. Contudo, no ano de 2003, por meio da lei nº 10.683, pasta ministerial da Assistência Social é separada da Previdência, criando o Ministério de Assistência e Promoção Social.

Esses princípios previstos deveriam articular as políticas de saúde, previdência e assistência social, em um sistema de seguridade social amplo e consistente, com a primazia de uma lógica social e não da lógica contratual do seguro, mas isso não aconteceu, pois, os governos que adentraram pós-Constituição de 1988, estiveram atrelados ao interesse de uma política econômica orientada para rentabilidade econômica em prejuízo de avanços sociais. (BOSCHETTI, 2009).

O estudo sobre a distribuição dos recursos entre as políticas sociais da seguridade social no período de 1999 a 2005, feito por Behring e Boschetti (2009) demonstra que a previdência se apropria da maior parcela do orçamento da seguridade social, cerca de 77% dos recursos, na média do período. As autoras constataram, no período, o decréscimo e a estagnação dos recursos da política de saúde e a política de assistência social. Contudo, a partir de 2004, há uma ampliação na participação dos recursos da política de assistência social, decorrentes da aprovação do Estatuto do Idoso, que diminuiu a idade requerida para o acesso ao BPC-Idoso de 67 anos para 65 anos. Além da expansão do Bolsa-Família, com unificação dos programas de transferências de renda, a partir do Governo Lula, destaca-se também o aumento do salário mínimo, em termos reais, após 2003, o que puxou os gastos com benefícios de assistência social (BPC Idoso e Deficiente), além dos pisos previdenciários.

Conforme Salvador (2010, p. 164)

a seguridade social na Constituição brasileira de 1988 é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social, compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinada a este e organizados em um único orçamento.

O art. 195 da CF de 1988 estabelece as bases do financiamento da seguridade social, tendo em vista um orçamento próprio para as políticas de previdência social, assistência social, saúde e seguro-desemprego, ou seja, o Orçamento da Seguridade Social, separando-o do Orçamento Fiscal. A sociedade possui a responsabilidade de financiá-la, de forma direta e indireta, assegurado por meio de recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das contribuições sociais. Essas contribuições sociais advêm: a) do empregador, da empresa e a entidade, com incidência na folha de salários e demais rendimentos, da receita ou do faturamento e do lucro; b) do trabalhador e dos demais segurados da

previdência social, porém não incidência de contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral da previdência social; c) da receita de concursos e prognósticos; e, d) do importador de bens ou serviços do exterior. Esse artigo prevê a integralidade nas fontes orçamentárias para as políticas de assistência social, previdência social e saúde, numa perspectiva de totalidade, reafirmada na Lei de Custeio da Seguridade Social, aprovada em 1991, Lei 8.212/1991, em que o conjunto de receitas integrantes do OSS custearia as ações da seguridade social, sem vinculação direta entre contribuições e políticas. No entanto, isso não ocorreu, o que houve de fato foi a separação das fontes dessas após à promulgação da Carta Magna.

As fontes da seguridade social são a Contribuição sobre a folha de salários, a partir de 1993 vinculadas à previdência social, Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), PIS/Pasep, vinculada ao seguro-desemprego, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1997 e extinta em 2007, vinculada de forma integral à saúde e depois também passou a ser dirigida para previdência social até a sua extinção em 2007, e os Impostos gerais da União. (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

No estudo realizado por Salvador (2010) sobre as fontes de recursos de financiamento da seguridade social para o período de 2000 a 2007, fica demonstrado que as contribuições sociais são as mais representativas das fontes do orçamento da seguridade social, respondendo, em média, por 90,1% do total. A mais significativa dessas fontes é a Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para Seguridade Social (CETSS), que respondeu por 45,52%, em média, do período de 2000 a 2007. Depois, conforme o autor, vem a COFINS (26,28%), a CPMF (8,08%) e a CSLL (6,88%). Em relação ao caráter progressivo ou regressivo do financiamento da seguridade social, esse mesmo estudo identifica quem financiou a seguridade social, no período de 2000 a 2007. A pesquisa de Salvador (2010) explicita o caráter regressivo no custeio da seguridade social, pois quem a sustenta são os trabalhadores e os mais pobres. Conforme o autor, são os próprios beneficiários das políticas da seguridade social que financiam a seguridade social, por meio do financiamento direto com a contribuição dos beneficiários para a política de previdência social (12,85%) e também pelos próprios usuários das políticas de assistência social e saúde, mediante os tributos indiretos, que representa cerca de 62,16% do total, da média de incidência, no período de 2000 a 2007. (SALVADOR, 2010).

No contexto da contrarreforma do Estado houve a separação das fontes orçamentárias da Seguridade Social, desobedecendo aos princípios constitucionais de 1988, sendo a contribuição direta de empregados e empregadores utilizados nos gastos da previdência social, e as contribuições sociais incidentes sobre o faturamento, o lucro e a movimentação financeira foram destinados para as políticas de saúde e assistência social. Um dos mecanismos que mais afeta o orçamento da seguridade social é a Desvinculação de Recursos da União (DRU), que foi originalmente criada com a primeira emenda de revisão constitucional, em 1993, com a denominação de Fundo Social de Emergência (FSE), que permitia a desvinculação de 20% das receitas arrecadadas pela União. Nos anos de 1994 e 1995, o nome foi substituído para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), posteriormente ficou reconhecida como DRU, mas com as mesmas funções. A DRU é utilizada para desviar recursos que deveriam ser exclusivos da seguridade social, sendo um dos instrumentos para legitimar o superávit primário.²⁶ (SALVADOR, 2010; 2012).

Boschetti (2009) aponta algumas tendências de enfraquecimento da seguridade social. O primeiro referenciado pela autora é a desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente, em que esses não foram nem universalizados e uniformizados. Um dos exemplos dado refere-se à política de saúde, em que os princípios do SUS da universalidade e integralidade das ações, de descentralização e da participação democrática estão sendo diluídos. Isso pode ser evidenciado pelas longas filas de espera para consulta ou internação e pela ausência de medicamentos e pela falta de condições de trabalho e de orçamento. O segundo seria o desmonte dos espaços de participação e controle democrático, previsto na Constituição, um exemplo que bem simplifica essa situação foi a extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social em 1998. O terceiro, “talvez mais destrutiva forma de desmonte, é a via do orçamento” (BOSCHETTI, 2009, p. 334), cuja fontes não foram diversificadas e a maior parte da arrecadação se concentra na folha de salários, bem como o mecanismo da DRU, que vem crescendo anualmente, assim realocando recursos que deveriam ser empregados na seguridade social para o pagamento de juros e amortização da dívida pública. Em relação ao desvio de recursos da seguridade social pela DRU para orçamento fiscal, para legitimar o superávit primário, no período de 2000 a 2007, foi de 278,4 bilhões, o que representaria cinco vezes o orçamento anual da saúde e cerca de dez vezes o orçamento da assistência social. Desse montante, o orçamento fiscal, no mesmo período, transferiu para orçamento da seguridade

²⁶ O superávit primário ocorre quando o governo tem saldo positivo, ou seja, consegue fazer o equilíbrio entre as receitas e suas despesas, tendo em visto que esse exclui os gastos com pagamentos dos juros.

social apenas R\$ 62 bilhões, o que equivale a 58,06%, em média, do período de 2000 a 2007, das transferências realizadas pela DRU para o Tesouro Nacional. (SALVADOR, 2010).

2.3- O (des) Financiamento da Saúde

Com a consolidação da política de saúde na Constituição de 1988, como direito de todos e dever do Estado, bem como uma das políticas integrantes da seguridade social, trouxe-se à tona uma expectativa para sociedade de uma saúde pública e universal e de qualidade, porém, essa expectativa não se concretizou. Como visto anteriormente, a concepção de seguridade social foi abandonada pelos governos e as suas fontes orçamentárias foram separadas.

Cabe ressaltar, que além do SUS, o sistema brasileiro conta com mais três vias de acesso aos serviços de saúde, são eles:

segmento dos planos e seguros privado, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; Segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientela, financiado com recursos públicos e contribuições dos próprios servidores- os chamados sistemas de 'clientela fechada'; Segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato. (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005, p. 3).

Com isso, conforme Ribeiro, Piola e Servo (2005), o sistema brasileiro de saúde é pluralista e segmentado, no que tange às formas organizacionais de atenção à saúde e das fontes de financiamento, visto que todos esses segmentos dependem do financiamento público, uns mais de forma direta e preponderante, bem como de maneira indireta mediante as renúncias fiscais. Essas renúncias são possíveis por meio de isenções fiscais às instituições sem fins lucrativos, das deduções do imposto de renda conferidas às pessoas físicas e jurídicas, que possuem gastos com médicos, dentistas, laboratórios, planos de saúde, hospitais; além das desonerações tributárias existentes para alguns medicamentos.

Para Piola *et al.* (2013) os incentivos de renúncias fiscais acabam por favorecer os serviços de saúde privado e, em geral, as operadoras de planos e seguros de saúde, pois incentivam a consumir os produtos ofertados por essas operadoras. No ano de 2010, os benefícios concedidos mediante o Imposto de Renda (IR), para as pessoas físicas e jurídicas, que deduziram os gastos com saúde da base do cálculo desse imposto, representou um montante

de aproximadamente R\$ 10,4 bilhões, visto que esses recursos favorecem apenas os declarantes e seus dependentes, bem como os empregados e seus dependentes, o qual tiveram acesso aos planos e seguros de saúde custeado por seus empregadores nesse período. (PIOLA et al., 2013).

Conforme Piola *et al.* (2013, p. 21),

o subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

A situação financeira da política saúde, galgada no princípio universal, é marcada nos anos posteriores a Constituição por dois determinantes: o primeiro pela ênfase dada à Previdência no orçamento da seguridade social; e, o segundo a política fiscal contracionista, realizada pelo governo federal, visando à obtenção do superávit primário. A relação entre o SUS e o orçamento da seguridade social é marcada pelas disputas de recursos e por conflitos. (MENDES, 2009).

O primeiro conflito a ser observado foi, em 1989, quando os recursos do então Fundo de Investimento Social (Finsocial) foram usados para o financiamento dos encargos previdenciários da União, despesa essa que não fazia parte do OSS, sendo que “em tese” ela não poderia ser financiada por nenhuma fonte de custeio da assistência social, da previdência social e da saúde. A mesma situação ocorreu em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o governo federal passou a ignorar, como força legal, o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que previa a destinação de 30%, no mínimo, do OSS, excluído o seguro-desemprego, para a política de saúde até que fosse aprovada a LDO. Com isso, em 1991, o Ministério da Saúde ainda conseguiu assegurar 33,1% do total dos recursos, porém no em 1992 passou a ser de 20, 95%. (MARQUES; MENDES, 2005).

