

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**IMPACTOS ECONÔMICOS DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

PAULA VIEIRA MORA
matrícula nº: 113020874

ORIENTADORA: Profa. Maria Silvia Possas

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**IMPACTOS ECONÔMICOS DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

PAULA VIEIRA MORA
matrícula n°: 113020874

ORIENTADORA: Profa. Maria Silvia Possas

2019

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família por todo o apoio que me deram até aqui. Sem o carinho e cuidado de vocês, sei que não teria conseguido. Obrigada mãe, pai e vó por tanto suporte. Dedico essa conquista a vocês.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Maria Silvia Possas, por toda a paciência e atenção. Obrigada por toda a compreensão e tantos ensinamentos, dentro e fora de sala.

Sou grata pelos anos que passei no Instituto de Economia e pelos frutos que colhi. Vivi momentos únicos nos anos de graduação e criei memórias lindas com amigos tão queridos que levo do Instituto de Economia para a vida. André, Bárbara, Filipe, Gabrielle e Ivan, vocês tornaram minha rotina mais feliz e divertida.

Em momentos difíceis, sempre pude contar com Paula Arbex, Paula Monteiro e Thainara. Muito obrigada, amigas, por tanto amor que recebi de vocês. Não sei de um dia conseguirei dimensionar o tamanho de minha gratidão por tanto cuidado. Belle e Rapha, obrigada por nossa amizade e por reuniões tão agradáveis, que sempre traziam diversão e leveza.

Por fim, agradeço ao povo e ao Estado brasileiro por terem financiado meus estudos na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Minha missão é retribuir o investimento, fazendo valer todo o conhecimento adquirido, aplicando-o em prol do nosso país.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira permitiu a migração de um modelo de tratamento manicomial, baseado na segregação do paciente, para um modelo majoritariamente centrado na atenção extra hospitalar. É possível tratar de ganhos econômicos ao comparar o custo de manter pacientes institucionalizados com o de manter uma rede de atenção comunitária e integrada, que tende a ser menor. Este trabalho compara o custeio da Rede de Atenção Psicossocial e o custeio dos hospitais psiquiátricos no padrão pré-Reforma. Além do benefício financeiro, é abordado o ganho de bem-estar social considerando aspectos das liberdades e condição de agência dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. Por fim, é analisado o orçamento federal brasileiro e seu destino de recursos à Saúde.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Orçamento da Seguridade Social, Ética

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1 – Discussão ética e benefício	4
1.1 Utilidade e Bem Estar.....	4
1.2 Benefícios e Custos da Reforma.....	10
1.3 Mercado de Trabalho.....	12
Capítulo 2 - História da Reforma Psiquiátrica	14
2.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	14
2.2 Experiências Internacionais.....	25
2.3 Comunidades Terapêuticas.(CTs).....	28
2.4 Indicadores Relevantes.....	32
Capítulo 3 - Aspectos Financeiros	36
3.1 Comparação de custos: enfoque extra hospitalar vs. hospitalocêntrico.....	36
3.2 Análise do Orçamento da Seguridade Social.....	40
Conclusão	45
Referências Bibliográficas	46

INTRODUÇÃO

Saúde mental é um tema cada vez mais discutido e relevante no contexto social. Se durante um bom tempo o debate foi restrito às especialidades de psicologia e psiquiatria, hoje vemos que o assunto é apresentado e discutido em programas, seminários, empresas, universidades e redes sociais em geral. As campanhas de conscientização crescem junto com a necessidade de tratar de questões como depressão, suicídio e ansiedade.

A Organização Mundial da Saúde estima que 450 milhões de pessoas no mundo sofriam de algum transtorno mental ou comportamental em 2001 e que uma em cada quatro famílias tinham pelo menos um membro com um desses tipos de transtorno (OMS, 2001).

Progressivamente crescem as campanhas de conscientização sobre saúde mental. Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio anualmente e mais de 90% dos casos de suicídio são associados a distúrbios mentais (OMS, 2017). Os sinais muitas vezes passam despercebidos, justamente pela ausência de conhecimento dos transtornos mentais, que por muito tempo foram tratados como tabus. A abordagem do assunto em diferentes meios sociais se torna uma medida de prevenção, para além da mera informação.

Os transtornos mentais afetam não somente o campo psíquico como as esferas sociais e econômicas. Na instância individual, a pessoa acometida por transtorno mental tem de lidar com estigmas e discriminação em relações pessoais e de trabalho. As doenças neuropsíquicas e psicossociais reduzem a produtividade no trabalho, ao comprometer a capacidade de estar presente regularmente no ambiente de trabalho devido a eventos de crise, por exemplo.

Pela ótica macro, da sociedade como um todo, o aumento de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais é prejudicial ao mercado de trabalho e ao sistema de previdência social. A própria queda no rendimento profissional compromete a produção, acarretando ganhos efetivos inferiores ao potencial previsto. Além disso, esses transtornos estão entre as principais causas de afastamento por licença médica e podem levar a aposentadorias precoces por invalidez. Isto afeta o resultado da previdência social, que perde receitas com a

redução de sua base de contribuintes e tem os gastos elevados, pois passa a ter uma base maior de beneficiários.

Apesar de parecer estar em maior destaque agora, o tema da saúde mental não é novo. Ao longo dos séculos o tratamento destinado às pessoas acometidas por transtornos mentais foi mudando e se adaptando, passando por fases sombrias que envolviam prisões, segregação, exploração e até mesmo tortura destas. Foi a partir do século XX que filosofias psiquiátricas que preconizavam a humanização dos tratamentos ganharam força, tendo como um grande marco a Psiquiatria Democrática Italiana, que muito influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira e de outros países também.

O objetivo deste trabalho é analisar a evolução das políticas de saúde mental no Brasil após a Reforma Psiquiátrica, destrinchando os ganhos sociais para além do retorno econômico com a reforma, as mudanças estruturais observadas e o financiamento público das novas redes de tratamento. Também buscamos analisar as diferenças em termos de gastos públicos para manter uma rede de atenção extra-hospitalar diversificada e manter uma rede de atenção manicomial.

Para atingir o objetivo foi realizada uma revisão da literatura sobre a história do tratamento psiquiátrico no Brasil, com foco em teses e dissertações, relatórios de entidades internacionais sobre saúde mental, capítulos de livros, artigos acadêmicos e notícias. Foram usados dados obtidos pelo DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo (SIOP) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O trabalho divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo é feita uma discussão ética sobre os pressupostos da racionalidade econômica, questionando a validade de entender o comportamento individual como puramente autointeressado e a ótica utilitarista enquanto parâmetro de avaliação do bem-estar social. Apoiamo-nos principalmente nas obras de Adam Smith e Amartya Sen para desconstruir a ideia do indivíduo puramente egoísta e destacar a importância de fatores como liberdade e condição de agência como importantes geradores de bem-estar. Abordamos então os benefícios sociais advindos da reforma psiquiátrica e a reinserção no mercado de trabalho dos pacientes psiquiátricos.

No segundo capítulo tratamos da história da Reforma Psiquiátrica brasileira e experiências internacionais de sucesso, como o caso de Trieste, cidade referência da Psiquiatria Democrática Italiana e caso que influenciou a luta antimanicomial no mundo inteiro, inclusive no Brasil. São apresentados os atuais componentes da Rede de Atenção Psicossocial e destacamos o caso das comunidades terapêuticas, que vêm ganhando espaço no tratamento de dependentes químicos, mesmo diante de controvérsias. Por fim, apontamos indicadores relevantes que devem ser monitorados para garantir melhores decisões de políticas públicas de saúde mental.

No terceiro e último capítulo falamos de aspectos financeiros da política de saúde mental no Brasil. Primeiro comparamos o custo de ter uma rede de atenção em saúde mental diversificada e baseada principalmente no tratamento extra-hospitalar com o custo de manter o tratamento baseado no modelo manicomial. Posteriormente, analisamos o orçamento da saúde dentro do Orçamento da Seguridade Social nos últimos anos e destrinchamos as origens de suas receitas, destacando a Desvinculação das Receitas da União e seu impacto no orçamento.

CAPÍTULO 1 – DISCUSSÃO ÉTICA E BENEFÍCIO

No campo da racionalidade econômica tendemos a usar como parâmetro de comportamento o indivíduo supostamente racional, que faz suas escolhas de consumo como um agente maximizador de utilidade. Suas ações são baseadas no autointeresse. Neste capítulo traremos uma discussão no campo da ética sobre a adequação dessa abordagem e suas limitações, especialmente no objeto de estudo deste trabalho.

Algumas possibilidades deste debate são: avaliar o que podemos ou devemos ter como ideal de sociedade, pensar sobre o que é considerado “bom” para o corpo social, se a maximização da utilidade é uma meta razoável, se há um valor unânime, se todos devem ser submetidos a normas e tratados igualmente, como devem ser incorporadas as preferências dos acometidos por transtornos mentais e se os mesmos têm autonomia para definir sua melhor utilidade ou terceiros devem escolher por eles. Estes são alguns questionamentos que serão trabalhados ao longo do capítulo.

1.1 Utilidade e Bem-Estar

A ideia de utilidade é bem definida como “aquela propriedade existente em qualquer coisa, (...) em virtude da qual o objeto tende a produzir ou proporcionar benefício, vantagem, prazer, bem ou felicidade” (BENTHAM, 1789/1979, pp.10) . Para Bentham, um dos principais autores utilitaristas, o ser humano está sujeito à dor e prazer, tendo a busca pela felicidade como objetivo, ou seja, somar mais prazeres do que dores.

O utilitarismo encontra sua origem na filosofia moral de Jeremy Bentham, na Inglaterra do século XVIII. Podemos dizer que a corrente considera que o melhor resultado, na escala de toda uma sociedade, é aquele que gera a maior satisfação para o maior número de pessoas possível. Posteriormente, tal visão foi incorporada à ortodoxia econômica por John Stuart Mill no século XIX. Jevons, Marshall, Edgeworth e Pigou foram outros economistas da escola marginalista neoclássica que também incorporaram a teoria utilitarista.

No capítulo IV de seu livro, Bentham discorre sobre como medir somas de prazeres e dores. O valor de cada um será maior ou menor de acordo com sete circunstâncias do fato analisado: intensidade, duração, certeza ou incerteza, proximidade no tempo, fecundidade, pureza e extensão. A proposta de medida é tal que, dado qualquer ato, observem-se as respostas, somando, para cada indivíduo, todos os valores de todos os prazeres despertados e subtraindo desta soma todos os valores de todas as dores sentidas. Se for um saldo positivo, indicará tendência boa do ato, se negativo, indica uma tendência ruim.

Para Amartya Sen, “as proposições típicas da moderna economia do bem-estar dependem de combinar comportamento auto interessado, de um lado, e julgar a realização social segundo algum critério fundamentado na utilidade, de outro” (SEN, 1999, pp 46). Discutiremos a adequação de tais princípios.

Utilidade pode ser relacionada, grosso modo, com os termos ‘benefício’ e ‘bem-estar’. Evidente que esta é uma noção muito subjetiva, pois cada indivíduo tem suas características, gostos e preferências, atribuindo valores diferentes para um mesmo bem ou serviço. O que é considerado prazeroso para uma pessoa pode, para outra, ser fonte de insatisfação.

Do ponto de vista social, o critério comumente adotado para avaliar a alocação de recursos, na economia, é o da otimalidade ou eficiência de Pareto. De acordo com este conceito, uma situação encontra-se no ponto ótimo quando for impossível melhorar o estado de um agente sem que piore o de outros. Este critério é criticado por desconsiderar questões distributivas – é possível um estado estar no ponto ótimo tendo pessoas em miséria extrema enquanto outras ostentam luxo, basta que os primeiros não possam melhorar de vida sem que piore a situação dos ricos.

Quando se busca maximizar uma alocação de bem-estar, necessariamente passamos por uma alocação Pareto eficiente. Isto se prova com a hipótese de negativa desse critério: se não o fosse, haveria alguma outra alocação possível que daria a todos uma utilidade tão grande quanto a tida como máxima, e ao menos a um indivíduo uma utilidade maior. Como a função de bem-estar social é uma soma das utilidades de todos os agentes, essa nova alocação geraria maior bem-estar social, contradizendo o pressuposto de que era o melhor resultado possível.