Outro embate ocorreu, em 1993, quando a LDO previu 15,5% do total arrecadado de contribuições de empregados e empregadores para área da saúde. Todavia, até o mês de maio daquele ano não havia sido repassado nenhuma parte desse montante para saúde, sob alegação de que a Previdência Social estava com problemas financeiros e que se houvesse a transferência de recursos para a saúde, o orçamento da seguridade social encerraria o ano com déficit. Dessa maneira, o Ministério da Saúde teve que recorrer a três empréstimos consecutivos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). A partir de então, a receitas dessas contribuições

passou a ser utilizada quase na íntegra pela Previdência, sendo confirmado em 1999, como exclusivas da previdência pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O terceiro momento de tensão no financiamento do SUS e da Seguridade Social foi em 1994, com a criação do FSE (depois rebatizado de FEF e atualmente DRU), que possibilitou/a ao governo federal desviar 20% das contribuições sociais, que deveriam ser exclusivas para o financiamento da previdência social, assistência social e saúde. (MARQUES; MENDES, 2005). Nesse cenário de sucateamento da saúde pública, o setor privado supletivo (planos e seguros de saúde) se expande para os trabalhadores do mercado de trabalho formal, que eram os antigos beneficiários do modelo de assistência médica previdenciária que vigorou até 1988, por meio dos subsídios dos empregadores. (BARROS, 2004).

Com a perda dos recursos para Previdência e os ajustes fiscais em curso desde 1993 no país surgem algumas propostas alternativas de recursos para a saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão de Seguridade Social da Câmara, defenderam a criação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IMPF), criado em 13 de julho de 1993 e que vigorou de 1º de janeiro de 1994 até 31 de dezembro de 1994, que foi julgado inconstitucional pelo STF. Sendo substituído, em 1997, pela Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). (MARQUES; MENDES, 2005), extinta ao final de 2007.

No primeiro ano de existência, em 1997, a CPMF, em valores correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, refletindo a 27,8% do total do financiamento da saúde. Até o período de 2007, o último ano de existência, a CPMF significou 30% do total das fontes de financiamento da saúde. Entretanto, essa nova contribuição não representou o incremento esperado de recursos, pois gradativamente o governo federal foi reduzindo as receitas da Cofins e da CSLL da saúde e transferindo-as para a esfera da previdência e da assistência social. (MENDES, 2012). A partir de 1999, com a Emenda Constitucional Nº 21, de 18 de março de 1999, a CPMF foi prorrogada e passou também a destinar recursos para as áreas da previdência social e à erradicação da pobreza. A CPMF, extinta em 2007 pelo Congresso Nacional, representava um terço dos recursos alocados na área da saúde, aproximadamente de R\$ 62,3 bilhões. (SALVADOR, 2010).

Pelo fato dos recursos da saúde, no período após a CF de 1988, apresentarem um caráter incerto e indefinido, várias propostas chegaram ao Poder Legislativo visando assegurar à vinculação dos recursos dos orçamentos das três esferas do poder para a política de saúde. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada em 1993, tornou-se a primeira

apresentada nesse sentido, e ao longo de sua tramitação foi sendo modificada e aglutinada a outras iniciativas de projeto de leis, resultando, após sete anos, na aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), em 13 de setembro de 2000. A EC-29 assegurou a vinculação de recursos orçamentários das três esferas do governo para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A EC-20 estabelece que cabia aos estados e aos municípios no primeiro ano de vigor (2001), no mínimo 7% dos seus orçamentos fossem aplicados na política pública de saúde, sendo paulatinamente aumentado ao longo dos anos. Com isso, em 2004, os estados deveriam alocar no mínimo 12% dos seus orçamentos com a saúde e os municípios e o Distrito Federal, ao menos, 15% das receitas arrecadadas com impostos na política de saúde. Por sua vez, a União teria a obrigação de aplicar na área da saúde, em 2000, o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de no mínimo 5%, para os anos de 2001 a 2004. Sendo que a conta era realizada a partir do valor apurado no ano anterior acrescido pela pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). (MARQUES; MENDES, 2005; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Sem a regulamentação da EC-29 ficaram várias dúvidas sobre de fato o que eram os gastos com saúde e as metodologias de cálculo. Além do descumprimento da EC, principalmente, pela União e pelos estados. Um embate relevante ocorreu entre os Ministérios da Fazenda e o da Saúde, no tocante à interpretação da emenda. Conforme Marques e Mendes (2005, p. 44)

Segundo o MS, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, o ano base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. Essa diferença de interpretação reduziu em R\$ 1,2 bilhões a disponibilidade de recursos para o MS em 2001, o que permitiria dobrar, por exemplo, os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação ao ano anterior. Na época, a Advocacia Geral da União (AGU) considerou o cálculo do Ministério da Fazenda, mas a discussão estendeu-se pelos anos seguintes, sem uma resolução definitiva.

Segundo Mendes (2012), nos primeiros dois anos do governo do presidente Lula, a equipe econômica procurou introduzir itens de despesas que não são considerados dos gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Essas ações só não se materializaram por conta das entidades que lutam em favor da saúde pública no Brasil, como Abrasco, Cebes, CNS, Frente Parlamentar de Saúde, entre outras. Essas entidades se mobilizaram e fizeram que o governo recuasse. Fato similar ocorreu em alguns municípios que para atingir o mínimo estabelecido, incluíram despesas que não eram referentes às ações e os serviços de saúde, tais

como, gastos com empresas de saneamento, merenda escolar, habitação urbana, entre outras. A partir disso, o CNS em conjunto com outras entidades produziram o documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC-29” para sanar as lacunas deixadas pela emenda.

Com aprovação da EC-29, mesmo com os problemas apresentados, possibilitou-se o aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde. No período de 2000 a 2011, a participação dos estados no financiamento da saúde passou de 18,5% para 25,7%, e a dos municípios saiu de 21,7% (2000) para 29,6%, em 2011. Por outro lado, no mesmo período, a União que respondia por mais de 60% do gasto total em saúde, em 2000, foi reduzindo sua participação e já no ano de 2011, ficou abaixo de 45%. Contudo, mesmo com o crescimento relativo dos estados e dos municípios no financiamento da saúde, o percentual de recursos públicos gastos com saúde no Brasil não supera 4% do PIB, conforme dados de 2011. Se comparado a outros países que também possuem um sistema de saúde universal, eles destinaram o percentual de 6% do PIB e até mesmo 10% do PIB, portanto, o percentual do gasto público em saúde no Brasil é muito baixo. (PIOLA *et al*, 2013).

Depois de quase dez anos de debates, a EC-29 foi regulamentada pela lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que descreve os pontos vagos da EC-29, relacionando o que de fato são as ações e os serviços de saúde pública e os que não são, expressos nos artigos 3º e 4º. No entanto, conforme Mendes (2012, p. 140), a lei complementar nº 141/2012, “constitui grande derrota para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum novo recurso foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde”. Para o autor, a proposta das entidades compromissadas com a saúde pública, de 10% no mínimo da Receita Corrente Bruta (RCB) para área recuperaria a responsabilidade do governo federal com a saúde, porém isso não ocorreu e na sua visão os recursos do SUS continuarão insuficientes para assegurar o que foi proposto na CF de 1988. Ao mesmo tempo em que não se aumentou recursos para o SUS, o Senado aprovou a continuidade da DRU até 2015.

Segundo o Manual de Gestão Financeira do SUS (2003), os recursos transferidos da União para implementar as ações e serviços de saúde pelos Estados, Municípios e o Distrito Federal, podem ser feitos em três modalidades: a transferência fundo a fundo, a remuneração por serviços produzidos e os convênios. A transferência fundo a fundo se configura pelo repasse direto dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundo Estaduais e Municipais devem priorizar à atenção básica nos municípios e a assistência de média e alta complexidade realizada

pelos estados e municípios com competência na Gestão Plena do Sistema Estadual.²⁷ A remuneração por serviços produzidos permite o pagamento direto dos recursos para os prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios, não habilitados na Gestão Plena do Sistema. Essa modalidade destina-se para o pagamento do faturamento hospitalar e da produção ambulatorial, que contempla as ações de assistência média e de alta complexidade. Os convênios são realizados entre órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais, entidades filantrópicas, organizações não-governamentais, cujo repasses dos recursos devem ser para despesas de capital e despesas correntes com o desenvolvimento de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão que transfere, concedente, e do órgão executor, conveniente.

Um mecanismo importante, citado na transferência fundo a fundo, é o Fundo Nacional de Saúde (FNS)²⁸, que é uma unidade orçamentária e gestora do SUS, bem como de acompanhamento, fiscalização, de controle e avaliação dos recursos transferidos ao SUS (artigo 10). A Lei 8.080/90, no art. 33, estabelece que os recursos do SUS devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de atuação e sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O FNS deve na execução dos recursos observar o Plano Nacional de Saúde, o PPA, a LDO e a LOA, sendo que os recursos alocados pelo FNS são segundo a Lei Nº 8.142/90,

I- despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II- investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III- investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV- cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. (BRASIL, art. 2).

²⁷ A questão sobre Gestão Plena do Sistema Estadual é uma das condições de gestão do Estado, sendo a outra, Gestão Avançada do Sistema Estadual. As condições de gestão são postas pela NOB 96, para explicitar as responsabilidades do gestor estadual aos elementos relativos as modalidades de gestão e as prerrogativas para seu desempenho. A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. A gestão plena do sistema estadual tem como responsabilidades específicas, a) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da Comissão Intergestores Bipartite CIB, e b) a operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. (BRASIL, NOB-SUS,1996).

²⁸ Instituído pelo Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1964, reorganizado pelo Decreto Nº 806, de 24 de abril de 1993 e reestruturado pelo Decreto Nº 3.964, de 10 de outubro de 2001.

Para acessar esses recursos, os municípios, os estados e o DF prescindem necessariamente instituir um Fundo de Saúde, bem como um Conselho de Saúde, com composição paritária, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e de uma Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), conforme art. 4º da referida lei, A transferência de recursos para os serviços e ações de saúde dos municípios, dos estados e do DF, sob esses moldes, com a condição da existência de um fundo de saúde foi ratificado pelo Decreto nº 1.232/1994, que regulamenta o repasse fundo a fundo. A Lei Complementar nº 142/2012, no seu art. 18, estabelece que os recursos do FNS, relacionados às despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e de capital, a serem executados pelos municípios, pelos estados ou pelo DF serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de maneira regular e automática, visto que não precisa-se de celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 204/2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respeito do monitoramento e controle. Essa instituiu os seguintes blocos, atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.²⁹ No tocante à execução percentual do FNS por subfunções, em 2007, foi da seguinte forma, com 17,8% para atenção básica, 52,2% para assistência hospitalar e ambulatorial, 9,7% para o suporte profilático e terapêutico, 0,3% para vigilância sanitária, 4,3% para vigilância epidemiológica, 0,3% para alimentação e nutrição, 6,6% para a previdência do regime estatutário, 0,4% para os serviços da dívida externa e 8,4% para outras subfunções. Em relação à saúde mental no FNS, entre 2000 a 2003, houve a evolução do valor liquidado de 1.917,08%. (SALVADOR, 2010).