Sen identifica três aspectos que permeiam a doutrina utilitarista: welfarismo, ranking pela soma e consequencialismo. O welfarismo é um conceito ético de avaliação da “bondade” ou adequação das coisas de acordo com as informações sobre utilidade do estado de referência – “as únicas coisas de valor intrínseco para o cálculo ético e a avaliação dos estados são as utilidades individuais” (SEN, 1999, pp. 56). O ranking pela soma considera que a avaliação leve em conta o somatório de todas as utilidades do referido estado, e não sua distribuição. Já o consequencialismo leva em consideração que toda escolha será baseada em uma previsão da bondade do estado decorrente da mesma. O indivíduo se orientará a optar pela que tiver maior utilidade prevista.

A função de bem-estar social clássica no modelo utilitarista consiste em somar as funções de utilidade individuais. A tentativa de homogeneizar variáveis muito distintas, “encaixando” em uma única dimensão que possibilite a soma delas também pode gerar distorções graves e desconsiderar fatores importantes.

Sen aborda alguns fatores que são deixados de lado no cálculo utilitário do agente racional idealizado pelos economistas. Kerstenetzky (2000) resume bem a crítica de Sen à demasiadamente restritiva racionalidade econômica:

De um modo geral, a racionalidade economista ou impõe consistência interna às escolhas sem pronunciar-se sobre o conteúdo destas escolhas, ou se manifesta como a busca pela maximização do auto interesse, adotando neste caso uma posição demasiado simplificadora em relação às motivações dos indivíduos. É necessário, diz ele, reconhecer a existência tanto de outras motivações quanto de outras definições (KERSTENETZKY, 2000, pp. 115)

Para Sen, os propósitos sociais abrangem também a própria capacidade de agir e a liberdade de ser, para além da pura realização do bem-estar enquanto mera realização de consumo, do “ter”. Ele destaca a importância da condição de agente, direitos e liberdades de agência do indivíduo como fatores que deveriam ser incorporados na avaliação de bem-estar social.

A condição de agente pode ser definida como a capacidade de o indivíduo estabelecer seus próprios objetivos, compromissos, valores e desejos e ter a liberdade de persegui-los. Esse conceito é importante quando pensamos em um debate sobre as liberdades dos indivíduos com transtornos mentais. Muitas vezes

eles são tidos como incapazes ou inaptos a tomar decisões e responder por si, sendo condicionados a algum tipo de tutela, seja por familiares, médicos ou pelo Estado. A perda da condição de agente desses indivíduos, quando conscientes desta, gera perda de bem-estar para os mesmos. Contudo, na visão utilitarista é possível defender que o saldo é positivo para a sociedade como um todo, pois estes são “encaixados” nos padrões sociais esperados. Mesmo que eles tenham perda de bem-estar, a sociedade tem um ganho maior quando não tem que lidar com o “louco” livre para tomar e buscar suas próprias decisões, pois este ainda é estigmatizado como gerador de problemas.

Além disso, podemos avaliar a adequação do utilitarismo enquanto parâmetro ideal na avaliação do bem-estar: será que dessa forma não defenderemos uma sociedade plenamente medicada? Como na distopia da obra *Admirável Mundo Novo*, de Aldous Huxley, evitaríamos toda e qualquer emoção negativa ingerindo pílulas que nos blindassem da dor. Afinal, se experienciamos apenas o prazer e minimizamos as dores, podemos dizer que esta é uma forma aceitável de maximizar a utilidade. Será este nosso ideal? Incapacitar-nos de viver desprazeres que nossa própria natureza nos condicionou a sentir? A avaliação utilitária não deveria ser dissociada de considerações éticas. Sen repete em suas obras considerações sobre os ganhos que a economia teria se abrangesse maior dimensão ética em seus modelos.

Outra crítica importante a ser feita é: uma vez que o ideal ético estaria na busca pela maximização da felicidade (somar mais prazeres do que dores), abrir-se-ia uma brecha para que os direitos das minorias fossem relativizados, pois a felicidade geral é mais importante e benéfica para o conjunto. Isso torna o debate sobre moralidade um simples cálculo de ponderação entre prazer e dor. A soma de prazeres torna-se um cálculo frio – como atribuir valor escalar a uma vida humana (de valor não monetário) e comparar a perda desta vida e gastos com seguridade (de valor monetário), por exemplo?

Apesar de todas as críticas cabíveis, temos em mente que um mecanismo de decisão social perfeito não existe. Nem mesmo na visão de mundo neoclássica. O Teorema da Impossibilidade de Arrow demonstra que, dados os critérios considerados necessários para uma decisão democrática, jamais será possível atender a todos sem que se encontre na verdade em uma ditadura. Os critérios

adotados são i) múltiplos participantes decidem, ii) todos os conjuntos de preferências são permitidos e iii) unanimidade na decisão. Pelo teorema, a tentativa de gerar um sistema de escolha perfeitamente justo é inconsistente com a democracia. Para agregar preferências individuais, compondo preferências sociais, é preciso abrir mão de um ou mais critérios adotados.

Posto isto, é preciso destacar que não se busca aqui criar ou propor um critério perfeito, mas sim discutir as limitações do que temos adotado até então como a melhor resposta possível.

Outra discussão que deve ser feita é se a obtenção de utilidade individual advém unicamente de prazeres próprios, egoístas, isentos de considerações éticas sobre o meio em que se vive e pessoas com as quais se convive. Para obter o maior prazer possível cabe ao indivíduo pensar somente nas consequências boas geradas para si? Se o benefício próprio significar o prejuízo alheio, isso reduz a quantidade de utilidade obtida para esta pessoa? Será o psicológico do *homo economicus* puramente egocêntrico?

O conceito de *homo economicus* é uma abstração de um indivíduo estritamente racional. É teorizada uma pessoa sem influência de suas dimensões culturais, políticas, afetivas, éticas, religiosas, etc, para tentar prever como ela agiria focando unicamente sua dimensão econômica, ou seja, como seria sua produção e seu consumo, isolados de demais fatores. O que propomos aqui é que tal abstração tem seu valor no estudo científico, mas que deve ser “extrapolada” com cautela, uma vez que os aspectos desconsiderados influenciam sim nas decisões que tomamos. O comportamento econômico é um comportamento social, e não pode ser isolado da influência dessas outras variáveis. Na vida real o ser humano tem muitas dimensões em si que não podem ser tão facilmente dissociadas de suas escolhas.

Sobre a busca do prazer próprio, em seu mais famoso livro, “A Riqueza das Nações”, Adam Smith escreveu a célebre frase “não é da benevolência do açougueiro, do cervejeiro ou do padeiro que esperamos nosso jantar, mas da consideração que eles têm pelo seu próprio interesse” (SMITH, 1776/1996, pp.74). Normalmente tal citação é usada associada ao comportamento auto interessado ou individualista. No entanto, resumir o autor a esta sentença é muito limitado, uma vez que em sua primeira obra, não tão famosa quanto, mas igualmente importante,

Smith discorre sobre o comportamento individual e a tomada de decisões humanas, abordando aspectos muito além do “egoísmo”.

Teoria dos Sentimentos Morais mostra outra visão sobre as motivações por trás das escolhas de consumo do indivíduo, para além do próprio interesse ou da “maximização de seu bem-estar” ou “utilidade”, fins comumente assumidos como pressupostos do comportamento do *homo economicus*. A primeira frase de seu primeiro capítulo já ilustra o que se afirma:

Por mais egoísta que se suponha o homem, evidentemente há alguns princípios em sua natureza que o fazem interessar-se pela sorte de outros, e considerar a felicidade deles necessária para si mesmo, embora nada extraia disso senão o prazer de assistir a ela (SMITH, 1759/1999, pp. 7)

Mesmo para o pai da economia moderna, outros fatores podem influenciar nas escolhas individuais. Smith usa o termo *simpatia* para denotar a solidariedade humana com qualquer paixão (dor, alegria, tristeza, etc) de outro, podendo senti-la junto com o outro, em diferente nível de intensidade. A catarse que nos faz chorar junto com uma personagem de um filme seria um exemplo de manifestação da *simpatia*. Ele observa que a reciprocidade dos sentimentos alheios com os nossos é grande geradora de prazer, como uma sensação de comunhão de sentimentos. Nesta situação o homem precisa do outro para obter felicidade; fosse egoísta ou individualista, seria incapaz de realizá-lo.

Outro fator capaz de influenciar nas ações do indivíduo, descrito por Smith, é o senso de conveniência (“*propriety*”). Para ele, as pessoas agem levando em consideração o que um teórico espectador imparcial pensaria ou julgaria de suas ações, buscando certo grau de aprovação e adequação. Dessa forma, não seria bom fazer o que “desse na telha” que trouxesse prazer a si em detrimento dos demais, mas sim agir conforme se espera, de forma virtuosa e levando em conta como outros serão afetados por suas atitudes. Somos seres sociais e se buscamos uma convivência harmônica, levamos em conta as repercussões de nossas condutas nos demais para decidir como agir.

Tudo isto colabora para provar que o comportamento humano não é puramente egoísta ou auto interessado como a abstração do *homo economicus*

desejaria que fosse. Esta suposição é muito limitada quando pensamos na real dimensão humana, conforme demonstrado nesta discussão.

1.2 Benefícios e Custos da Reforma

É interessante analisar se de fato uma abordagem mais preventiva e comunitária reduz os gastos com uma política de saúde mental. Isso permitiria, por exemplo, que estes recursos disponíveis fossem reorientados para outras áreas que precisam desse aporte, como outros setores de saúde e educação. Se assim for, é seguro dizer que do ponto de vista utilitarista a reforma psiquiátrica pode ter sido o melhor caminho.

Uma rede de atenção psicossocial não conta unicamente com trabalhadores especializados nisto. O ideal de modelo de tratamento que temos hoje preconiza uma equipe multidisciplinar, capaz de tratar e trabalhar diferentes carências dos pacientes. Essas equipes contam com psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e podem abranger ainda mais profissionais, como nutricionistas, educadores físicos, cuidadores, etc.

De acordo com a OMS, quanto mais hospitalocêntrico o modelo de atendimento à saúde mental de um país, maiores os custos envolvidos (OMS, 2009). Isso faz sentido, uma vez que os custos de uma internação tendem a ser maiores por incluir alimentação, remédios, leitos, equipes multidisciplinares, gestão, etc. Por outro lado, quanto mais voltado ao atendimento comunitário, atenção primária ou mesmo ao autocuidado, menores tendem a ser os gastos envolvidos.

Portanto, é de se esperar que uma reforma psiquiátrica baseada nas recomendações da OMS, voltada a um atendimento mais humano e social, esbarre invariavelmente na redução de custos com atendimento. A própria redução no número de leitos já deve representar economia significativa, mas deve ser acompanhada da criação proporcional de centros de atendimento que possam receber e suprir a demanda dos pacientes.

Ter um centro comunitário de tratamento, com a livre circulação dos pacientes, já leva naturalmente a um maior fluxo de pessoas na região, o que pode implicar em ganhos para os serviços e comércios locais. Além disso, o simples fato deles poderem circular e gastar livremente, com a renda de seu trabalho ou de

auxílios (Programa de Volta Para Casa, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, etc) já implica em um aumento no mercado consumidor, e, conseqüentemente, em maior circulação de dinheiro e movimentação da economia. Considerando que em 1982 eram 98 mil leitos financiados pelo Estado (PITTA, 2011), podemos deduzir que a reforma gerou cerca de dezenas de milhares de novos consumidores.

Além disso, em termos de ganho de bem-estar, é preciso destacar que a abordagem de tratamento comunitário permite aos pacientes ter enfim autonomia, saindo de um papel submisso, uma vez que no modelo hospitalocêntrico eram tutelados e tinham quase todos os aspectos de suas vidas decididos por terceiros. Decisões sobre como se vestir, o que comer, com quem se relacionar, onde ir e o que fazer, passam a pertencer ao indivíduo, que pode exercer suas preferências nos mais diversos campos. Esses indivíduos têm ganhos de liberdade e condição de agência, que por mais que não sejam numericamente mensuráveis, tem valor no bem-estar.

1.3 Mercado de Trabalho

No livro “Loucos pela Vida” de Paulo Amarante, o autor explicita alguns custos sociais e econômicos da desatenção ao setor: “as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho, entre as principais responsáveis por internações e ocupam o primeiro lugar com gastos públicos com assistência hospitalar no Brasil” (AMARANTE, 1998, pp. 85).

Há custos envolvidos com o afastamento de trabalhadores acometidos por doenças psiquiátricas uma vez que com o empregado de licença médica há redução na produtividade. Foi estimado pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) um custo de perda de produtividade de 23 bilhões de euros no ano de 2015. As premissas adotadas foram de que trabalhadores com saúde mental abalada são cerca de 6% menos produtivos que os demais, e que uma menor produtividade se reflete em menores salários.

Podemos observar impactos na produtividade no Brasil: os dados da Previdência Social mostraram que mais de 199 mil brasileiros receberam auxílio

doença com licenças médicas motivadas por transtornos mentais e comportamentais em 2016. Além disso, entre 2009 e 2015 cerca de 97 mil pessoas se aposentaram por invalidez baseada nestes transtornos.

Um dos componentes da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) brasileira é a Reabilitação Psicossocial, que conta com iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais como instrumentos. Estes auxiliam na reinserção dos pacientes no mercado de trabalho, além de colaborar para sua expressão criativa e construção de sua identidade.

No Brasil, temos alguns projetos de destaque. Por exemplo, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária realizou 16 feiras, favorecendo 560 projetos e contando com 2800 participantes ao longo de 2016. Podemos citar também a TV Pinel, a confecção de aparatos de carnaval para o desfile do bloco do Pinel, o chamado “Tá Pirando, Pirado, Pirou!”, o Programa Maluco Beleza, dentre outros.

Ademais, por vezes são realizadas chamadas públicas de seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial. Algumas são de Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS e outras de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS. Em 2012 eram 660 iniciativas deste tipo mapeadas pelo Ministério da Saúde.

A primeira entidade brasileira criada para auxiliar portadores de transtornos mentais em suas vidas profissionais foi, em 1978, a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho), envolvendo usuários, familiares e técnicos especializados, contando com debates, um jornal próprio, seminários e capacitações. Já em 2003, o então presidente Lula criou a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), dentro do Ministério de Trabalho e Emprego, para fomentar essas iniciativas.

É importante ressaltar que, além dos programas já citados que auxiliam na reinserção social dos pacientes, nos casos mais extremos, em que apresentam impedimentos de longo prazo de natureza mental, intelectual ou sensorial, eles têm direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC é prestado pelo INSS, no valor de um salário mínimo mensal. Por ser um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter acesso a ele, mas é necessário que a

renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Seus beneficiários também recebem descontos nas tarifas de energia elétrica.

Voltar à força de trabalho gera ganhos para o indivíduo, que passa a ter sua própria remuneração e a realização de sua capacidade de agência e liberdade de agir. O benefício dele também favorece o resto da sociedade, pois ele passa a ser mais um contribuinte na força de trabalho e colabora na geração de valor.

CAPÍTULO 2 – HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O tratamento destinado ao acometido por transtorno mental mudou muito ao longo do tempo. Os chamados “loucos” já foram encarados como desordeiros e perturbadores da ordem social, sendo presos em cadeias regulares. Quando poupados da prisão, eram tutelados por entidades filantrópicas, como Santas Casas de Misericórdia. Posteriormente, tivemos a época da solução manicomial, onde eram internados em hospitais especializados em psiquiatria, mas ainda eram segregados totalmente do convívio social e institucionalizados, isto é, sujeitos a longos períodos de internação. A partir da década de 70, com o caso de Franco Basaglia em Trieste, começa um forte movimento em busca de um tratamento mais humanizado e socialmente inserido para os doentes.

O modelo de Basaglia ecoou no Brasil, começando a ganhar destaque entre os trabalhadores da saúde mental, mas logo se expandindo para usuários e seus familiares. Cansados de tratamentos sub-humanos, privações, humilhações e segregação em instituições truculentas, a proposta de um modelo focado na reinserção social e humanização do tratamento ganhou adeptos e defensores ativos.

O objetivo deste capítulo é contextualizar a história da saúde mental no Brasil, narrando cronologicamente os acontecimentos que nos conduziram à Reforma Psiquiátrica e os mecanismos institucionais que permitiram sua concretização. Ao final, traremos algumas experiências de sucesso de outros países a fim de comparação.

2.1 – A Reforma Psiquiátrica Brasileira

De acordo com Britto (2004), o desenvolvimento da própria psiquiatria no Brasil está relacionado com a vinda da Família Real em 1808. Este seria um dos fatores para o crescimento populacional na cidade do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, um aumento no número de “loucos” pelas ruas. Nessa época, controlá-los era uma questão de ordem pública, e não de saúde. Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) complementam:

Foi nesta época que foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo,

dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX (MESQUITA et al, 2010)

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro só foi inaugurado oficialmente em 1852, o famoso Hospício Pedro II, atualmente Palácio Universitário e lar do curso de Economia da UFRJ. Antes dele, os acometidos por transtornos eram encaminhados para prisões, quartos fortes em hospitais gerais ou para as Santas Casas de Misericórdia, de natureza filantrópica. Apesar do caráter assistencial das Santas Casas, Britto (2004) informa que mesmo lá os loucos eram tratados duramente.

Com a instauração da República em 1890 o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa e passa a ser administrado pelo Estado, chamando-se Hospício Nacional de Alienados. Para Messas (2008, apud MATEUS, 2009, p. 16), é a partir deste período que podemos falar em uma política autônoma para a saúde mental no Brasil.

Nessa época também surgiram algumas das chamadas colônias, locais distantes dos centros urbanos, baseadas no princípio do isolamento. Apoiavam-se na laborterapia, metodologia de tratamento que prescrevia a atividade laboral como meio para reabilitação. Havia inclusive o chamado serviço de assistência heterofamiliar: famílias rurais que recebiam um reembolso do governo para colaborar com a readaptação dos ex-internos na sociedade. Muitas desvirtuaram-se de seu propósito. Por exemplo, Resende (1987, apud MATEUS, 2009, p. 16) informa que “A colônia Franco da Rocha, inicialmente projetada para 800 pacientes chegaria na década de 50 a albergar 15 mil pacientes”. Este reforça o caráter institucionalizante que perdurou no tratamento psiquiátrico durante tanto tempo.

Em 1903 o Brasil teve sua primeira lei nacional de assistência aos alienados, o Decreto 1.132, orientado para a manutenção da ordem pública. Estabelecia a inspeção de todos os “estabelecimentos de alienados” e em termos de direitos, os chamados “alienados” só poderiam ser internados depois de provada a alienação, poderiam a qualquer momento solicitar novo exame de sanidade e era proibido mantê-los em cadeias públicas, ainda que, na prática, isto se observe até os dias de hoje. Andreoli *et al* (2008) estimou que 12,2% da população carcerária do estado de São Paulo possui transtornos mentais graves.

A partir de 1912 a psiquiatria passou a ser considerada especialidade médica, suscitando um aumento no número de estabelecimentos psiquiátricos, tidos ainda

como dispositivos disciplinadores. Podemos destacar a inauguração da primeira Colônia destinada a mulheres, a Colônia do Engenho de Dentro, e o primeiro Manicômio Judiciário brasileiro.

Posteriormente, em 1934 a legislação de 1903 é substituída pelo Decreto 24.559. Este prevê amparo médico e social tanto aos doentes dos estabelecimentos quanto aos egressos e inova ao abordar a questão da profilaxia na saúde mental e da readaptação social.

No final da década de 1950 os hospitais psiquiátricos já apresentavam elevadas taxas de ocupação. O Hospital São Pedro em Porto Alegre, por exemplo, tinha mais de 3000 internos quando sua capacidade era de 1700 leitos psiquiátricos.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir da fusão dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que eram divididos por categorias profissionais. Com essa centralização o INPS passou a ser o principal órgão público a financiar os manicômios privados. Apesar de existirem manicômios públicos, muitos leitos encontravam-se no setor privado. Britto (2004) fala sobre a relação:

Essa compra era feita da seguinte forma: num primeiro momento, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e da Caixa Econômica Federal (CEF), o governo liberava financiamento para a construção de hospitais privados e outros tipos de serviços como os laboratoriais. Após esta etapa, o serviço privado por meio de convênios formados com o INPS, vendia seus serviços; ou seja, a rede privada era financiada e construída pela previdência e mantida pelo dinheiro público (BRITTO, 2004, pp. 39)

De acordo com Amarante (1998), os leitos psiquiátricos contratados passaram de 3.034 em 1941 para 55.670 em 1978, um aumento de cerca de 18 vezes, ou uma média de 1.423 novos estabelecimentos a cada ano.

Os manicômios na época foram alvo de duras críticas por adotarem práticas invasivas e mesmo agressivas contra os pacientes. Lobotomias, eletrochoques, excesso de medicamentos, institucionalização, contenções de caráter punitivo, alimentação e higiene precárias, dentre outras, eram algumas das violações às quais os internos foram submetidos. Tal situação se verificava também em manicômios de outros países, sendo um dos mais relevantes o caso italiano.

Em 1961, na Itália, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. O psiquiatra foi promovendo mudanças no sentido de um atendimento mais humano, criticando o modelo clássico hospitalocêntrico e o princípio do isolamento. Levou ao fechamento o Hospital Psiquiátrico de Trieste e promoveu redes territoriais de atendimento. Suas ações foram tão importantes que, em 1978, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também chamada de Lei Basaglia. Este modelo de reforma foi uma das principais influências na Reforma Psiquiátrica brasileira.

De acordo com relatório do Ministério da Saúde, 1978 costuma ser indicado como o ano de efetivo início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2005). É o mesmo ano do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), entidade que reuniu profissionais da saúde mental, pacientes e familiares em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil.

Mesquita et al (2010) enxergam o processo da reforma psiquiátrica brasileira em dois momentos. De 1978 até 1991 teria sido a fase da crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto de 1992 em diante o foco volta-se à ampliação da rede extra hospitalar.

Este movimento surge em um contexto de diversos movimentos pela Saúde eclodindo, em plena ditadura militar, como o movimento pela Reforma Sanitária. Este também abrangeu diferentes classes, de sindicalistas a movimentos estudantis. Ambos tinham em comum o foco dado à participação: pacientes, equipes multiprofissionais, familiares, sociedade, todos seriam atores relevantes no tratamento. A ideia de saúde comunitária era fortemente difundida nestes meios.

Os principais locais de debates sobre os rumos desejados eram congressos e conferências de Psicologia, Psiquiatria (alguns dos mais marcantes no Brasil contaram com a participação do próprio Franco Basaglia) e movimentos sociais. Em 1987 o II Congresso Nacional do MTSM adotou o hoje famoso lema “por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiro, na cidade de São Paulo (na época chamado de Núcleo de Atenção Psicossocial).

Os CAPs são unidades especializadas em saúde mental, com equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, etc) que se comunicam e agem juntos, contemplando diversas esferas de tratamento. Têm caráter de atenção diária comunitária, priorizando atividades em espaços coletivos e a integração com os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por sete segmentos que contam com seus respectivos instrumentos de atendimento, como as Unidades Básicas de Saúde, CAPS, leitos de saúde mental em hospitais gerais, SAMU, dentre outros. O artigo 5º da Portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde detalha todas estas categorias e seus pontos de atenção. Nos artigos seguintes da portaria são descritos os serviços prestados em cada um destes, seus públicos, funções e agentes.

A relação dos componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção é elencada na tabela a seguir:

Quadro 1 – Componentes da RAPS

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (ex: Consultórios de Rua)
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Centro de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i, CAPS AD III, CAPS AD IV*
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental*
Atenção de Urgência e Emergência	UPA
	SAMU
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento - Adulto
	Unidade de Acolhimento - Infanto-juvenil
	Comunidade Terapêutica (CT)
Atenção Hospitalar	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral

	Hospital Psiquiátrico Especializado*
	Hospital Dia*
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
	Programa de Volta pra Casa (PVC)
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas

Fonte: Portaria nº 3.588 de 2011, Ministério da Saúde

Nota: As Equipes Multiprofissionais, CAPS AD IV, Hospital Dia e Hospitais Psiquiátricos foram inseridos recentemente na RAPS, pela portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que gerou muita controvérsia. Ao final do capítulo discutiremos os novos rumos da saúde mental no Brasil.