Percebe-se que nos anos pós-Constituinte a política de saúde por meio do SUS, não foi prioridade de nenhum governo, em relação ao financiamento ela sofre com os recursos insuficientes, que são tomados para priorizar outros interesses, de um lado, a política previdenciária e, do outro, o pagamento dos juros da dívida.

2.4- Saúde Mental nos PPAs e a sua Rede de Atenção Psicossocial

²⁹ Na gestão do SUS, compete a qualificação da gestão do SUS e a implantação de ações e serviços de saúde, sendo que esse último inclui incentivos para área da saúde mental, tais como: implementação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços Terapêuticos, ações de redução de danos nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e a inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos desencadeados pelo uso de álcool e drogas.

Uma análise breve sobre os PPAs da União, no período de 1996 a 2015 demonstra as prioridades na política de saúde mental em cada governo. O PPA de 1996-1999 instituído pela Lei 9.276, de maio de 1996, em pleno contexto de contrarreforma do Estado, teve com premissa básica a consolidação da estabilidade de preços, com uma das estratégias a descentralização das políticas públicas para estados e municípios, setor privado e organizações não-governamentais. Essa descentralização na área de saúde, seria dentro do SUS, com a incorporação no mínimo de 10% dos municípios à condição de gestão semiplena e 60% na condição de gestão parcial, visando à recuperação dos serviços de saúde pública, com o reforço da capacidade gerencial e o estímulo aos novos modelos de gestão e de organização. No quadriênio de 1996-1999, a saúde mental nos objetivos e metas regionalizadas dentro da área da saúde se apresenta dentro das ações de “Tratamento e Recursos Humanos”, cuja meta era a realização de 27 cursos de capacitação voltados para saúde mental de adolescentes de todas regiões do país, bem como da ação assistência médica sanitária, o qual a meta era implementar Centros de Atenção Psicossocial Municipais em todo país, sendo 5 na região Norte, 25 no Nordeste, 7 no Centro-Oeste, 38 no Sudeste e 25 no Sul.

No PPA de 2000-2003 promulgado pela Lei 9.989, de julho de 2000, a saúde mental teve seu programa próprio, com o objetivo central de reverter o modelo hospitalocêntrico com a ênfase na atenção extra-hospitalar para as pessoas com transtornos mentais e aos dependentes de álcool e outras drogas. As ações eram as seguintes: a) o incentivo-bônus para assistência, acompanhamento e integração fora da unidade hospitalar de paciente portador de agravo mental; b) estudos e pesquisa sobre saúde mental; c) implantação de serviços ambulatoriais de saúde mental e de prevenção ao uso indevido de álcool e drogas; d) promoção de eventos técnicos sobre saúde mental; e) cadastro, classificação e reclassificação e habilitação dos hospitais psiquiátricos por porte; e, f) normas, procedimentos e diretrizes sobre saúde mental.

O PPA 2004-2007 instituído pela Lei nº 10.933, 11 de agosto de 2004, era assentado em três megas objetivos: 1) a inclusão social e redução das desigualdades sociais; 2) o crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor de desigualdades regionais; e, 3) a promoção de cidadania e fortalecimento da democracia. A saúde mental estava contemplada dentro do programa de “Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos” (1312). As ações de atenção à saúde mental estão voltadas para o apoio a serviços extra hospitalares para transtornos de saúde mental e decorrentes do uso

abusivo de álcool e outras drogas (0844), o auxílio-reabilitação psicossocial aos ingressos de longas internações psiquiátricas no SUS, programa “de volta para casa” (0843) e o apoio à unidades e serviços de reabilitação (0843).

O PPA de 2008-2011 estabelecido pela lei Nº 11.653, de 7 de abril de 2008, teve suas ações prioritárias associadas ao Projeto-Piloto de Investimentos Públicos (PPI) e ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). As principais ações de saúde mental se encontram dentro de três programas finalísticos.³⁰ O programa “Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada” (1220), uma das ações é atenção especializada em saúde mental, cuja finalidade implementar e implantar serviço de saúde mental. No programa de “Atenção Básica em Saúde” (1214), a ação voltada para saúde mental é o auxílio-reabilitação psicossocial aos egressos de longas internações psiquiátricas no SUS, “de volta para casa” (20AI). No programa de “Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde” (1312) voltado para os grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo, contempla a atividade de implementação de políticas de atenção à saúde mental (6233).

No PPA de 2012-2015 instituído pela lei nº 12.583, de 18 de janeiro de 2015, a saúde mental se insere no programa temático³¹ de “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde” (2015), cujo objetivo seria fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfretamento da dependência de Crack e outras drogas (0718). Com isso, as metas desse objetivo no quadriênio seriam a ampliação de beneficiários do Programa “de volta para casa”, a criação/qualificação de 175 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) 24 horas, 188 Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil e 430 Unidades de Acolhimento Adulto, a implementação de 3.360 leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais, bem como de 179 consultórios na rua, voltados para população em situação de rua. Por fim, implantação e implementação de 640 CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) e 800 unidades de residências terapêuticas temporárias (URTT). Além do programa temático citado, a saúde mental também esteve relacionada ao programa de “Promoção e Defesa dos Direitos Humanos” (2064), cujo objetivo era defender pessoas com direitos violados ou em situação de iminente violação, que busca a erradicação das suas causas e garantia de direitos (0975), seria no âmbito

³⁰ Programa Finalístico, refere-se que na sua implementação são ofertados bens e serviços diretamente à sociedade e são produzidos resultados passíveis de aferição por indicadores. (BRASIL, 2008).

³¹ Programa Temático demonstra e guia a ação governamental para entrega de bens e serviços à sociedade. (BRASIL, 2012).

da saúde mental a meta de implementação do Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos.

Com esse panorama realizado sobre como está posto a saúde mental nos PPAs, a partir de 1996 a 2015, a próxima análise se destina a verificar o quadro geral da rede de atenção dessa política no Brasil, que de alguma forma está relacionada com as decisões tomadas nesses. O CAPS³² tornou-se a principal estratégia dentro do processo da reforma psiquiátrica, ao longo dos anos observa-se a expansão desses pelo país. No ano de 1998 em todo território brasileiro existia apenas 148 CAPS e já em junho de 2012 existia 1.803 CAPS, um aumento de 1.118%, no período. Esses 1.803 CAPS são divididos nos seguintes tipos: CAPS I (848), CAPS II (438), CAPS III (158), CAPSi (158), CAPSad (281), CAPSad III (12). (BRASIL, 2012).

A evolução da cobertura populacional dos CAPS/100.000 habitantes por ano e Unidade Federativa (UF), demonstra um crescimento da cobertura da média nacional a partir de 2002, ano em que marca a primeira habilitação dessas instituições, de 0,21 para 0,74 em junho de 2012. A região Sul possui historicamente as maiores médias de cobertura no período de 2002 a junho de 2012, chegando nesse último ano, com 0,94 de cobertura, sendo considerada muito boa. A região Norte tem os menores índices, no ano de 2012, apresentou a média de 0,49 de cobertura, considerada regular/baixa. Os parâmetros de cobertura do indicador de CAPS/100.000 habitantes são os seguintes: para ser descrita como uma cobertura muito boa, o indicador, deve ser acima de 0,70, uma cobertura boa significa estar entre 0,50 a 0,69, uma cobertura regular/baixa entre 0,35 a 0,49, uma cobertura baixa de 0,20 a 0,34 e a cobertura insuficiente/crítica abaixo de 0,20. O DF, objeto de estudo deste trabalho, possui uma cobertura baixa, com o indicador de 0,25 em junho de 2012, mesmo com o aumento de 257% em relação a 2002, com 0,07%.

Outro mecanismo de desinstitucionalização da saúde mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), no ano de 2011, contavam com 625 em funcionamento, com um total de 3.470 moradores atendidos, localizados em 18 estados, bem como estava em implantação 154 SRTs, sendo que no DF não tem esse serviço e não está previsto a sua implantação. Em relação ao programa “de volta para casa”, no período de 2003 a 2012, verifica-se um crescimento no número de beneficiários cadastrados chegando a 4.085, em junho de 2012. Outro dado

³² Os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde recebem repasse financeiro fixo para custear ações de atenção psicossocial de acordo com o tipo de serviço prestado, das seguintes maneiras: CAPS I- R\$ 28.305,00; CAPS II R\$ 33.086,25; CAPS III R\$ 84.134,00; CAPSi R\$ 32.130,00; e, CAPS AD (24h) III R\$ 105.000,00. (PORTARIA GM/MS nº 3.089/90; PORTARIA GM/MS, nº 1.966/2013).

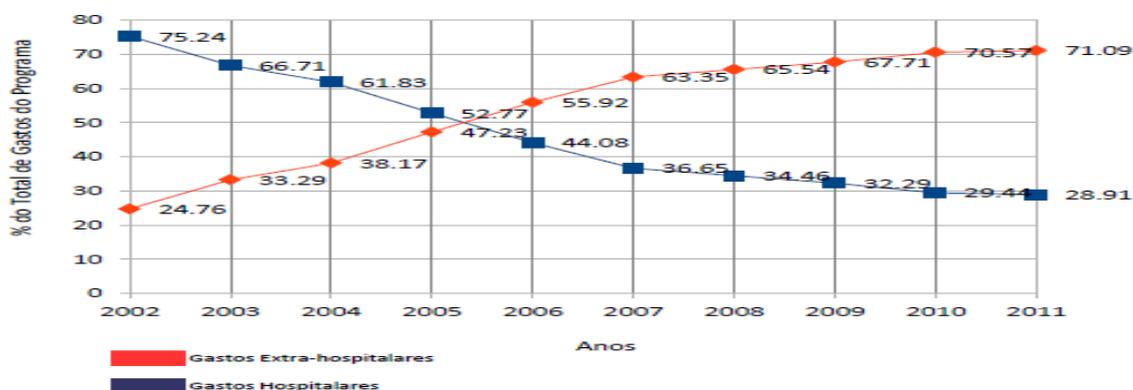
significativo para a política de saúde mental é o processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos no SUS, no período de 2002 a junho de 2012. No ano de 2002, contava-se com 51.393 leitos reduzindo-se para 29.958 leitos (junho/2012), em 185 hospitais psiquiátricos, isto é, uma redução de 42% ao longo do período. O número de leitos de saúde mental em hospitais gerais era de 3.910, em junho de 2012, localizados em 646 hospitais. (BRASIL, 2012).