A ideia da RAPS é que seus componentes sejam complementares e dialoguem entre si e com outros equipamentos do SUS. As Equipes de Consultório na Rua são grupos itinerantes de Atenção Básica que auxiliam a população em situação de rua e com vínculos familiares fragilizados ou interrompidos. Já os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, integram profissionais de diversas áreas médicas e terapêuticas a equipes de Saúde da Família, com foco nas ações de prevenção e promoção da saúde como um todo; e Unidades de Acolhimento, que ofertam cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para usuários de álcool e drogas em estado de vulnerabilidade social e/ou familiar, que podem ficar até 6 meses nelas.

Os CAPS podem ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (especializado no atendimento de crianças e adolescentes) e CAPS AD (especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas). Os únicos que possuem leitos para internações de curta duração, apenas para estabilizar pacientes em crise, são os CAPS tipo III e IV. O CAPS AD IV foi criado recentemente e funcionam nas regiões de alta concentração de usuários de drogas, como as “cracolândias”.

Quadro 2 – Categorias dos CAPS

Tipo	Critério	Funcionamento
CAPS I	Municípios com população acima de 20.000 habitantes	Dias úteis

CAPS II	Municípios com mais de 70.000 habitantes	Dias úteis
CAPS III	Municípios com mais de 200.000 habitantes	24 horas
CAPSi	Municípios com mais de 150.000 habitantes	Dias úteis
CAPS AD	Municípios com mais de 70.000 habitantes	Dias úteis
CAPS AD III	Municípios com mais de 200.000 habitantes	24 horas
CAPS AD IV	Municípios com mais de 500.000 habitantes	24 horas

Fonte: Portarias nº 3.588 de 2011 e de 2017

Com a Constituição Cidadã, em 1988, o acesso à saúde é definido como direito de todos e dever do Estado. Com a regulamentação da Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) enfim é estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), serviço público de saúde com finalidade de tornar seu acesso igualitário e universal. Suas diretrizes são:

- i. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- ii. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- iii. participação da comunidade. (BRASIL, 1988)*

Relativo ao financiamento deste sistema, a Constituição estabelece que “O sistema único de saúde será financiado (...) com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Estudaremos mais à frente a evolução do orçamento público destinado à saúde mental ao longo dos anos.

Na direção do avanço no tratamento psiquiátrico digno e que respeite os direitos dos pacientes, em 1989 ocorre a marcante intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado com fins lucrativos e credenciado junto aos antigos SUDS e INAMPS, precursores do SUS. Com capacidade para 280 internos, em seu fechamento contava com cerca de 565, além de sérias denúncias de maus tratos e negligência. Os pacientes enviados para a contenção não dispunham sequer de sanitários para suas necessidades. Eram 12 celas fortes, chamadas pelos funcionários de “chiqueirinhos”.

Essa intervenção foi um marco importante na luta antimanicomial. No mesmo ano temos uma nova proposta para a política de saúde mental no Brasil, um projeto de lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado, com influências da Psiquiatria Democrática Italiana e do movimento brasileiro pela Reforma Psiquiátrica. Propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios.

O debate sobre as mudanças necessárias não foi restrito ao Brasil. Em 1990 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgaram a Declaração de Caracas, um documento com orientações a serem adotadas pelos países latino-americanos em suas políticas de saúde mental. Prega a reestruturação da atenção psiquiátrica, de um modelo hospitalocêntrico para um de caráter comunitário, e a salvaguarda dos direitos humanos, civis e da dignidade pessoal dos pacientes mentais. Tal “chancela institucional” deu forças aos movimentos reformistas do continente americano (DAL POZ, 2012).

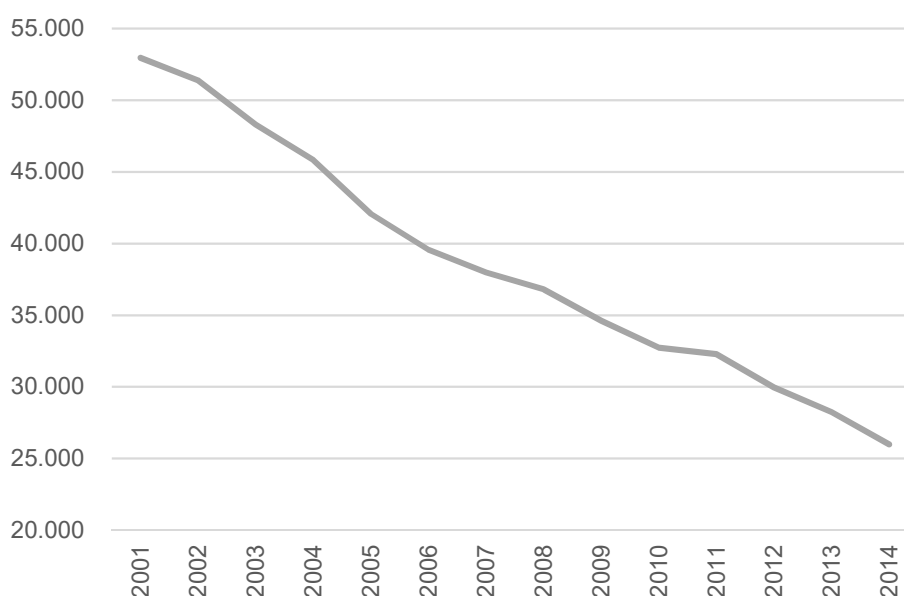
Inspirados pelo projeto de Paulo Delgado e pela Declaração de Caracas, a partir de 1992 movimentos sociais conseguem influenciar e passar algumas legislações estaduais que orientam a progressiva substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção. Além disso, as novas normatizações do Ministério da Saúde regulamentavam os novos serviços da rede extra hospitalar, mas não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Ao fim de 2000, o país tinha em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

Após tramitar por onze anos e sofrer ajustes, o projeto de Paulo Delgado culminou na Lei 10.216 de 2001, chamada Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei orienta o tratamento psiquiátrico para serviços de base comunitária, estabelece os direitos do portador de transtorno mental e combate a institucionalização. No entanto, recebeu críticas por não apontar claramente como reduzir de forma progressiva os manicômios, apenas vedando a internação em “instituições com características asilares”.

Na prática, em 2002 foi definida a estratégia adotada para que os manicômios fossem progressivamente descredenciados junto ao SUS. Os estabelecimentos

seriam avaliados por comissões do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). O número de leitos em hospitais privados credenciados vem decaindo ao longo do tempo (Gráfico 1), mas ainda há cerca de 135 hospitais psiquiátricos que recebem repasses do SUS, apesar de adaptados aos padrões exigidos para manutenção do credenciamento.

Gráfico 1 – Leitos credenciados pelo SUS em Hospitais Psiquiátricos



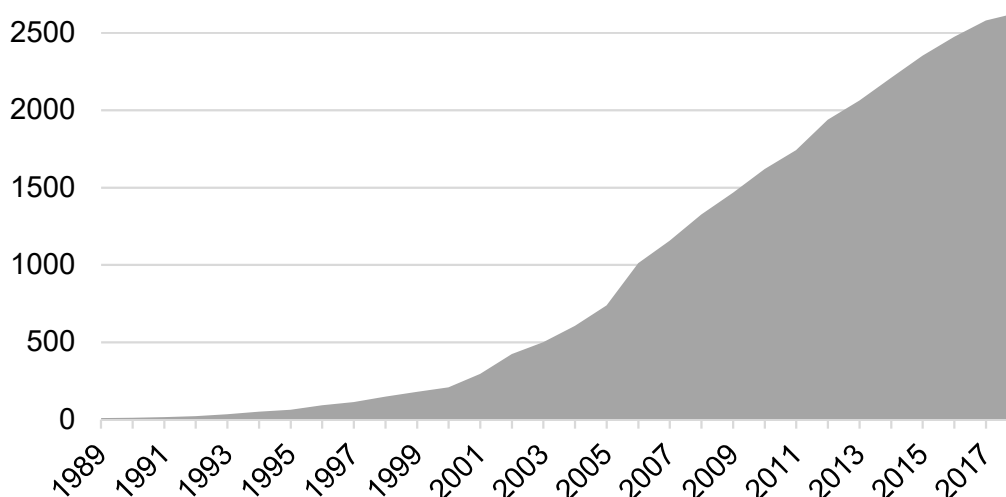
Fonte: Ministério da Saúde

O PNASH/Psiquiatria foi o primeiro processo avaliativo sistemático anual dos hospitais psiquiátricos e o PRH foi responsável pela redução de forma progressiva e planejada dos leitos, sempre buscando evitar desassistência à população. Dessa forma, para cessar o funcionamento de uma instituição era necessário garantir a alocação de outro serviço de saúde mental na região desta, capaz de suprir a demanda por tratamento, de forma digna e buscando a integração social.

Em substituição a esses serviços, vimos a expansão da rede do CAPS (Gráfico 2), NAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Ambulatórios, Hospitais Dia, Centros de Convivência, etc, por parte da gestão pública. No entanto, também observamos aumento do número de leitos em clínicas e hospitais particulares e a propagação das comunidades terapêuticas (CTs), de caráter filantrópico, mas ainda fortemente ligadas à algumas práticas asilares e com

metodologias não necessariamente apoiadas na ciência. Cerca de 82% destas são vinculadas a algum tipo de organização religiosa (IPEA, 2017). Trataremos em maior detalhe a expansão das CTs mais à frente.

Gráfico 2 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial



Fonte: Até 2013 Ministério da Saúde. Após 2013, CNES.

Em relação aos SRTs, estes são basicamente casas ou condomínios destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais graves, contando com suporte profissional integrado às outras redes, como o CAPS. Existem dois tipos de SRTs, definidos em função do nível de dependência dos moradores. O tipo II conta com cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem para auxiliar os pacientes. Em 2005 o Ministério da Saúde contava com 357 SRTs e 2.850 moradores e previa uma capacidade expansão para atender até 12.000 pessoas, uma vez que em 2004 houve incentivo financeiro dado pelo Ministério da Saúde (MS) para a compra de equipamentos para estes serviços (BRASIL, 2005). Em 2014, contávamos com 610 SRTs e aproximadamente 3.475 moradores nestes. Destes serviços, apenas 289 eram habilitados para receber recursos do governo federal.

Os recursos transferidos para as SRTs, tanto para custeio quanto para a implantação de novas unidades, são regulamentados na Portaria nº 3.090 de 2011 e advém do Fundo Nacional de Saúde (FNS). A Portaria nº 106 de 2000 define que a cada transferência de pacientes de hospital psiquiátrico para o SRT deve-se

descredenciar um igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso para os tetos orçamentários do estado ou município a fim de manutenção da rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Em 2003 o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva lança o Programa de Volta para Casa (PVC), um auxílio-reabilitação para a reintegração social de pacientes. Os ex-internos de longa duração (2 anos ou mais em internações custeadas pelo SUS ou órgãos antecessores) passam a receber um auxílio de R\$240,00 mensais para se manterem, por um período de um ano. Comprovada necessidade, o benefício pode perdurar por mais tempo. O valor do auxílio foi reajustado em 2014 para R\$412,00 mensais.

A diferença entre o PVC e os SRTs é que neste o indivíduo recebe apenas o benefício em dinheiro, enquanto no outro é garantida a residência. É possível participar dos dois concomitantemente, provada a devida necessidade e atendendo aos critérios dos programas.

A proporção de gastos federais na rede de atenção comunitária só ultrapassa a de gastos em serviços hospitalares em 2006, uma importante marca da transição ao modelo extra hospitalar. Em 2002, os gastos com atenção hospitalar representavam 75% do total dos recursos da saúde mental. Em 2013, já tinham decaído para 20% do total de recursos da saúde mental, frente aos 80% dedicados à atenção comunitária (BRASIL, 2015).

Atualmente no Brasil contamos com algumas campanhas de caráter preventivo, como a campanha Setembro Amarelo, de conscientização sobre o suicídio. Em 2016 tivemos 11.433 mortes por suicídio, com uma taxa de mortalidade de 5,8 casos a cada 100 mil habitantes, um aumento de 18% em relação a 2007, quando era de 4,9 mortes a cada 100 mil habitantes.

Em 2017 a OMS divulgou que no Brasil estima-se que temos 11,5 milhões de pessoas com depressão e 18,6 milhões com transtornos de ansiedade (OMS, 2017). Segundo relatório da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) de 2011, os cinco princípios ativos de psicofármacos mais consumidos no Brasil representaram no mínimo 180 milhões de reais nos gastos das famílias em 2010 (BRASIL, 2011). A hegemonia é do clonazepam, que teve cerca de 10,5 milhões de unidades físicas

dispensadas. Cabe destacar o expressivo aumento no consumo deste, visto que em 2007 foram apenas 29 mil unidades físicas dispensadas registradas.

Todos esses dados apontam para a necessidade da discussão sobre saúde mental ainda hoje. Infelizmente, todas essas conquistas de décadas de luta por um tratamento mais humanizado parecem ameaçadas pelos novos governos. Desde 2017 vemos a ascensão de uma Nova Política Nacional de Saúde Mental.

A Portaria 3.588 do Ministério da Saúde de dezembro de 2017 inclui hospitais psiquiátricos como parte do componente de Atenção Hospitalar da RAPS e aumenta os valores das diárias de internações de curta e de longa duração. Como demonstramos neste capítulo, um dos princípios da reforma era justamente acabar com a política de segregação dos pacientes psiquiátricos, migrando para tratamentos ambulatoriais, na rede extra hospitalar e reduzindo progressivamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Esta portaria abrange uma decisão tomada sem consulta à sociedade civil ou ao Conselho Nacional de Saúde e vai na direção contrária das décadas de luta antimanicomial que narramos.

Ainda sobre a nova diretriz, incorpora a compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia para o SUS sem um protocolo de como será usado. Apesar de ser uma ferramenta terapêutica específica, no passado era usada como instrumento de tortura e punição, então é preciso cautela na sua adoção.

Diversas instituições já emitiram notas de repúdio e recomendações de revogação das mudanças na política de saúde mental. Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos Humanos e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão são exemplos de entidades que já se manifestaram contrárias às alterações.

2.2 Experiências Internacionais

O principal caso de sucesso de reforma psiquiátrica continua sendo o da pioneira cidade de Trieste, na Itália. Lá Franco Basaglia teve espaço e recursos para disseminar sua nova filosofia de tratamento comunitário. Ao chegar na cidade em outubro de 1971, Basaglia dá início ao processo de desmonte da estrutura

manicomial e promove a abertura de sete centros de saúde mental, um para cada uma das sete áreas da cidade. Abrangiam entre 20 e 40 mil habitantes e funcionavam todos os dias, 24h.

A tradição basagliana inspirou o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), de cunho político, que lutava pelas reformas antimanicomiais. Foi fundado em Bolonha em 1973 e tinha como objetivo “construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica (...) em todo o território italiano” (AMARANTE, 1998, pp. 50). No Brasil tivemos movimentos com objetivos semelhantes, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), pioneiro na reforma brasileira.

Atualmente, Trieste conta com uma rede de atenção mental composta por diferentes unidades operacionais integradas e não possui hospitais psiquiátricos. A cidade é dividida em quatro distritos de atenção em saúde, com cada um cobrindo aproximadamente 60 mil habitantes, e conta com três departamentos (Saúde Mental, Dependência Química e Prevenção). Eles complementam e integram serviços hospitalares e equipes multidisciplinares, fornecendo tratamento unificado e de longo prazo para a população. Os serviços são prestados não só nos centros de tratamento, mas também em residências (home care), se adequando às necessidades dos pacientes. Os operadores funcionam como um time, colaborando médicos, enfermeiros, voluntários, hospitais, serviços municipais, etc.

A mudança de modelo de assistência levou a uma redução de custos em atenção psiquiátrica: em 1971 equivaliam a 26 milhões de euros, em 2003 os gastos foram de menos de 15 milhões de euros (TRIESTE, 2018). A rede é tão bem estruturada que o setor privado (clínicas) possui baixa demanda, sendo pouco desenvolvido.

Os serviços em saúde mental atendem em média 3.500 usuários anualmente (13,5 a cada 1.000 habitantes), contam com diversas associações e programas de cuidado para diferentes faixas etárias, famílias, imigrantes, deficientes, etc, e possuem as seguintes unidades operacionais principais:

- 4 Centros de Atenção em Saúde Mental (CASM), operando 24 horas por dia, contando com em média 8 leitos. São centros estratégicos de coordenação das atividades, serviços e intervenções de cada distrito;

- Serviços de Cuidado e Diagnóstico Psiquiátrico, operam nos Hospitais Gerais e contam com 6 leitos cada. Cooperam com a emergência hospitalar, estabilizando pacientes em crise em um primeiro momento para posteriormente encaminhar ao CASM;
- Reabilitação e Serviço Residencial, colabora com os CASM, monitorando e coordenando atividades residenciais (cooperativas e associações sociais e residências particulares), hospitais dia e programas de treinamento ocupacional e recolocação profissional;
- Clínica Psiquiátrica Universitária, opera em local de um antigo hospital psiquiátrico e possui funções didáticas e de pesquisa, contando com 10 leitos.

De acordo com Barros (1994, p.53, apud AMARANTE, 1998, p.45), a experiência italiana pode ser descrita como “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo de comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade”.

Uma das modalidades diferenciais de Trieste é o *gruppo-appartamento*. Este é um modelo de residência terapêutica que abriga até 5 pacientes por até 2 anos, visando não só o tratamento, mas também a reinserção social, emancipação e autonomia progressiva dos integrantes. Há acompanhamento técnico, mas os usuários ficam livres para realizar a gestão da residência, justamente como estratégia de trabalhar sua independência, que é avaliada em parâmetros de autocuidado, manutenção do lar, alimentação e socialização. O número de horas que o profissional acompanha os pacientes varia de acordo com a necessidade do grupo, podendo variar da baixa assistência (algumas visitas semanais) à alta assistência (presença 24h).

Trieste também tem um programa de sucesso com as cooperativas de trabalho. Inicialmente foram propostas para alocar ex-internos em postos de trabalho, mas tornou-se muito mais abrangente, contando com iniciativas artísticas, intelectuais e de prestação de serviços.

No Brasil podemos notar iniciativas semelhantes, ainda que em menor escala, no caso das Residências Terapêuticas e do Programa de Volta pra Casa, que

buscam a reinserção social do paciente. Isso inclui o reingresso à força de trabalho. No site do Centro Cultural do Ministério da Saúde é possível ler histórias de ex-internos que passaram a trabalhar em ONGs ou estabelecimentos privados, como é o caso de João Gonçalves dos Santos, que trabalha como garçom com muito orgulho e disciplina.

Também importa destacar que no Brasil, em cidades como Barbacena (antigo pólo de hospitais colônias) e Belo Horizonte há um forte movimento das associações de familiares e usuários, por exemplo, em relação a mobilizações pela inserção do usuário em programas de geração de renda. Este fato tem uma importante dimensão política, mas também importante dimensão no campo econômico, na inserção dos pacientes psiquiátricos no mercado de trabalho.

Outro caso modelo em prevenção, além de Trieste, pode ser identificado nas Residências Terapêuticas na Holanda. Foi observado que a taxa de mortes precoces entre pacientes esquizofrênicos e bipolares era maior que dos demais pacientes devido à síndrome metabólica. O uso de antipsicóticos no tratamento facilita a ocorrência dessa síndrome, que pode gerar obesidade e facilitar a ocorrência de problemas como infarto e acidente vascular cerebral (AVC). As equipes de saúde perceberam que deixar equipamentos à disposição dos pacientes não era suficiente, pois estes não os frequentavam. Desta forma, a solução encontrada passou por formar uma equipe multidisciplinar com foco na saúde física destes pacientes que fossem nas próprias residências. Tais equipes foram formadas por nutricionistas, psicólogas e profissionais de educação física.

2.3 Comunidades Terapêuticas (CTs)

É preciso ressaltar o caso das comunidades terapêuticas no Brasil. O modelo internacionalmente conhecido com este nome é o caso inglês. Estudado por Maxwell Jones no contexto da Segunda Guerra Mundial, tem como propostas a supressão de barreiras hierárquicas na comunicação entre equipes e pacientes e a participação ativa dos internos, inclusive nas tarefas cotidianas (limpeza, alimentação). Além disso, incorpora técnicas terapêuticas, como o psicodrama (atuação dramática como

geradora de diálogo espontâneo dos sentimentos), e foca a cooperação mútua. Obtém sucesso especialmente em casos de dependência química.

No caso de Jones, as comunidades terapêuticas eram na Inglaterra e contavam com pacientes, médicos e enfermeiros. No Brasil, boa parte delas não possui em seus quadros enfermeiros ou médicos, sendo que a Lei 10.216/2001 requer que nos casos de internação seja fornecida assistência integral, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer. Ao total, são 1.950 CTs instaladas no país, com cerca de 83.600 vagas para tratamento (IPEA, 2016).

O modelo de CTs funciona basicamente tratando dependentes químicos com uma abordagem baseada na abstinência. Os internos ficam segregados do convívio social durante o tempo considerado necessário para o seu tratamento. Muitas CTs indicam o período de pelo menos 9 meses para a superação da adicção. Uma das principais críticas feitas às CTs é sobre esse aspecto segregador, uma vez que os princípios da reforma psiquiátrica orientam justamente o fim do isolamento social do paciente psiquiátrico sob justificativa de tratamento.

Muitas das CTs brasileiras foram fundadas na década de 90. Estas redes de caráter filantrópico muitas vezes encontram-se ligadas a alguma religião. Cerca de 82% são vinculadas a igrejas e organizações religiosas (IPEA, 2016) e são financiadas principalmente por doações, algumas apoiadas no trabalho dos pacientes para obtê-las. A gestão do ambiente conta com o trabalho voluntário e coordenação dos internos, que cuidam da limpeza, alimentação, organização de tarefas, etc. Algumas destas comunidades não dispõem de equipe multidisciplinar, com psicólogos, psiquiatras e outras especialidades (nutricionista, profissional de educação física, etc), usando quando necessário o serviço público de saúde mais próximo. Entre as principais metodologias adotadas estão a espiritualidade, laborterapia e psicoterapia em grupo.

Tabela 2 – Média de trabalhadores empregados e voluntários, por CT, segundo ocupação

Trabalhadores	Empregados	Voluntários
Médicos	0,5	0,6
Enfermeiros	0,4	0,6
Psicólogos	1,1	0,7

Assistentes Sociais	0,7	0,6
Terapeutas ocupacionais	0,4	0,6
Fisioterapeutas	0,0	0,1
Professores	0,4	0,9
Educadores sociais	0,4	0,6
Sacerdotes	0,4	1,9
Média de trabalhadores por CT	9,9	14,6

Fonte: adaptado da Pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas (IPEA, 2016).

As indicações de pacientes normalmente vêm de familiares, mas pode ter encaminhamentos de serviços de saúde, CAPS, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sistema de justiça, por meio da polícia, entre outros.

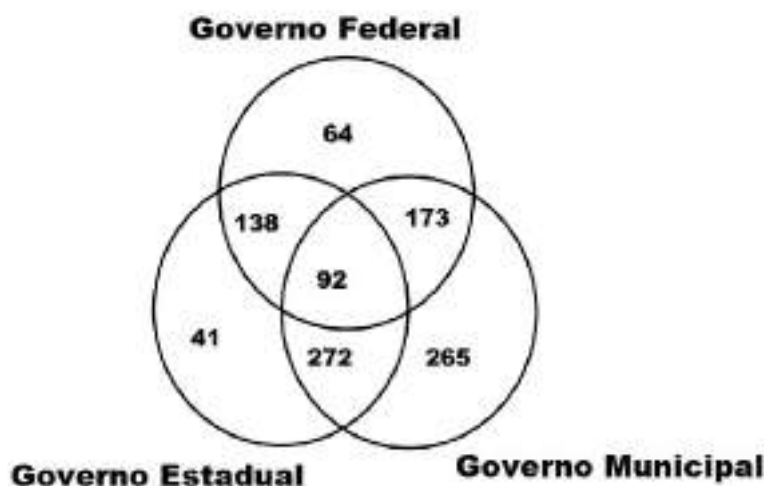
Estas iniciativas merecem destaque pois vêm crescendo e se expandindo no Brasil, passando a obter financiamento mesmo de recursos públicos. Os repasses costumavam ser feitos por meio do judiciário, que envia condenados que precisam de tratamento para dependência química, custeando as despesas de sua estadia. Tais redes vêm se organizando e buscando meios de se institucionalizar (já possuem cerca de 30 entidades associativas) e obter mais recursos públicos, mesmo que por outras vias. O próprio prefeito do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella, tinha como um dos pontos de seu programa de governo a expansão das comunidades terapêuticas e maior participação no tratamento de adictos.