Ainda com integrante da RAPS encontram-se as unidades de acolhimento, que são voltadas para pessoas que fazem o uso do crack, álcool e outras drogas, e que estejam em tratamento nos CAPS, de ambos sexos, numa situação de vulnerabilidade social, demandando um acompanhamento terapêutico e protetivo de natureza transitória (estadia de no máximo de 6 meses) e de cuidados constantes em saúde. Atualmente, as unidades de acolhimentos, em rede nacional, alcançam 60 unidades, sendo 34 destinadas aos adultos (maiores de 18 anos) e 26 no acolhimento infanto-juvenil (de 12 anos até 18 anos completos). E os consultórios na rua, unidades móveis de saúde, são formados por uma equipe de diferentes profissionais, que desenvolvem ações e cuidados em saúde voltados para população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, bem como trabalham com usuários de álcool, crack e outras drogas. No território brasileiro existem 129 consultórios de rua.³³

Os gastos com a saúde mental representam uma média de 2,29%, entre 2002 a 2011, do orçamento total destinado a função saúde no orçamento da União. Nota-se, que só a partir de 2006, como pode ser observado no gráfico 1 (abaixo) é que os recursos do SUS destinados aos serviços extra hospitalares ultrapassaram os recursos dos hospitais psiquiátricos. No ano de 2002, os gastos hospitalares representavam 75,24% dos gastos totais em saúde mental, enquanto os gastos com programas extra hospitalares eram de 24,76%. Contudo, a partir de 2006, há inversão do modelo de financiamento, visto que no ano de 2011 os serviços extra-hospitalares constituíram 71,09% dos gastos, ao passo que os serviços hospitalares fecharam com 28,91%. Com isso, houve uma mudança no financiamento, conseqüentemente no modelo de atenção à saúde mental, que foi reafirmado pela Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual já preconiza ênfase nos serviços extra-hospitalares. (BRASIL, 2012).

³³ Dados retirados do site: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>, acesso em 23/06/2015.

Gráfico 1- Proporção de Recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra hospitalares entre 2002 a 2011



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento-SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ DAPES/SAS/MS (2012).

A política de saúde mental nos últimos anos, em especial a partir de 1990, se transformou no sentido de buscar o reconhecimento de direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir de um modelo amparado em serviços que preconizam a inserção desses dentro da sociedade e não mais em um modelo excludente. Essa mudança pode ser visualizada na própria condução do orçamento dessa política, que a partir de 2006 passou a ter mais gastos com serviços extra-hospitalares, de que gastos hospitalares, com a expansão dos CAPS, das residências terapêuticas, do número de beneficiários do programa “de volta para casa”, entre outros.

Contudo, em um contexto de desfinanciamento da política de saúde, os recursos desses serviços são insuficientes para atender a toda população usuária, visto que do orçamento total da saúde, os gastos com saúde mental não chegaram a representar em 2011, 2,31%. Deve-se reconhecer a importância da expansão dos serviços da política de saúde mental galgada no modelo de atenção psicossocial nos últimos anos, resultado alcançado pela luta da sociedade. Contudo, é necessário reafirmar a cada dia o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, pois o caminho ainda é longo para a superação total do modelo asilar e excludente presente nesta política, que existe desde da sua origem no país, tendo em vista que esse se reatualiza por meio dos hospitais psiquiátricos até então existentes e com as comunidades terapêuticas.

Capítulo III

A Política de Saúde Mental no Distrito Federal: um estudo do orçamento no PPA de 2012 a 2015

Neste capítulo será abordado a política de saúde mental no Distrito Federal, bem como será refletido o processo de reforma psiquiátrica brasiliense. Em seguida, apresenta-se a caracterização do DF e a Saúde Mental no PPA de 2012-2015. Por fim, a análise de gastos orçamentários da saúde mental no DF.

3.1- A Política de Saúde Mental no Distrito Federal

Antes de adentrar na história específica da política de saúde mental no DF, deve-se considerar a gênese histórica da política de saúde no DF. Em meados de 1959, o médico sanitariano Henrique Bandeira de Melo apresenta a proposta do sistema de saúde do DF. A proposta estava assentada nos princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental. Essa ficou conhecida como o “Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília”, o primeiro modelo de saúde do DF, que resultou na criação, em 1960, da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). (LIMA, 2002).

A rede de saúde do DF, no final da década de 1960, se caracterizava por ter diversas instituições na prestação de serviços na área do poder militar, civil e das organizações privadas. Com a realização, em 1969, de um estudo sobre “Diagnóstico do setor saúde DF” pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN) e pela SES/DF, constatou-se um predomínio do modelo médico-hospitalar, em prejuízo à atenção integral. Esse processo também ocorreu na política nacional de saúde, bem como a carência de funcionários preparados para ações de planejamento e execução de serviços, uma sobrecarga nas jornadas de trabalho dos médicos e ausência de interação entre a SES e FHDF. (LIMA, 2002).

Em relação ao projeto original, em 1979, havia sido construído apenas o Hospital de Base, seis hospitais regionais e cinco postos de saúde. Nesse mesmo ano foi formulado planos nas áreas de “assistência à saúde” e na “atenção primária”, alicerçada nas definições de Alma-Ata, na VII Conferência Nacional de Saúde e no Plano CONASP, visando regionalização,

hierarquização e extensão de cobertura dos serviços de saúde. Ressalta-se que a partir de 1985, deu-se o início os debates da reforma sanitária do DF, com a formação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) -DF, para sistematizar AIS, como uma parte de criação do SUDS/DF. (LIMA, 2002).

No que tange especificamente à política de saúde mental, o atendimento psiquiátrico teve início no Hospital de Base, com a unidade de Psiquiatria desde 1960, com ações de emergência e internação, e no Hospital Regional de Sobradinho, na parte da Unidade Integrada de Sobradinho (UISS), que era o espaço de Ensino da Universidade de Brasília (UnB), onde atendia pacientes no hospital regional com leitos na unidade de clínica geral. (LIMA, 2002).

Além desses serviços, em uma parceria entre a Secretaria da Educação e SES, foi criado em 1969, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), com atendimento específico para crianças e adolescentes, mediante trabalho multidisciplinar, com uma equipe de profissionais formada por psiquiatras, pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e pedagogos, uma experiência inovadora para época. (SANTIAGO, 2009).

Os usuários que precisavam de leitos psiquiátricos de internação e que contribuía para o INAMPS, tinham acesso as Clínicas de Repouso conveniadas, a qual dispunham de cerca de 720 leitos, nos seguintes locais: a Clínica de Repouso Planalto, em Planaltina (DF), Clínica Nossa Senhora de Fátima, na Asa Norte (DF), Clínica São Judas Tadeu, no Gama (DF), e a Clínica São Miguel, em Luziânia (GO). Para aqueles não-contribuintes e que não conseguiam leitos psiquiátricos no Hospital de Base, restavam-lhes 60 leitos ofertados pelo Sanatório Espírita de Anápolis (SEA), que era conveniado com a FHDF. (SANTIAGO, 2009).

Nesse cenário de insuficiência de serviços psiquiátricos foi criado o primeiro hospital psiquiátrico público na área da saúde do Distrito Federal, previsto no plano original. Esse foi fundado em 18 de maio de 1976, denominado como Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). (LIMA, 2002). O HPAP tem com funções: prestar atendimento ambulatorial, de emergência e internação psiquiátrica, localizado em Taguatinga, Região Administrativa do Distrito Federal. Após onze anos, o HPAP teve seu nome alterado para Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em 27 de setembro de 1987.

De acordo com Amaral (2006), a mudança do nome foi uma estratégia para desenvolver uma nova representação do local e para isso foram instituídos os serviços internos do HSPV, o CAPS e o Hospital-dia, internação e emergência. Entretanto, para Lima (2002, p. 163) essa

proposta “não se caracteriza como substitutivo de superação e transformação do modelo clínico-biológico, uma vez que não tem conseguido prescindir do hospital psiquiátrico”.

Outro processo importante na construção da política de saúde mental, se deu com a criação do Instituto de Saúde Mental (ISM) em 1986, localizado na Região Administrativa do Riacho Fundo. O ISM representou uma “modalidade de serviço substitutivo, tornou-se referência nacional e internacional quanto à sua proposta de atendimento aos usuários, tendo conseguido sua autonomia administrativa na estrutura da FHDF em junho de 1987”. (LIMA, 2002, p. 85). Com isso, a política de saúde mental do DF ficou dividida, de um lado, o modelo assistencial ofertado pelo ISM e, de outro, o modelo asilar representado pelo então HPAP.

Contudo, para Lima (2002, p. 85-86):

o modelo asilar já era questionado à época, mas a superação do hospital psiquiátrico não seria possível com a criação de uma Unidade Hospital-dia. Mesmo caracterizando-se como inovadora, era uma experiência isolada do sistema de atenção à saúde mental, que evidenciava a descontinuidade da assistência ao ter que recorrer ao atendimento psiquiátrico nos hospitais de referência para o atendimento do usuário em situações agudas. Era necessário o envolvimento de todos os demais atores sociais em seus respectivos serviços de atenção psiquiátrica, com a participação ampliada de usuários e comunidade, buscando as possibilidades de transformação dessa realidade, uma proposta que passa a ser assumida como uma política pública de assistência em saúde mental no Distrito Federal.

O cenário da política de saúde mental no DF começa a ter outros rumos a partir da década de 1990, sob influência do processo de reforma psiquiátrica nacional. Com a aprovação da Lei Orgânica do DF (LODF), em 1993, ficou estabelecido a obrigação do Poder Público em promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, assentada no respeito dos direitos humanos e cidadania, por meio de serviços de saúde preventivos, curativos e extra hospitalares, sendo vedado todo tipo de uso de espaços caracterizados como celas-fortes ou procedimentos violentos e desumanos para o atendimento das pessoas com transtornos mentais, conforme artigo 211 da LODF.

A partir da LODF, os leitos psiquiátricos manicomialmente devem ser substituídos por serviços alternativos com a unidade psiquiátrica em hospital geral, hospitais-dia., hospitais-noite, centros de convivência, lares abrigados, cooperativas e atendimentos ambulatoriais, visto que a obrigatoriedade das emergências psiquiátricas nos hospitais gerais. A internação psiquiátrica compulsória, feita pela equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas como último recurso, necessariamente deve ser informada aos familiares e à Defensoria Pública.

Em 1995 foi realizado o I Fórum de Saúde Mental do DF (FSMDF) com a participação de 500 pessoas. Destacam-se a participação dos profissionais da saúde, usuários, familiares e

representantes de outras instituições. Nesse evento pautou-se o esgotamento do modelo hospitalocêntrico como norteador da política de saúde mental. Também saiu a proposta de criação de uma rede diversificada de serviços substitutivos, desde CAPS a centro de convivência. Em 1995, também foi criada a Coordenação de Saúde Mental (Cosam), com o objetivo de estabelecer a reforma psiquiátrica no DF. (ZGIET, 2010).

Esse processo culminou com a promulgação da lei nº 975, de dezembro de 1995, considerada a “Lei da Reforma Psiquiátrica do DF”, anterior a lei federal, sob influência do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado. Esta lei define as diretrizes para atenção à saúde mental no DF, de modo que venha ser garantido a cidadania aos usuários de saúde mental, sob os preceitos de um tratamento humanitário sem qualquer tipo de discriminação, inadmissão de qualquer forma de exploração, projetos comunitários que vise à integração com a comunidade e acima de tudo ter acesso às suas próprias informações (tratamentos prescritos e estado de saúde). Um ponto importante nesta lei foi o compromisso do Estado na redução de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, previsto a extinção desses no prazo de quatro anos subsequentes a publicação da lei, visto que os recursos devem ser repassados para a implantação de serviços assistenciais, calcados nos princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária. Em tese segundo a lei, o Estado também não poderia mais conceder autorização para construção ou funcionamento de hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e ampliação da contratação de leitos hospitalares. Também houve a incumbência para SES/DF criar o Plano de Atenção à Saúde Mental para ser apresentado ao Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), no prazo de 120 dias após a publicação da lei em tela. A lei, em seu parágrafo primeiro, define como serviços alternativos:

- I - atendimento ambulatorial;
- II- emergência psiquiátrica em pronto socorro geral;
- III- leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV- hospital-dia;
- V- hospital-noite;
- VI- núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII- centro de convivência;
- VIII- atelier terapêutico;
- IX- oficina protegida;
- X- pensão protegida; e,
- XI- lares abrigados.