As CTs passaram a receber financiamento federal em 2011, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, mas antes disso já recebiam financiamentos das esferas estaduais e municipais sob alegação de insuficiência de recursos públicos de cuidado a usuários. Além do Ministério da Justiça, repasses também são feitos pelos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social.

A Portaria 131 de 2012 do Ministério da Saúde “institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”. Prevê o pagamento de R\$15 mil mensais por cada módulo de 15 vagas, tendo um limite de 2 módulos (30 vagas) por entidade beneficiária.

De acordo com o estudo do IPEA (2016), há casos de comunidades terapêuticas que recebem recursos de mais de um ente da federação, com a sobreposição de valores municipais, estaduais e federais. Este é o caso de 56% das CTs que recebem financiamentos públicos.

Gráfico 3 – Superposição de fontes de financiamento público nas CTs



Fonte: adaptado da Pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas (IPEA, 2016).

Cada vez mais o governo dá espaço às comunidades terapêuticas. Em uma parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Ministério do Desenvolvimento Social firmada em 2018, foram ampliadas em mais de 50% as vagas custeadas pelo Governo Federal em CTs. A previsão para 2019 é de atender a 10.883 vagas, com o credenciamento de 216 novas comunidades pelo agora chamado Ministério da Cidadania.

Com a expansão desses modelos de tratamento considerados filantrópicos, mais independentes e autogestionados, cresce também a necessidade de fiscalização e acompanhamento destes que tratam, afinal, de uma questão de saúde pública. É preciso garantir que os pacientes tenham seus direitos básicos respeitados nestas instituições, sendo ideal que o poder público e conselhos de classes profissionais (medicina, psicologia, enfermagem) atuem em conjunto em prol destes.

Em 2018 foi divulgado o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, elaborado em conjunto pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria

Federal dos Direitos do Cidadão. Foram avaliadas 28 comunidades terapêuticas, de onze estados e do Distrito Federal. Em alguns casos foi observado funcionamento similar ao de manicômios, apenas em menor escala. Algumas das irregularidades detectadas envolvem ausência de documentação, violação da liberdade religiosa, administração irregular de medicações, desrespeito à diversidade sexual, exploração de mão de obra, internação de crianças e adolescentes, aplicação de castigos, agressões físicas e ausência de alvará sanitário.

Por fim, cabe ressaltar que esta não é uma questão exclusivamente brasileira: o relatório da Open Society Foundations (2016), aponta a presença de modelos asilares semelhantes em outros países como México, Colômbia, Guatemala, Porto Rico e República Dominicana.

2.4 – Indicadores Relevantes

O cenário brasileiro definitivamente melhorou muito nos últimos anos, mas ainda há um déficit claro na cobertura do atendimento voltado à saúde mental. De acordo com o portal do Ministério da Saúde brasileiro (acesso em Novembro/2018):

Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, temos cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. O Ministério está buscando corrigir este déficit.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

É preciso destacar que ainda é preciso ter leitos para internações de curta duração, previstas para quadros de estabilização do paciente em surto. No entanto, o que se preconiza com a reforma é que os leitos psiquiátricos sejam em hospitais gerais, não em espaços segregados, como os hospitais psiquiátricos. Infelizmente a Nova Política de Saúde Mental prioriza os últimos, adicionando-os à RAPS, e condiciona o repasse financeiro às Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais à uma taxa de ocupação de 80%.

Já em termos das taxas de psiquiatras por habitante, nossa taxa é de 5 por 100 mil habitantes. Podemos comparar com as taxas de outros países: da Turquia é de 4 e do México é de apenas 1 por 100 mil. Já em países desenvolvidos, a maior taxa é a da Suíça, com 51 profissionais por 100 mil habitantes, seguida por Finlândia e Noruega com 24. A média da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) é de 17 (ver Anexo I).

Há uma diversidade de indicadores que podem ser usados na mensuração da qualidade da atenção em saúde mental. Algumas publicações da OCDE e da OMS sugerem os dados que devem ser coletados para acompanhar o desenvolvimento ao longo do tempo da rede de atenção.

A OMS elaborou em 1997 o último *checklist* de referência com objetivos e padrões mínimos a serem atingidos em uma boa reforma psiquiátrica (OMS, 1997). Há aspectos micro, que tratam do funcionamento e estrutura de unidades de atendimento, mas há também aspectos macro, que tratam características desejáveis de toda uma rede extra hospitalar voltada para o melhor atendimento aos pacientes psiquiátricos de um país.

Já foram citadas as taxas de leitos e de psiquiatras por habitantes, mas há também indicadores como taxas de suicídio, tempo médio de internação, percentual de continuidade do tratamento, tipos de internação (voluntária, involuntária ou compulsória), que ajudam a formar a percepção sobre o panorama da política de cuidado mental de um país.

A Organização Mundial da Saúde estruturou uma ferramenta para coletar informações essenciais sobre os sistemas de saúde mental de um país ou região. O OMS AIMS (*World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems*) é voltado principalmente para países de baixa e média renda. Trata-se de um documento com orientações de informações que precisam ser coletadas em diversos campos e indicadores que devem ser gerados para aferir a abrangência da política de saúde mental e monitorar suas mudanças ao longo do tempo.

As informações preconizadas somam 155 itens, que se dividem entre seis domínios:

1. Estrutura Política e Legislativa,

2. Serviços de Saúde Mental,
3. Saúde Mental na Atenção Básica,
4. Recursos Humanos,
5. Educação
6. Monitoramento e Pesquisa.

Cada um desses domínios tem itens de práticas que são fortemente sugeridas de serem adotadas, de forma que podem servir como metas a serem atingidas por meio da gestão pública. São pontos que devem orientar uma política nacional de saúde mental, independentemente do tipo de governo presente. Padrões de saúde internacionalmente reconhecidos e acreditados devem ser mais importantes que aspectos ideológicos dos gestores públicos.

Mateus (2009) identifica itens que ainda não são monitorados no Brasil. Há itens em todos os domínios do OMS AIMS que ainda carecem de acompanhamento no país. Não quer dizer que eles não estejam sendo colocados em práticas, mas sim que não há um devido acompanhamento deles ou padronização dos dados disponíveis. Serão apresentados para cada domínio alguns dos indicadores que ainda carecem de uma própria coleta de dados e/ou divulgação.

No Domínio 1, faltam dados sobre a formação de equipes de hospitais psiquiátricos e enfermarias especializadas em proteção dos direitos humanos dos pacientes. No Domínio 2, sobre integração entre hospitais psiquiátricos e ambulatorios, número de usuários tratados em ambulatorios psiquiátricos, percentual de pacientes que precisaram de contenção física, número de pacientes tratados em hospitais psiquiátricos e de internações involuntárias, dados de pacientes internados em hospitais de custódia, disponibilidade de medicamentos nos equipamentos de saúde mental, comparação entre serviços públicos e privados, dentre outros.

No Domínio 3 faltam dados sobre o treinamento/atualização em psiquiatria dos profissionais da atenção básica e sobre interação entre equipes de cuidados primários de saúde com serviços de saúde mental. No Domínio 4, nos deparamos com a ausência de dados como o número de profissionais trabalhando em consultórios particulares, recursos humanos de diferentes áreas trabalhando com saúde mental (ex: enfermeiros e assistentes sociais), profissionais da saúde mental que trabalham em diferentes setores (ex: governo, ONGS), quantidade de membros

de associações de familiares e usuários e suporte econômico governamental para iniciativas de associações de usuários.

Por fim, no Domínio 5 faltam dados sobre campanhas de conscientização da população, atividades de promoção e prevenção em escolas primárias e secundárias, atividades educacionais com policiais, advogados e juízes e número de pessoas com psicose ou deficiência mental em prisões. No Domínio 6 carecem informações sobre o envio de dados dos serviços de saúde mental (ainda precário) e profissionais envolvidos em pesquisa em saúde mental.

Ter acesso a um fluxo contínuo das informações apresentadas permite entender o que deve ser priorizado e questionar por que o retrato é este e como pode ser aprimorado. Para um planejamento eficiente e uma gestão primorosa, é preciso ter uma base de dados atualizada que indique exatamente onde se encontram os gargalos de nosso atendimento.

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS FINANCEIROS

Neste capítulo buscamos analisar os recursos públicos necessários à manutenção da rede de tratamento extra hospitalar brasileira, comparando com os recursos necessários para a operação do modelo manicomial. O objetivo é perceber se uma rede com tantos componentes diferentes de atenção psicossocial seria de fato mais barata que a internação indefinida de pacientes em manicômios.

Ademais, é realizada uma análise dos recursos da Saúde advindos do Orçamento da Seguridade Social, envolvendo a origem das receitas e os valores repassados ao Ministério da Saúde. Buscamos entender como foi regulamentada a transferência de recursos para o SUS e se a prática reflete os valores e percentuais estipulados para a pasta de Saúde.

3.1 – Comparação de custos: enfoque extra hospitalar vs. hospitalocêntrico

No primeiro capítulo deste trabalho foi introduzido o questionamento acerca do aspecto financeiro da reforma psiquiátrica, levantando a hipótese de que os benefícios advindos do novo modelo de tratamento superam o antigo.

Do ponto de vista da discussão ética, é claro o ganho de bem-estar advindo do novo modelo, incorporando ganhos de condição de agência e liberdades por parte dos pacientes psiquiátricos. No entanto, agora buscamos analisar do ponto de vista estritamente financeiro, se, de fato, um modelo tão abrangente e diversificado, em termos de componentes e equipamentos, sai mais barato que as internações indefinidas em hospitais psiquiátricos e manicômios.

Cabe destacar que fazer tal comparação não implica em dizer que o estado atual da atenção em saúde mental seja o ideal. Hoje ainda temos muitos gargalos na RAPS e espaço para melhorar. Do ponto de vista ético, a atenção extra hospitalar parece a melhor opção. Agora investigaremos se do ponto de vista estritamente econômico este modelo também é superior, requerendo menos gastos que o modelo hospitalocêntrico.

Optamos por estimar quanto é o valor de custeio anual dos equipamentos da RAPS preferidos pela Reforma, isto é, não incorporamos na estimativa de custeio

atual os hospitais psiquiátricos, por mais que a Nova Política de Saúde Mental tenha os adicionado como componentes da RAPS.

Para estimar o custo atual do modelo extra hospitalar, buscamos os valores estipulados em portarias do Ministério da Saúde para repasse para cada componente. Focamos naqueles dedicados exclusivamente à saúde mental, excluindo os de atenção básica e saúde da família (SAMU, UPA, NASF, Centros de Convivência), uma vez que haveria sobreposição com atendimentos de outras especialidades.

Para obter as quantidades de equipamentos habilitados, buscamos os valores mais atuais divulgados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Não foi possível estimar gastos anuais para os mais novos componentes da RAPS, uma vez que ainda não há informações a respeito de suas quantidades no CNES. São eles os CAPS AD IV e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental.

A fim de conhecimento, as Equipes Multiprofissionais são de 3 tipos, variando em número de profissionais e carga horária deles. As equipes tipo I recebem R\$12 mil mensais, tipo II recebem R\$21 mil mensais e tipo III recebem R\$30 mil mensais. Já os CAPS AD IV, quando credenciados, aumentam o Limite Financeiro de Alta e Média Complexidade do respectivo Estado em R\$400 mil reais mensais para custeio.

Os valores estipulados para manutenção dos equipamentos são estabelecidos em Portarias do Ministério da Saúde e lei, no caso do Programa de Volta pra Casa.