O plano em questão foi apresentado e aprovado no I FSMDF e na III Conferência de Saúde do DF, com a previsão da política de saúde mental no período de 1995-1998. Esse plano previa a implementação da reforma psiquiátrica, orientada pelos seguintes eixos: a prevenção e promoção, reabilitação e integração social, rede diversificada e regionalizada de serviços, capacitação e ensino, comunidade e saúde mental, políticas sociais e interfaces de saúde mental, e supervisão, monitoramento, avaliação e pesquisa nas áreas de serviços e recursos humanos. (ZGIET, 2010). Ressalta-se que durante o I FSMDF foi realizada, pela primeira vez no DF, a eleição para o Coordenador de saúde mental, sendo eleito o médico-psiquiatra, Augusto Cesar de Farias Costa. (LIMA, 2002).

Durante a realização do II Fórum de Saúde Mental do DF, em 1997, os participantes tomaram ciência que a Cosam, em que pese a existência de uma portaria que a regulamentava não contava com funcionários próprios. Além disso, aqueles que lá trabalhavam, por poucas horas eram cedidos por outros órgãos. Discutiui-se a implementação da reforma psiquiátrica e os participantes problematizaram os possíveis erros do Plano Diretor. Além de definirem as atividades prioritárias para os dois anos subsequentes. (ZGIET, 2010).

Em 1998 aconteceu o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, organizado pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF e pela Cosam. O evento tratou sobre apresentação de propostas e de modelos substitutivos no país, com enfoque da possibilidade de substituição dos manicômios. (ZGIET, 2010; LIMA, 2002).

Diante dessas séries de acontecimentos, segundo Lima (2002), o período de 1995 a 1998, representou um avanço na política de saúde mental, com diversas modificações, horizontalização e hierarquização dos serviços, bem como do discurso de desospitalização e da participação dos usuários e da comunidade nos fóruns e eventos ligados a saúde mental.

No entanto, com a mudança de governo do DF, em 1999, houve um retrocesso das propostas colocadas em curso até então para a política de saúde mental, porque aconteceu “uma descontinuidade do Plano Diretor de Saúde Mental, uma ausência de liderança por parte do Governo e do movimento social em articular propostas de sustentação ao Projeto de Reforma Psiquiátrica, em andamento à época do DF”. (LIMA, 2002, p. 75). Com isso, ocorreu a interrupção da implementação e da estruturação da rede de serviços substitutivos. Expressão disso, foi o abandono da criação de Lar Abrigado e Pensão Protegida, no âmbito do ISM, bem como não foi implementado a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os projetos das residências terapêuticas não saíram do papel.

Além da saúde mental, a política de saúde do DF passou inúmeras alterações, sendo umas dessas a reforma administrativa da SES/DF no ano 2000. Essa reforma levou a extinção da FHDF. Na área da saúde mental criou-se o Núcleo de Saúde Mental, ligado à Gerência de Recursos Médico-Assistenciais, subordinado à Diretoria de Promoção e Assistência à saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS). Com essa mudança, o coordenador de saúde mental passou a ser indicado pelo secretário da SES/DF, não mais eleito no FSMDF. (LIMA, 2002).

Em decorrência da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (lei 10.216/2001) foi convocada, em 2001, a I Conferência de Saúde Mental do DF. Essa conferência só foi viabilizada graças a articulação do Movimento Pró-Saúde Mental do DF, que contava com o engajamento dos segmentos dos profissionais da área, usuários e familiares. (LIMA, 2002). As propostas dos grupos de trabalho não se diferenciaram muito do que já havia sido discutidos nos I e II FSMDF, tendo em vista que continuava as demandas por serviços substitutivos e não foram concretas o suficiente para serem implementadas. (ZGNIET, 2010).

Cabe salientar os movimentos organizados dos usuários e familiares que fizeram e ainda fazem parte do processo da reforma psiquiátrica do DF: Associação de Usuários dos Serviços de Saúde (ASSUME); Associação de Familiares, Amigos, Usuários e Profissionais da Saúde Mental (AFAGO); Cooperativa Beneficente e Social de Saúde Mental Ltda (CABESSA), a Organização Não-Governamental INVERSO. (LIMA, 2002).

Um fato marcante no processo da reforma psiquiátrica do DF está relacionado com o fechamento, em 2003, da Clínica de Repouso do Planalto, em Planaltina-DF, que era conveniada ao SUS. Segundo Amaral (2006), a Clínica na realidade funcionava como um manicômio. Com o fechamento da clínica, os usuários que não conseguiram a reintegração familiar e foram encaminhados para o ISM. Nesse contexto, foi criado, em 2003, no DF, o “Programa Vida em Casa” (PVC), implementado no HSVP, regulamentado, em 2004. O PVC busca atender aos usuários na fase aguda do transtorno em suas próprias residências sem ser necessária à sua internação, prevendo equipes multidisciplinares para atuar na prevenção, terapia e reabilitação dos usuários atendidos. (ZGIET, 2010; DISTRITO FEDERAL, 2010).

A política de saúde mental não sofreu muitas alterações durante o período de 2003 a 2009. Destacam-se as inaugurações de alguns CAPS, entre eles: CAPSad Guará em 2004, CAPS II no Paranoá em 2006, CAPS II em Taguatinga e o CAPSad, em Sobradinho, no ano de 2007. (SANTIAGO, 2012).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, reafirmou a necessidade de expansão da rede de atenção comunitária e a reestruturação do modelo

hospitalar psiquiátrico. Destaca-se que foi elaborado pela Gerência de saúde mental do DF, o “Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015”. Esse documento norteou-se pelos seguintes eixos:

- 1) ampliação do acesso à rede de serviços de saúde mental;
- 2) qualificação do cuidado em saúde mental;
- 3) promoção da reinserção social dos pacientes; e,
- 4) reorganização e gestão da rede de serviços.

Com isso, definiu-se 20 ações dentro desses eixos para o período de 2011 a 2015 com componentes de infraestrutura, equipamentos/mobiliários, recursos humanos, capacitação, processos, sociedade, família e gestão participativa. As ações vão desde implantação de 46 CAPS no DF, a disponibilizar informação à população sobre os transtornos mentais e a ampliação da visibilidade da questão na sociedade, no Dia de Luta Antimanicomial. (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Com a aprovação pelo governo federal do Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010, foi instituído o “Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas” e seu comitê gestor. O governo do DF criou por meio do Decreto nº 32.901, de 3 de maio de 2011, o Comitê de Enfretamento ao Crack e outras Drogas responsável pela elaboração do Plano Distrital de Enfretamento ao Crack e outras Drogas. Este plano foi lançado em 31 de agosto 2011, pelo então governador Agnelo Queiroz, cujas ações se voltam para a prevenção do uso de drogas, a recuperação dos usuários e a repressão ao tráfico.

No presente quadro institucional do SES/DF, à Diretoria de Saúde Mental (DISAM), funciona como uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à SAS. A DISAM está organizada em unidades, Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde (NAASS) e o Núcleo Técnico-Normativo (NTN). No que tange às normativas de execução existem o Núcleo de Atenção em Saúde Mental Infante-Juvenil; Núcleo de Atenção às Políticas de Álcool e outras Drogas; Núcleo de Capacitação e Educação Continuada em Saúde Mental; Núcleo de Normatização, Acompanhamento, Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental; Núcleo de Saúde Mental do Adulto e do Idoso; e o Núcleo de Reinserção Social, todos esses subordinados o NAASS.³⁴

³⁴ Informações retiradas da seguinte página, <http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html>, acesso em: 29/06/2015.

Os serviços de saúde mental na rede de saúde do DF contam atualmente com 16 CAPS, nas seguintes modalidades: 9 CAPS ad (Rodoviária, Samambaia, Ceilândia, Taguatinga, Itapoã, Santa Maria, Guará, Sobradinho e Brasília); 5 CAPS transtorno mental adulto (ISM, Taguatinga, Paranoá, Samambaia e Planaltina) e 1 CAPS i no COMPP. Além disso, dispõem de um hospital psiquiátrico especializado, HSPV-Taguatinga; 1 ISM, Riacho Fundo; alguns leitos para internação 24 horas, na ala de emergência e ambulatório de psiquiatria do Hospital de Base; 30 leitos no Hospital Dia, Asa Sul; ambulatórios de psiquiatria em hospitais gerais; 1 Adolescente; e 1 COMPP. (DISTRITO FEDERAL, 2014; 2015).

No que tange à implementação da reforma psiquiátrica no DF, de acordo com Zgniet (2010), existem alguns obstáculos ainda para sua efetivação. A autora destaca alguns fatores micro-conjunturais e macro-conjunturais desse processo. Os micro-conjunturais são mais ligados aos aspectos do cotidiano dos serviços de saúde mental, tais como: a) a insuficiência de recursos materiais e humanos para execução do trabalho; b) manutenção de práticas segregadoras no hospital especializado; c) reprodução de frustração entre os servidores da saúde mental; d) despadronização de compreensão da atenção à saúde mental; e) ausência de estratégias alternativas no modelo manicomial nos serviços existentes; f) compressão simplista na manutenção do tratamento. Os macro-conjunturais estão relacionados à conjuntura mais ampla, que vai além dos ambientes de serviços de atenção à saúde mental, alguns deles são: a) cultura político-administrativa do DF; b) invisibilidade político-eleitoral de ações estatais em saúde mental; c) preconceito e incompreensão quanto à forma psiquiátrica e sua origem; d) preconceito da sociedade em relação à pessoa com transtorno mental; e) interesses financeiros de grupos influentes na implementação da saúde mental.

3.2- A Caracterização do Distrito Federal e da Saúde Mental no PPA 2012-2015

O DF é uma unidade autônoma, onde está localizada a Capital do país, Brasília. O DF ocupa uma área geográfica de 5.779,8 km², com uma população de 2.570.160 pessoas, em 2010, sendo 96% residente na área urbana, segundo o último Censo.³⁵ O DF está organizado em 31 Regiões Administrativas, sendo vedada à sua divisão em municípios e reger-se pela Lei Orgânica, promulgada em 08 de junho de 1993. As competências legislativas reservadas aos estados e municípios são atribuídas a esse ente federativo, conforme disposto na CF de 1988.

³⁵ Dados disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df>, acesso em: 29/06/2015.