O atual valor de custeio estimado seria da ordem de R\$1,5 bilhão. Os valores com cada equipamento são demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 – Custos de Componentes da RAPS

Componente	Valor Mensal Regulamentado (R\$)	Regulamento	Quantidade (Habilitados)	Valor anual (R\$ milhões)
CAPS I	28.305,00	Portaria 3.089 de 2011	1.260	428

CAPS II	33.086,25		516	205
CAPS III	84.134,00		107	108
CAPSi	32.130,00		244	94
CAPS AD	39.780,00		341	163
CAPS AD III	105.000,00		106	134
UA Adulto	25.000,00	Portaria 121 de 2012	35	11
UA Infanto-Juvenil	30.000,00		22	8
SRT Tipo I (grupo de 8 moradores)	10.000,00	Portaria 3.090 de 2011	247	30
SRT Tipo II (grupo de 10 moradores)	20.000,00		242	58
Leitos em Hospitais (para cada leito)	5.560,11	Portaria 148 de 2012	1.537	103
CT (1 vaga)	1.000,00	Portaria 131 de 2012	10.883	131
eCR tipo I	19.900,00	Portaria 1.238 de 2014	42	10
eCR tipo II	27.300,00		69	23
eCR tipo III	35.200,00		71	30
PVC	412,00	Lei 10.708 de 2003	4.443	22
Total (R\$ milhões)				1.555

Fonte: elaboração própria com dados do CNES e Portarias do Ministério da Saúde. Nota: PVC (Programa de Volta pra Casa), SRT (Serviço Residencial Terapêutico), CT (Comunidade Terapêutica), eCR (Equipe de Consultório de Rua), UA (Unidade de Acolhimento).

A título de comparação, estimamos quanto seria gasto atualmente para manter uma política de saúde mental que ainda fosse baseada em internações de longa duração.

No modelo proposto, assumiremos que o valor das diárias de internação em hospital psiquiátrico foi corrigido unicamente pela inflação. O dado mais antigo

encontrado sobre o valor da diária foi de R\$24,24 no ano de 1999, regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.323, de 05 de novembro de 1999. Portanto, traremos a valores correntes de 2018, usando a série histórica da inflação acumulada ano a ano do IPCA, obtida no site do IBGE. O valor corrigido seria de R\$77,82.

Quando o projeto da Lei Paulo Delgado foi apresentado, em 1989, era falado na existência de 120 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Adotaremos a hipótese simplificadora de que o número de leitos psiquiátricos teria crescido na mesma proporção que o crescimento da população brasileira.

Em 1989 a população brasileira era de cerca de 146,7 milhões de pessoas. Em 2018 foi estimado pelo IBGE que temos no Brasil 208,5 milhões de pessoas. Com uma divisão simples, vemos um crescimento de 42,1%. Aplicando essa taxa de crescimento aos 120 mil leitos psiquiátricos de 1989, podemos supor que em 2018 teríamos cerca de 170,5 mil leitos nos dias atuais.

Em uma avaliação de 2011 do Ministério da Saúde, realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, constatou-se que 37% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos estavam internados por período superior a um ano (BRASIL, 2011). Este é um percentual ainda grande para um dado de 10 anos após a Lei Paulo Delgado, o que nos leva a crer que em 1989 este percentual era consideravelmente maior. Adotaremos o mesmo percentual de 2011 por não encontrar dados mais antigos, de forma que a estimativa do percentual de pacientes de internação de longa duração pode ser considerada conservadora.

Se 37% dos 170,5 mil leitos estimados correspondessem ao percentual de pacientes de internações de longa duração, teríamos cerca de 63 mil pacientes internados por longos períodos. Com a diária estimada de R\$77,82, teríamos um gasto anual de aproximadamente R\$1,8 bi com o antigo modelo nos dias atuais.

Comparando com o valor estimado dos componentes selecionados da RAPS em 2018, que foi aproximadamente R\$1,5 bi, é possível constatar que mesmo com uma rede mais descentralizada e diversificada, o modelo de atenção pós Reforma Psiquiátrica ainda seria mais interessante economicamente do que o modelo manicomial, uma vez que requer um valor de custeio anual menor.

Portanto, não apenas o foco em redes extra hospitalares oferece uma gama de tratamentos maior e mais humanizadas, mas também permite uma redução nos gastos públicos com saúde mental, uma vez que o custo de manter o paciente psiquiátrico internado por longos períodos é maior.

3.2 – Análise do Orçamento da Seguridade Social

Por fim, cabe falar sobre a origem dos recursos da Saúde dentro do orçamento brasileiro. Este é composto pelo Orçamento Fiscal, Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais e pelo Orçamento da Seguridade Social.

Os recursos destinados à Saúde, e conseqüentemente à saúde mental, encontram-se dentro do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Além da Saúde, o OSS engloba a Previdência e a Assistência Social. Seu financiamento está previsto na Constituição Federal (CF), no artigo 195, e suas receitas são arrecadadas via impostos, sendo classificados como receitas da União, das Contribuições Sociais e Demais Receitas.

A definição da Seguridade Social, suas finalidades e diretrizes é dada no artigo 194 da CF. O primeiro destes princípios trata do caráter universal da cobertura e do atendimento. Os outros seis itens abordam aspectos como uniformidade e equivalência de serviços, equidade na participação do custeio, diversidade na base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão.

No artigo 198 da CF é estabelecido que a União, os Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios devem aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, um valor mínimo de recursos. No entanto, na época (1988) não foi delimitado quanto cada esfera iria investir nas ações de saúde e quais os critérios de distribuição desses recursos.

Foi em 1990, com a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que foram instituídos parâmetros de distribuição de recursos, sendo eles: perfil demográfico, perfil epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde regional, desempenho técnico, econômico e financeiro regional.

Após anos de debates, a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 enfim definiu os percentuais mínimos a serem investidos em saúde pelas esferas de poder, propiciando um aumento dos recursos para saúde. Estes foram ratificados pela Lei Complementar 141 de 2012.

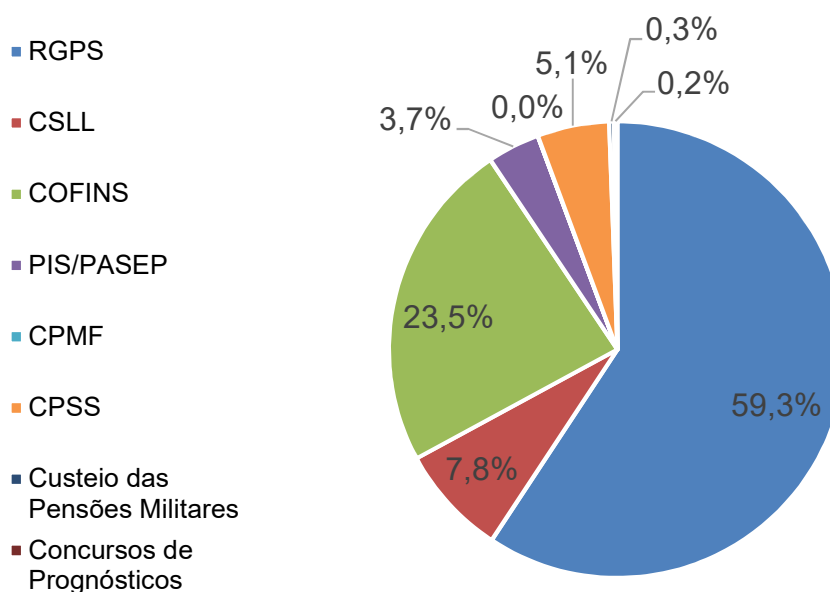
Os valores de contribuição atribuídos a cada esfera são:

- i. União: valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB
- ii. Estados e DF: 12% das receitas de impostos estaduais e receitas de transferências intergovernamentais oriundas de impostos
- iii. Municípios: 15% das receitas de impostos municipais e receitas de transferências intergovernamentais oriundas de impostos

Atualmente estamos sob o Novo Regime Fiscal (NRF), de forma que os percentuais da União operam de maneira diferenciada. De acordo com a Emenda Constitucional 95 de 2016, a partir de 2018 o valor da contribuição da União para a Saúde é equivalente ao valor do último exercício corrigido pela variação do IPCA.

O NRF congela as despesas primárias do governo por 20 anos, fazendo apenas a correção inflacionária. Excetua-se de teto as despesas financeiras, como o pagamento de juros da dívida.

No que tange aos recursos advindos das Contribuições Sociais que compõem as receitas primárias da seguridade social, suas fontes são: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), contribuições do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), Contribuições para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), Contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor (CPSS) e Receitas de Concursos de Prognósticos. No Anexo II há uma tabela com as principais receitas e despesas do orçamento e seus respectivos valores no ano de 2016. No Gráfico 4 avaliamos o peso de cada contribuição sobre o total de arrecadação de Contribuições Sociais em 2016.

Gráfico 4 – Receitas de Contribuições Sociais, 2016

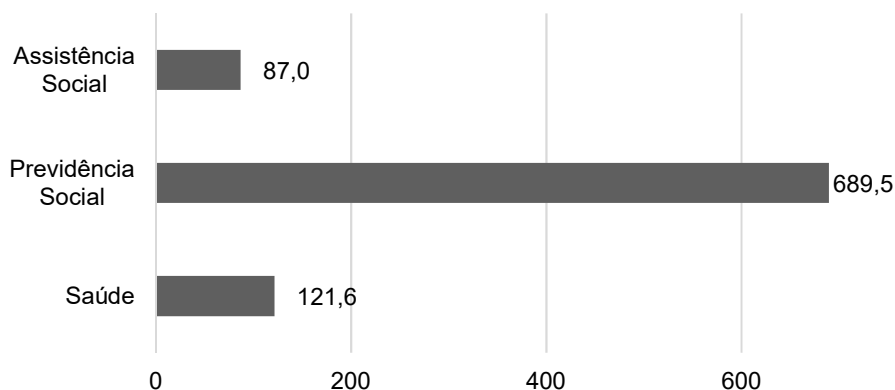
Fonte: Secretaria de Orçamento Federal

É possível reparar que a maior parte das contribuições vem do Regime Geral de Previdência Social. A princípio, o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 define que 30% do OSS deveria financiar ações e serviços públicos de saúde. Na prática, no próprio Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) é possível ver que a regra é desconsiderada já na fase de planejamento orçamentário. No PLOA 2018 por exemplo, o OSS é aproximadamente R\$708 bi, enquanto o orçamento do Ministério da Saúde é de R\$130 bi, isto é, 18% do OSS.

Quando se instituiu o OSS, era prevista a criação de um Ministério da Seguridade Social que cuidaria da gestão, articulação e distribuição dos recursos entre Assistência Social, Previdência e Saúde. Haveria uma integração entre as pastas e coordenação entre elas. Na prática, isso não se verificou, e as três categorias pouco dialogam entre si, possuindo fontes de recursos diferentes para cada uma dentro do OSS. A Previdência conta principalmente com recursos decorrentes da contribuição direta de empregados e empregadores, enquanto Saúde e Assistência Social se amparam nas contribuições sociais incidentes sobre faturamento, lucro e movimentações financeiras.

De fato, a Previdência Social tem orçamento muito maior que Saúde e Assistência Social. A dotação de despesas por função de 2018 pode ser observada no Gráfico 5:

Gráfico 5 – Dotação Inicial de Despesas por Função em 2018, R\$ bilhões



Fonte: SIAFI

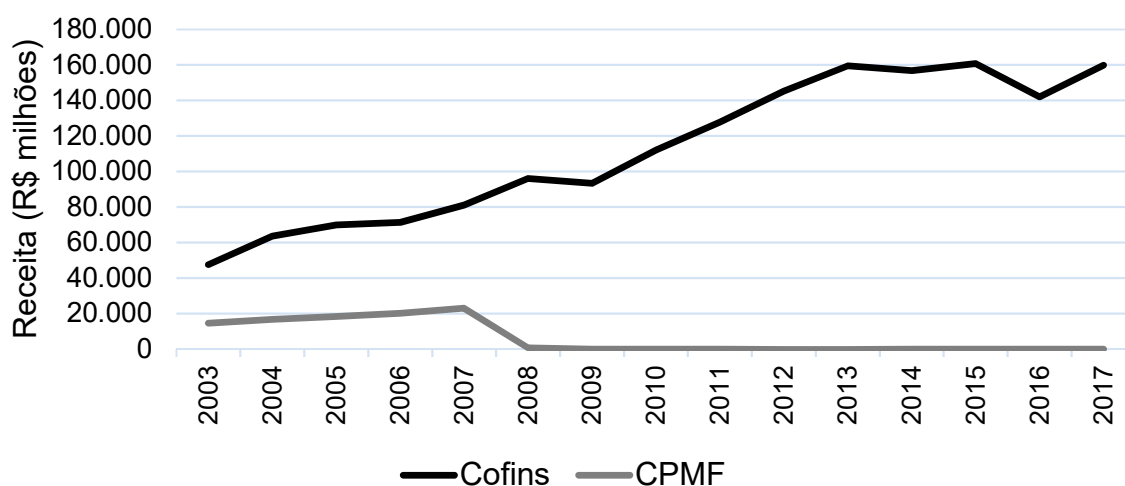
É possível comparar o peso do custeio da RAPS estimado anteriormente dentro das despesas com Saúde. Sendo da ordem de R\$1,5 bi, desprende-se que representam em torno de 1,28% dos gastos da pasta. Para os gastos com toda a saúde mental, o governo federal estimou que em 2005 eles representavam cerca de 2,35% do orçamento da saúde. Estimar esses valores não é trivial devido à grandeza e complexidade do SUS.