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios-Distrito Federal (PDAD/DF) de 2013, realizado pela CODEPLAN, a população urbana do DF era estimada em 2.786.864, sendo constituída na maioria por mulheres com 51,98%. Os moradores do DF, com idade de até 14 anos de idade representam 20,38%, visto que a grande maioria está entre a faixa etária de 15 a 59 anos, com 65,56%, e os idosos, acima de 60 anos, é de 14,07%. Quanto à cor, as pessoas se autodeclaram: 49,58% parda/mulata, 45,02% de cor branca e 5,16% de cor preta. Nas regiões administrativas de maior renda, impera a cor branca e as de menor renda prevalece a cor mulata/preta. Em relação ao nível de escolaridade dos que vivem no DF, 29,67% disseram ter o ensino fundamental incompleto, enquanto 17,27% possui formação de nível superior. As regiões com alta renda, a maioria das pessoas possui nível superior e de menor poder aquisitivo uma baixa escolaridade.

No quesito do trabalho e rendimentos, os trabalhadores que são os “empregados com carteira trabalho”, representam 50,92%; os empregados sem carteira, 6,64%; na Administração Pública/Militares, 15,99%; e, são considerados autônomos, 22,65%. A renda média domiciliar da população no DF foi de R\$ 5.015,04 (6,93 Salários Mínimos-SM) e a renda per capita de R\$ 1.489,57 (2,20 SM), no ano de 2013. No entanto, mesmo com a renda média do DF elevada, isso não significa que essa riqueza seja igualmente distribuída, pois se analisar separadamente cada região administrativa, observar-se um elevado nível de desigualdade interna e calculado pelo Índice de Gini³⁶, de 0,474.

No que se refere aos benefícios sociais, em especial aqueles voltados para a transferência de renda, do total de domicílios estudados, em 2013, somente 8,39% acessam algum benefício. Daqueles que recebem benefícios sociais, o mais representativo foi o Bolsa-família (79,81%), seguido pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), 14,42%. Os moradores que possuem plano de saúde no DF representam 34,64% do total, sendo que as maiores incidências desses foram nos domicílios das regiões administrativas de maior renda. Em relação à utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 72,37% da população informaram fazer uso desse serviço, bem como 80,95%, utilizam o serviço público ofertado pelo posto de saúde da sua localidade.

Esses dados demonstram dois lados do DF, aqueles que representam a minoria dos moradores do DF, com elevada concentração de renda, com um maior grau de escolaridade e

³⁶ O Índice de Gini ou Coeficiente, é utilizado para mensurar a desigualdade social, com dados entre o número 0 e 1, quanto mais se aproximar de 0 significa melhor distribuição de renda. Caso ocorra o contrário, mais aproximado do 1, maior concentração de renda.

com plano de saúde, o do outro lado, a maior parte da população, que acessa o serviço público de saúde, com menor renda e escolaridade. Os dados mostram a alta renda média domiciliar do DF, mas como foi observado isso não representa necessariamente uma melhor distribuição de renda, pelo contrário, indica uma maior desigualdade.

No tocante ao Produto Interno Bruto do Distrito Federal (PIB-DF), o último estudo realizado sobre o assunto pela CODEPLAN, demonstrou que em 2012, o PIB era de R\$ 171,236 bilhões, ocupando então a sétima posição entre as maiores economias do Brasil. A participação das atividades econômicas no valor adicionado bruto, tem o setor de Serviços com a maior representação na economia do DF com 94,0%, seguido da Indústria com 5,7% e da Agropecuária com 0,3%. As principais atividades desenvolvidas no setor de serviços são comércio, 6,7%; transporte, armazenagem e correio, 2,3%; serviços de informação, 2,3%; intermediação financeira, seguros e previdência complementar, 10,0%; atividades imobiliárias e aluguéis, 6,2%; administração, saúde e educação públicas 55,2%; e outros serviços 11,3%.

Com esse balanço realizado sobre aspectos econômicos e sociais, a próxima análise se debruçará sobre o Plano Plurianual do Distrito Federal (PPA/DF) de 2012 a 2015, com um olhar particular sobre a saúde mental. O PPA/DF 2012-2015 foi instituído pela lei Nº 4.742, de 29 de dezembro de 2011, elaborado durante o primeiro mandato do governado do então Agnelo Queiroz, eleito após um período conturbado no DF, com inúmeros escândalos políticos.

Esse plano estabelece sete macrodesafios, que devem ser desenvolvidos durante esse período:

- Garantir ao cidadão um atendimento de saúde integral e humanizado;
- Reduzir as desigualdades sociais, superar a extrema pobreza do DF e RIDE, garantindo renda, proporcionando acesso aos serviços, gerando oportunidades de emprego e renda, nas áreas rural e urbana;
- Propiciar uma educação pública, gratuita, democrática e de qualidade social para todos;
- Aumentar a qualidade de vida promovendo a mobilidade com qualidade, garantindo moradia digna, ordenamento territorial e uso sustentável dos recursos naturais;
- Garantir segurança pública por meio do uso inteligente de recursos humanos e tecnológicos;
- Desenvolver a economia, com diversificação da base econômica, potencializando as vocações do DF; e,
- Uma gestão eficaz, transparente e participativa, com foco no cidadão.

Esses macrodesafios orientados pelos seguintes princípios de acordo com o PPA:

- Participação social
- Dimensão territorial na orientação da alocação de investimentos;
- Estabelecimentos de parcerias com a União, os Estados, os Municípios, iniciativa privada e a sociedade civil; e,
- Foco na efetividade, na eficácia e no aperfeiçoamento das diretrizes para uma alocação mais eficiente e na priorização dos investimentos;

No âmbito da política de saúde do DF, a priorização do programa de “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde”, cujo objetivo geral é garantir a população um acesso ao sistema de saúde integral, humanizado e resolutivo, por meio de ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Com isso, são determinados alguns objetivos específicos para esse período dentro desse programa, em consequência da política de saúde, são eles:

- Atenção Primária em Saúde;
- Assistência Especializada em Saúde
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão e Planejamento do SUS;
- Urgência e Emergência;
- Saúde Mental; e,
- Hemocentro

Dentro desses objetivos destaca-se a atenção primária em saúde com enfoque na implementação do Estratégia Saúde da Família, visando garantir a população residente no DF um acesso universal aos serviços de saúde e equidade no atendimento das necessidades, promovendo melhoria na qualidade de vida e na promoção de saúde. A Assistência especializada tem como objetivo promover o acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais da rede do DF. A vigilância em saúde visa procurar conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, também acidente e agravos vinculados ao trabalho. Já a assistência farmacêutica teria como objetivo o de possibilitar o acesso aos serviços com qualidade e de maneira integral, em todos os níveis de

atenção. A gestão e planejamento do SUS tem como finalidade aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde e do controle social na esfera da SES/DF. A urgência e emergência busca expandir e qualificar sua rede de serviços, por meio da implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o serviço de atendimento móvel de urgência, SAMU 192. Em relação ao Hemocentro, o objetivo seria o de assegurar sangues, seus componentes e exames especializado com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, conforme os princípios e diretrizes do SUS.³⁷ (DISTRITO FEDERAL, 2011).

Com isso, o PPA 2012 a 2015, objeto deste estudo, a saúde mental está colocada como uma área de destaque, visto que o objetivo central seria ampliar a sua cobertura de maneira que proporcione qualidade de atenção e no cuidado das pessoas com transtornos mentais, familiar e os servidores ligados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal. A saúde mental merece uma abordagem particular, pois as suas especificidades perpassam tanto na atenção primária quanto na média e de alta complexidade. Os CAPS, os SRT e a atenção domiciliar são ações de saúde mental na atenção básica e ambulatoriais e leitos em hospitais gerais são atividades da média e da alta complexidade, visto que “os serviços constituintes dessa rede devem funcionar de acordo com a lógica territorial, com referências e contra-referências bem estabelecidas entre eles e com os demais componentes da rede pública de saúde do DF”. (DISTRITO FEDERAL, 2011).

Diante disso, estabeleceu-se as seguintes metas, de acordo com o “Plano Diretor em Saúde Mental”, no PPA 2012-2015:

1. Implantar 61 serviços substitutivos em saúde mental, sendo 40 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 18 Residências Terapêuticas, 6 Casas de Acolhimento Transitórios (CAT) e 4 Moradias Solidárias;
2. Construir a sede do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica – COMPP;
3. Criar o quadro funcional de Cuidadores em saúde mental para as Residências Terapêuticas, CATs e Moradias Solidárias;
4. Implantar leitos de atenção integral em saúde mental nas 15 Diretorias Gerais de Saúde da SES DF, incluindo os destinados a infância/adolescência e usuários de álcool/drogas.

³⁷ As metas estabelecidas para esses objetivos específicos podem ser vistas no anexo II: Estruturação e base estratégica no plano plurianual, da Lei Nº 4.742/2011.

Essas metas a priori seriam alcançadas por meio das seguintes ações, a “implantação de Unidades de Atenção em Saúde Mental” (3165), a “ampliação de Unidades de Atenção em Saúde Mental” (3166), a “reforma de Unidades de Atenção em Saúde Mental” (3224), a “construção de Unidades de Atenção em Saúde Mental” (3225), e o “desenvolvimento das Ações de Atenção em Saúde Mental” (4225).

Além das ações de saúde mental desenvolvidas dentro da função saúde, existem também ações dessas dentro da função “Assistência Social” (08), na subfunção “Assistência Comunitária” (244). Em especial, no programa “Promoção dos direitos humanos e Cidadania” (6222), cujo objetivo geral é promover a defesa e garantia dos direitos humanos, em razão de que toda pessoa possa exercer o pleno direito à cidadania. Destacam-se, na função orçamentária assistência social, as ações voltadas para “Implantação de unidades para execução da política e enfrentamento ao crack e outras drogas” (1270), “Enfrentamento ao crack e outras drogas” (2158) e a “Assistência aos Dependentes Químicos do Distrito Federal” (2179). No entanto, essas ações não serão estudadas neste estudo, somente as ações desenvolvidas dentro do orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

3.3- Saúde Mental em Gastos do Distrito Federal, no período de 2012 a 2014

Os programas sob responsabilidade da SES/DF são executados pelo Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF). O FSDF foi criado pela Lei Complementar nº 11, de 12 de julho de 1996, de acordo com a LODF/1993 e a Lei 8.142/90, como um instrumento de administração e suporte financeiro para as ações do SUS. Os recursos do FSDF são provenientes da “Esfera 2” do Orçamento da Seguridade Social.

A política de saúde se configura dentro do orçamento como Função 10, com as subfunções, atenção básica (301), assistência hospitalar e ambulatorial (302), suporte profilático e terapêutico (303), vigilância sanitária (304), vigilância epidemiológica (305), e alimentação e nutrição (306). Na esfera dos programas de gestão, manutenção e serviços ao estado dentro da saúde estão a Fundação Hemocentro de Brasília (FHB) e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS), bem como já citado o FSDF.

O orçamento da saúde é constituído por cinco fontes de recursos: recursos provenientes dos impostos arrecadados pelo Governo do Distrito Federal (GDF); repasses via fundo a fundo, proveniente do Ministério da Saúde; recursos advindos de convênios realizado com a União; operação de crédito externo, ou seja, os empréstimos realizados pelo GDF; e, o aporte feito pelo

Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF). No entanto a FCDF não compõe o orçamento da SES/DF, esse é utilizado exclusivamente para o pagamento de pessoal. Entre o período de 2012 a 2014, a principal fonte de recurso da política de saúde veio dos impostos arrecadados pelo GDF, seguida dos recursos repassados fundo a fundo pelo MS. (DISTRITO FEDERAL, 2015).

A análise da tabela 1 referente aos exercícios de 2012 a 2014 demonstra que nenhum dos anos o orçamento autorizado foi integralmente pago. No ano de 2012, dos R\$ 3,5 bilhões autorizados, somente, R\$ 2,7 bilhões foram pagos. O exercício de 2013, se destaca pelo maior índice de execução orçamentária, alcançado pelo pagamento de 87,87% do orçamento autorizado.

Tabela 1- Evolução de Execução Orçamentária da Saúde do DF, no período de 2012 a 2014.

Ano	Autorizado	Pago	Percentual de Execução (%)
2012	3.582.590.699,72	2.767.747.519,07	77,25
2013	3.630.051.685,30	3.190.002.326,89	87,87
2014	3.934.775.493,91	3.389.007.034,52	86,12

Fonte: SIGGO. Dados extraídos do Relatório Anual de Gestão SES/DF (2014).
Elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os valores pagos no orçamento de 2014, em conformidade com os objetivos específicos da saúde expostos no PPA 2012-2015.

Tabela 2- Comparação do valor liquidado dos objetivos específicos do orçamento da saúde, em percentual, no ano de 2014, deflacionadas pelo IGP-DI

Objetivo Específico	Pago	%
Atenção Primária em Saúde	34.115.289,15	1,01
Assistência Especializada em Saúde	690.376.484,64	20,37
Vigilância em Saúde	44.105.917,94	1,30
Assistência Farmacêutica	150.622.565,62	4,44
Gestão e Planejamento do SUS	97.115.020,95	2,87
Urgência e Emergência	36.989.865,58	1,09
Saúde Mental	2.633.043,70	0,08
Gestão e Manutenção do Estado	2.229.825.621,94	65,80
Outros	103.223.225,00	3,05
Total Geral	3.389.007.034,52	100

Fonte: GEPLoS/ DIPSS/SES. Dados Extraídos do Relatório Anual de Gestão SES/DF de 2014 (2015).
Elaboração Própria.

Nota:

1 O item "Outros" é referente a Ressarcimentos, Indenizações e Restituições, FEPECS e Fundação Hemocentro de Brasília.

De acordo com a tabela 2, o objetivo específico o PPA em tela que mais angariou recursos foi o referente à gestão e manutenção do Estado, com 65,80% do total, devido as despesas com pessoal e encargos sociais. Em seguida vem a atenção de média e alta complexidade (20,37%), a assistência farmacêutica (4,44%), outros (3,05%), gestão do SUS (2,87%), vigilância em saúde (1,30%), urgência e emergência (1,09%), atenção primária em saúde (1,01%) e a saúde mental (0,08%).

A saúde mental está inserida dentro da função “Saúde” (10), na subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” (202) especificamente no programa “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (6002)”. No período de 2012 a 2014, as fontes de recursos da saúde mental foram a “Fonte 100”, a “Fonte 138” e a “Fonte 338”. Essas fontes referem-se às receitas do Tesouro, sendo a fonte 100, ordinário não vinculado, bem como a fonte 138 trata-se de recursos do SUS e a fonte 338, são dos recursos do SUS dos exercícios anteriores. Na prática são receitas resultantes da arrecadação dos impostos do governo do DF: ICMS, IPVA, IPTU, ITCD.

Tabela 03- O Percentual de Execução das Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF, no período de 2012 a 2014, deflacionadas pelo IGP-DI

Ano	Autorizado	Pago	Percentual de Execução (%)
2012	3.920.262,26	656.873,52	16,76
2013	6.709.951,55	4.679.371,38	69,74
2014	6.110.430,69	2.633.044,48	43,09
Total	16.740.644,50	7.969.289,38	47,60

Fonte: SEPLAG/DF.
Elaboração Própria.

A execução orçamentária da saúde mental (tabela 3) inserida no FSDF, durante o período de 2012 a 2014, teve orçamento total autorizado de R\$ 16,7 milhões, sendo pago R\$ 7,9 milhões, com um baixo percentual de execução orçamentária, somente 47,60%, isto é, mais da metade dos recursos destinados para saúde mental não foram executados, R\$ 8,7 milhões. O exercício de 2013 teve melhor índice de execução orçamentária, com 69,74%, sendo o único ano em que o orçamento pago ultrapassou 50% do valor autorizado. O ano de 2012 teve o menor índice, apenas de 16,76%. Em 2014 a execução orçamentária da saúde mental foi 43,09%. É interessante notar que os dados colocados no Relatório Anual do SES/DF de 2014, destaca que em relação ao orçamento executado, a saúde mental do ano de 2014 teve um percentual de execução de 61%, não de 43,60%, como exposto na tabela 3. No entanto, esse documento está

referenciado a dotação inicial e não a dotação autorizada, que sofre acréscimos ou redução em relação a dotação inicial aprovada pela Câmara Legislativa, devido à necessidade para ações específicas de políticas públicas.

Os recursos da saúde mental foram destinados, conforme a tabela 4, no ano de 2012, para a implementação de CAPS, com o percentual de 50,61% do total e para o desenvolvimento das ações de atenção em saúde mental, com 49,39%. No ano de 2013, a implantação de CAPS respondeu por 49,38% do montante de recursos aplicados na saúde mental pelo orçamento público do DF. No ano de 2014 todos os gastos foram destinados ao desenvolvimento em ações em saúde mental, ou seja, unicamente para assegurar as atividades de funcionamento, conforme se percebe na tabela 4.

Tabela 4- Comparação do valor liquidado das ações em relação ao total do orçamento da Saúde Mental no FSDF, em percentual, do período de 2012 a 2014, deflacionadas pelo IGP-DI

	2012	2013	2014
Implantação de Unidades de atenção em Saúde Mental-Centros de Atenção Psicossocial-CAPS	50,61	49,38	
Implantação de Unidades de Atenção em Saúde Mental-Unidades de Acolhimento		6,49	
Desenvolvimento das Ações de Atenção em Saúde Mental	49,39	40,74	100
Reforma de Unidades de Atenção em Saúde Mental		3,39	

Fonte: SEPLAG/DF.

Elaboração Própria.

Os recursos da saúde mental estão prioritariamente destinados para a implementação de CAPS, resultado disso é que no ano de 2012 houve o credenciamento de um CAPS, no ano de 2013 teve inauguração de 3 CAPS, 1 em Ceilândia, 1 Samambaia e Taguatinga e de 2014, com ampliação de 5 CAPS programados, porém nenhum foi implementado. (DISTRITO FEDERAL, 2013; 2014; 2015).

Em 2014, constatou-se o funcionamento de 16 CAPS, mas apenas 13 habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo que somente são calculados aqueles considerados habilitados e credenciados. Diante desse cenário, o indicador de meta de cobertura de CAPS, chegou em 0,50/100.000 habitantes, porém a meta pactuada era de 0,67/100.000 habitantes. Sendo assim não foi alcançada e “ficou classificado como insatisfatório. Isto indica a necessidade de mais ações articuladas com os demais serviços de atenção em saúde e outros serviços intersetoriais

para ampliar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Mental”. (DISTRITO FEDERAL, 2015, p.71).

Além da prioridade dos CAPS, os recursos para desenvolvimento das ações em saúde mental tiveram participação significativa, no ano de 2012 com 49,36%, 2013 em 40,76% e 2014 em 100%. Essas ações são destinadas para compra de materiais permanentes e de consumo, servindo de suporte para o funcionamento do serviço como um todo, em especial as atividades terapêuticas e comunitárias, bem como das oficinas de geração de trabalho e renda. (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Os recursos destinados para os serviços mais complexos, no caso das Unidades de Acolhimento Transitório são insignificantes, a prova disso em que somente no ano de 2013 houve a destinação de recursos para esse serviço, com um percentual de 6,49% do orçamento total da saúde mental, nos outros anos não foram angariados recursos. Com isso, o DF conta apenas com uma Unidade de Acolhimento Transitório inaugurada em 2014, localizada em Samambaia. Além disso, outro instrumento importante para a política de saúde mental, as residências terapêuticas não possuem recursos dentro do orçamento, tendo em vista que não existe nenhuma no DF.

Tabela 05- Evolução da Participação das Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF, no período de 2012 a 2014, deflacionadas pelo IGP-DI.

	2012	2013	2014
Ações em Saúde Mental	656.873,52	4.679.371,38	2.633.044,48
Orçamento do Fundo de Saúde Do Distrito Federal (FSDF)	2.767.884.442,95	3.190.002.327,06	3.389.007.034,54
% da participação das ações Em Saúde Mental no Orçamento do FSDF	0,02	0,15	0,08

Fonte: SEPLAG/DF.
Elaboração Própria.

A relevância dos gastos sociais dentro do orçamento do FSDF pode ser observada na tabela 5. Verifica-se que a participação das ações em saúde mental em 2012 foi de 0,02%; no ano de 2013, com 0,15%; e, 2014, 0,08%. Esses dados demonstram o baixo percentual de recursos para à política de saúde mental, mesmo ela sendo um objetivo específico e de destaque no PPA 2012-2015, na área de saúde. Diante disso, conforma-se no Distrito Federal, o que foi exposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, traduzido no Brasil, em 2002. Em que os

gastos orçamentários destinados a saúde mental na maioria dos países não representam 1% dos seus gastos totais em saúde, como é o caso do DF.

Considerações Finais

As pessoas com transtornos mentais historicamente no Brasil foram colocadas à margem da sociedade, sendo-lhes negadas por muitos anos o direito de ir e vir e o respeito a sua dignidade, enquanto membros dessa sociedade. A política de saúde mental se constituiu, nesse sentido, o atendimento dos seus usuários com práticas segregadoras, preconceituosas e de exclusão. Para desconstruir esse pensamento, não foi e não é nada fácil, porém a partir do advento do movimento da reforma psiquiátrica, todo esse cenário passa a ser questionado, bem como do modelo asilar e manicomial presente nessa política. Com isso, foi possível pensar nestes usuários atendidos por essa política como um sujeito que detém direitos e não pode ser afastado do convívio social.

Visto que esse novo modelo de atenção à saúde mental deveria superar à lógica dos manicômios e implementar serviços substitutivos com base na inserção comunitária, dentro de uma política de saúde universal sob a responsabilidade do Estado. Nesse sentido, que a busca por uma saúde universal e sob responsabilidade do Estado no Brasil foram pautas de luta tanto do movimento da Reforma Psiquiátrica quanto do movimento de Reforma Sanitária. Parte dessa luta foi concretizada na Constituição Federal de 1988, no art.196, com a “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

A partir desta nova conjuntura de entendimento sobre saúde, o processo da reforma psiquiátrica caminha na superação do modelo asilar, com sistematização de uma rede diversificada de atendimento e a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Diante disso, houve a promulgação da lei 10.216/2001, levando como norte os princípios e diretrizes do SUS. Essa assegura os direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais, o qual estimula o tratamento em regime comunitário e não sob a ótica hospitalar, reafirmando uma concepção mais ampla de sujeitos possuidores de direito que devem estar inseridos no convívio social, sem qualquer discriminação e segregação.

A política de saúde mental no Brasil atualmente atende milhões de usuários, pois estima-se que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes³⁸. Cerca de 10% a 12% da população brasileira precisam de

³⁸ Psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação. (BRASIL, 2005).

cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras maneiras de abordagem, mesmo não sofrendo com transtornos severos. Já os transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem 12% da população acima de 12 anos no Brasil. (BRASIL, 2005). Por isso a importância de se reafirmar uma política de saúde de qualidade com um sistema universal amparada nos princípios da reforma psiquiátrica.

A política de saúde mental no Distrito Federal na trajetória sócio histórica não se diferencia desse processo exposto, pois aqui também houve a criação de um hospital psiquiátrico com práticas excludentes e discriminatórias, bem como de Clínicas de Repouso, conveniadas com o governo. A particularidade do DF foi o Instituto de Saúde Mental (ISM), uma modalidade de serviço substitutivo, que representou uma inovação para a época tanto nacional quanto internacional, bem como cabe ressaltar que a lei da reforma psiquiátrica brasileira foi promulgada em 1995, seis anos antes da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216/2001.

Diante disso, a saúde mental, no período estudado teve orçamento total autorizado em R\$ 16.740.644,50, porém somente R\$ 7.969.289,38 foram pagos, isso significa que mais da metade dos recursos não foram executados, sendo destinadas a outros fins. A análise dos dados revelou que uma das prioridades dentro do orçamento foi as ações voltadas para os serviços substitutivos, no caso os CAPS. Um dos motivos pela priorização dos CAPS foi aumentar o indicador de cobertura desses serviços. Pois, com a divulgação do Ministério da Saúde, do “Saúde Mental em Dados 11”, em 2012, constatou-se que no DF o indicador de cobertura dos CAPS eram das mais baixas de todo país, com o indicador de 0,25 em junho de 2012 de cobertura CAPS/ 100.000 habitantes. No ano de 2014, esse indicador fechou em 0,50/100.000 habitantes, considerada pelo MS uma cobertura boa.

Os recursos destinados para essa política dentro do orçamento do FSDF são insuficientes, visto que nem chegam a representar 0,2% do total do orçamento da saúde. Mesmo quando o governo coloca a saúde mental como um objetivo específico e de destaque no PPA 2012 a 2015 não passa de proselitismo, pois as ações concretas não ocorrem. Esse descompromisso também pode ser verificado a partir da análise do abandono das metas expressas no “Plano Diretor de Saúde Mental de 2012 a 2015”. Ao longo da história da saúde mental no Distrito Federal, vários planos foram elaborados e abandonados, bem como o descumprimento da lei Nº 975, no que diz respeito ao fato que o Estado não poderia mais

conceder autorização para o funcionamento de clínicas psiquiátricas especializadas, pois recentemente houve a instalação da RM Clínicas Reabilitação e Hotel LTDA, destinada ao atendimento a pessoas com dependência de álcool e drogas, que dispõe de 50 leitos psiquiátricos³⁹.

O DF não se diferencia do contexto nacional de contrarreforma na saúde mental, com instituições não governamentais, comunidades terapêuticas, que atendem usuários com dependência decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A CODEPLAN realizou um estudo sobre o “Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas no Distrito Federal”. Esse estudo demonstrou que das 25 unidades pesquisadas, 16 eram instituições não governamentais sem fim lucrativo e 2 não governamentais com fim lucrativos, sendo 7 governamentais no formato de CAPSad. Dessas, 14 recebiam recursos públicos do DF, por serem instituições públicas (CAPS), ou por terem convênios com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social (SEDEST) e/ou Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (SESJUS). Outro aspecto verificado foi que na maioria das instituições não governamentais, os usuários atendidos eram proibidos de terem contato com o mundo externo e a presença relevante da orientação moral e/ou religiosa no processo de tratamento. (CODEPLAN, 2013).

A contrarreforma na saúde mental no DF é algo concreto, pois existem mais instituições não governamentais atendendo usuários com dependência decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Além disso, recursos do orçamento público do DF estão sendo repassados para essas instituições não governamentais, bem como o governo legitima a prática de comercialização no tratamento a esses usuários com entidades não governamentais com fins lucrativos.

A saúde mental no DF na atual conjuntura está em um processo contraditório, pois ao mesmo tempo em que se tenta implementar a reforma psiquiátrica, por meio de modelo de atenção à saúde com serviços substitutivos, se presencia à continuação de um hospital psiquiátrico assentado em práticas do modelo asilar, bem como o descompromisso por parte dos governantes com essa política e o fortalecimento de entidades não governamentais no tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Por isso, a necessidade de reafirmar a implantação de fato da reforma psiquiátrica no DF, pois

³⁹ Dados disponíveis em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conjunto.asp?VCo_Unidade=5301707242441, acesso em: 26/06/2015.

fica evidente que as pautas do modelo asilar e manicomial estão se reatualizando dentro da política de saúde mental.

Deve-se reconsiderar o que foi posto no relatório final da III Conferência Nacional em Saúde Mental, “é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais”. (2001, p. 20).

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. Narrativas de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. **Dissertação** (mestrado em sociologia).

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11 (3), p. 491-494, 1995.

_____. Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In. FLEURY, S. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In. AMARANTE, Paulo et al. (Orgs.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008.

BARROS, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. In. **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC, p. 151-190, 2004.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Acumulação capitalista, fundo público e Política Social. In. BOSCHETTI, Ivanete. (et al.) Orgs. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, p. 44-63, 2008.

_____. Crise do capital, fundo público e valor. In. BOSCHETTI, Ivanete. (et al.) Orgs. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, p.13-34, 2010.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. 6ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. A política de seguridade social no Brasil. In. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 323-338, 2009.

BRAGA; José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e Previdência: Estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Feral, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

_____. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete, et al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: ABEPSS/OPAS, 2006.

_____; MATOS, Maurílio. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. (et al) Orgs. **Política Social e Democracia**. 4ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. In. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2007, p. 77- 93.

CODEPLAN. **Mapeamento e Identificação das Metodologias das Instituições de Tratamento e Reinserção Social de Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas no Distrito Federal**. Brasília: março, 2013.

_____. **Produto Interno Bruto do Distrito Federal 2012**. Brasília: novembro, 2014.

_____. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Distrito Federal – PDAD/DF 2013**. Brasília: dezembro, 2014.

CUNHA, Jarbas. Limites e possibilidade da aplicação do princípio da proibição do retrocesso social no direito à saúde. 2014. **Dissertação** (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ESCOREL, Sarah. Saúde uma Questão Nacional. In. TEIXEIRA, S. M. F (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012.

_____; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012.

FLEURY, Sonia. A Questão Democrática na Saúde. In. FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

_____. A seguridade social inconclusa. In. **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC, p. 107-120, 2004.

GONÇALVES, Lúcia M. S. Rodrigues. Saúde Mental e Trabalho Social. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17ªed. São Paulo: Cortez, 2009, p.56-113.

INESC. **Orçamento**. Instituto de Estudos Socioeconômicos, n. 5, dez. 2004.

_____. **Reforma Tributária desmonta o financiamento das políticas sociais**. Instituto de Estudos Socioeconômicos, nota técnica nº 140, abril, 2008.

LIMA, Maria da Glória. Avanços e Recuos da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa Interunidades, 2002. **Tese** (doutorado em enfermagem).

MARCH, Cláudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: Ampliação da Subordinação a Lógica do Capital. In: **Universidade e Sociedade**, nº 49, jan. 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **SUS e a Seguridade Social: em busca do Elo Perdido**. São Paulo: Saúde e Sociedade v.14, n.2, p. 39-49, maio-ago, 2005.

MENDES, Áquilas. **Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: HUCITEC, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NETO, Eleutério Rodrigues. A via do parlamento. In. FLEURY, S. et al. (Org.). **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

NETO, F. *et al.* Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 667-700, 2009.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. FLEURY. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

OLIVERIA, Francisco de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemônica imperfeita**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

OLIVERIA, Fabrício Augusto de. **Economia e Política das finanças públicas no Brasil: uma guia de leitura**. São Paulo: HUCITEC, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: **Contribuição para a compreensão e crítica**. 1ª Reimpressão. Salvador: EDUFB; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. **O Que é o SUS**. 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

PIOLA, S. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, v.4, p.15-72, 2013.

PISCITELLI, Roberto Bacaccio; NOBRE, Alexandre de Brito. A herança orçamentária da Constituição. In. **Ensaio sobre impactos da Constituição Federal de 1988 na sociedade Brasileira**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, v.2, p.711-726, 2008.

REZENDE, Conceição. O modelo de Gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro Rede Sirius, ADUFRJ Sind, 2008, p.201-226.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Francisco Sérgio; SERVO, Luciana Mendes. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil**. In Jornada de Economia da Saúde das ABRES. Belo Horizonte, 2005. Anais. Rio de Janeiro: CEBES.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Financiamento tributário da política social no pós-Real. In. SALVADOR, Evilasio. (*et al.*) Orgs. **Financeirização do fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, p.123-152, 2012.

SANTIAGO, Marina Angra. Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo explanatório sobre a reforma psiquiátrica no DF. Brasília: Universidade de Brasília, 2009. **Dissertação** (mestrado em psicologia clínica e cultura).

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo da nova contabilidade pública**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SODRÉ, F. *et al.* **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?**. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, n.114, 2013.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Reflexões Teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In. TEIXEIRA, S. M. F (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

_____ ; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In. TEIXEIRA, S. M. F (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

UGÁ, Maria Alicia d; PORTO, Silva Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In. GIOVANELLA, Ligia. (et, al) Orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 395-425, 2012.

ZGIET, Jamila. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.
Dissertação (mestrado em política social)

Documentos, relatórios e legislação consultada

BRASIL. Emenda Constitucional n. 21, de 18 de março de 1999. Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

_____. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

BRASIL. Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Lei Nº 10. 216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados-11**. Ano VII, nº 11. Brasília: outubro de 2012.

BRASIL. Portaria MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília, novembro de 1995.

DISTRITO FEDERAL (BRASIL). Lei Orgânica do Distrito Federal, promulgada em 08 de junho de 1993.

_____. Lei Nº 975, 12 de dezembro de 1995. Fixa as diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

_____. Lei Nº 4.742, de 29 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Plano Plurianual do Distrito Federal para o quadriênio 2012-2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal. Brasília: dezembro de 2010.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2012. Brasília: 2013.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2013. Brasília: outubro de 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2014. Brasília: 2015.