O SUS atribui responsabilidades de gestão e financiamento da saúde tanto ao ente federal, quanto aos entes estadual e municipal, de forma que muitas informações ficam dispersas e desconectadas. A ausência de um sistema centralizador de dados de fácil acesso ao cidadão dificulta rastrear os gastos públicos para além da esfera federal. Cada estado e município é responsável pela divulgação das informações de seus programas e ações próprios, havendo discrepâncias no padrão de organização e detalhamento de cada.

Em 1994 o Governo Federal estabeleceu o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU), direcionando 20% das receitas da Seguridade Social para o orçamento fiscal, a fim de alcançar metas de superávit primário. O recurso foi sistematicamente prorrogado, sendo a mais recente ampliação a EC 93 de 2016, que mantém a DRU até 2023 e amplia o percentual de desvinculação de 20% para 30%.

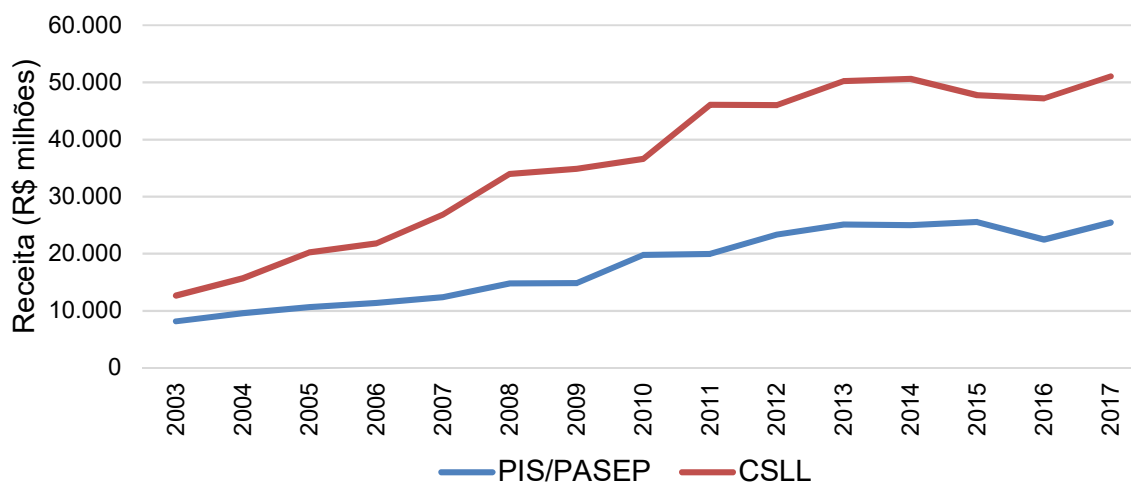
Para contornar as dificuldades geradas com a DRU, em 1996 foi criada a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), e sua arrecadação alimentava o Fundo Nacional de Saúde. A CPMF vigorou até 2007 e representou em média 30% do total dos recursos federais para a saúde a cada ano (PIOLA et al, 2013). A partir de então a Cofins cresceu a passos largos, tendo um efeito de substituição do papel da CPMF. É possível observar o efeito no gráfico:

Gráfico 6 - Evolução Receita de Cofins e CPMF, 2003 a 2017, R\$ milhões



Fonte: Secretaria de Orçamento Federal.

Ao observar o Gráfico 6 é possível perceber que a partir de 2013 a expansão de receitas da Cofins cessa, estagnando em R\$160 bi. Esse efeito de estagnação da arrecadação também se verifica em outras receitas, como PIS/PASEP e CSLL, conforme o Gráfico 7 demonstra.

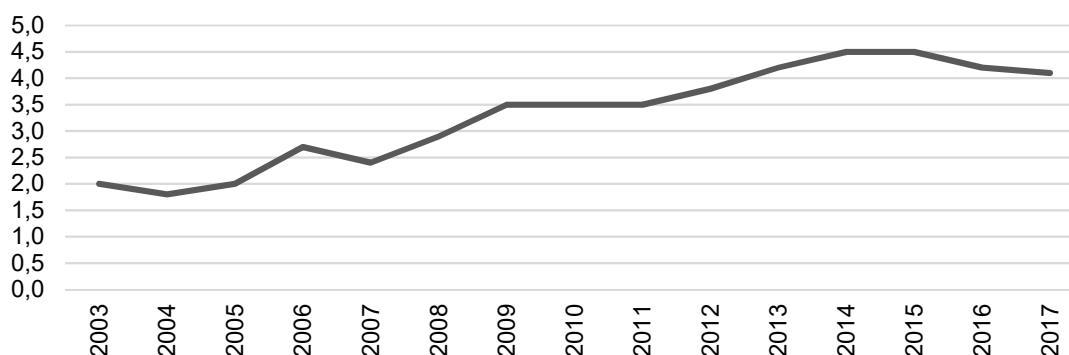
Gráfico 7 - Evolução Receita de PIS/PASEP e CSLL, 2003 a 2017, R\$ milhões

Fonte: Secretaria de Orçamento Federal

A estagnação de arrecadação tributária pode ser associada à redução das estimativas de lucro das empresas e às desonerações tributárias. São consideradas desonerações tributárias reduções de alíquotas, deduções, abatimentos, isenções, presunções creditícias e diferimentos de natureza tributária.

Entre 2015 e 2017, as renúncias representaram em média 21% de toda a arrecadação federal. No ano de 2018 tivemos R\$283,4 bi em renúncias tributárias em geral e R\$117,5 bi redirecionados do OSS para o Orçamento Fiscal pela DRU.

Entre os benefícios tributários concedidos, podemos destacar o Simples Nacional, os rendimentos isentos e não tributáveis e deduções do rendimento tributável do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e a desoneração da Folha de Salários. A proporção de renúncias tributárias em relação ao PIB saltou de 2% em 2013 para 4,1% em 2017.

Gráfico 8 - Evolução dos benefícios tributários em % do PIB

Fonte: Tribunal de Contas da União (TCU)

A estagnação de arrecadações tributárias do Orçamento da Seguridade Social a partir de 2013 é mais um fator que restringe os recursos para a Saúde. Das contribuições sociais, as únicas que não cessaram o crescimento foram a CPSS e RGPS, mas estas são direcionadas a Previdência Social.

Portanto, a estagnação de receitas e o teto de despesas primárias representam uma ameaça à capacidade de expansão de serviços essenciais da Saúde, dentre eles a Rede de Atenção Psicossocial. Uma estratégia é aprimorar a gestão dos recursos, buscando maior eficiência dos gastos. No entanto, uma possível expansão de leitos em hospitais psiquiátricos – ameaça crível com a Nova Política de Saúde Mental – vai na contramão disso, preterindo a atenção comunitária, mais barata, pela internação hospitalar, mais cara. O monitoramento de alocações de recursos dentro da Saúde faz-se necessário.

CONCLUSÃO

Ao longo do tempo observamos mudanças no modelo de atenção à saúde mental, conforme a psiquiatria amplia sua fronteira de conhecimento e filosofia de tratamento. Embora hoje as recomendações de entidades referência, como a Organização Mundial da Saúde, enfatizem a necessidade de uma rede de atenção preferencialmente extra hospitalar, ainda há forças a favor do modelo hospitalocêntrico, o que nos impede de falar em unanimidade de preferência do padrão de tratamento comunitário.

Desde a década de 70 no Brasil vimos surgir, lutar e suceder a força dos movimentos pró Reforma Psiquiátrica, institucionalmente marcada pela Lei Paulo Delgado de 2001. No entanto, a partir de 2017 vemos uma mudança brusca na política de saúde mental brasileira, adotando algumas práticas opostas ao que se buscou com a Reforma, por exemplo, a introdução dos hospitais psiquiátricos como componente da Rede de Atenção Psicossocial.

Do ponto de vista do bem-estar social, é possível prever uma perda caso a Nova Política de Saúde Mental continue na direção desenhada. O confinamento e segregação do convívio social prejudica as capacidades de agência e liberdades do acometido por transtorno mental. Além disso, estabelece um limite no acesso deste ao mercado de trabalho, o que refletirá nos resultados da seguridade social.

A opção por internações de longa duração como padrão de tratamento requer gastos maiores do que prover uma rede de atenção comunitária. Esta é mais uma preocupação com a Nova Política de Saúde Mental, pois os recursos do Orçamento da Seguridade Social já são escassos, reduzidos pela DRU, e com o Novo Regime Fiscal, que estabelece teto para as despesas primárias, limitando o reajuste à variação do IPCA.

Diante dos preocupantes dados sobre saúde mental, tanto no Brasil quanto no mundo, é essencial ter uma política pública bem definida para a área. Para ter uma estratégia efetiva é preciso acompanhar e tornar públicos indicadores sobre a abrangência da rede de saúde mental, assim como sobre seu financiamento. Diante da grande dispersão dos dados, verifica-se a urgência de um sistema centralizador das informações das esferas federal, estadual e municipal, para que seja possível visualizar de forma abrangente o cenário brasileiro de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ANDREOLI, Sérgio Baxter, RIBEIRO, Wagner Silva, QUINTANA Maria Inês Soares, Higashi MK, Dintof AM. Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo [relatório científico final]. Brasília: CNPq; 2008
- BARROS, D. D. Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.
- BENTHAM, Jeremy; MILL, John Stuart. (1789). Uma introdução aos princípios da moral e da legislação. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC, v. 2, n. 1, jul/dez 2011.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 05 de nov. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 8, Ano 6, n. 8, janeiro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n. 12, outubro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um breve panorama. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 18, 2017.
- BRASIL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasil, 2017.
- BRITTO, Renata Corrêa. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno

mental. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

CLARKE INSTITUTE OF PSYCHIATRY. Best Practices in Mental Health Reform. Ottawa: Health Canada, 1997 Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/best_practices.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019..

DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 621–639, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 abr. 2019.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 51–58, fev. 2012.

IPEA. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Março, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019. (Nota Técnica nº 21)

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 15, n. 42, p. 113-122, 2000.

MATEUS, Mario Dinis Martins Lameirao. Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil. 2009. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, 2009.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Rio de Janeiro, UFRJ, 2010.

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 65–98, mar. 2008.

OECD. Health at a Glance: Europe 2018. OECD Publishing. Paris, 2018.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica. 26 jun. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/8776>>. Acesso em: 7 abr. 2019.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS, No Health, No Help: Abuse as Drug Rehabilitation in Latin America & the Caribbean. Disponível em: <<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-en-21060403.pdf>>. Acesso em: 12 de mar. de 2019.

PIOLA, Sérgio F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & saúde coletiva, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

SEN, Amartya. Sobre ética e economia. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

SMITH, Adam. (1776). A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas. Volume I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

SMITH, Adam; STEWART, Dugald.(1759). Teoria dos sentimentos morais, ou, ensaio para uma análise dos princípios pelos quais os homens naturalmente julgam a conduta eo caráter, primeiro de seus próximos, depois de si mesmos, acrescida de uma dissertação sobre a origem das línguas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

TRIESTE. Triste Mental Health Department. Trieste: History of a transformation. Disponível em: < http://www.triestesalutementale.it/english/mhd_history.htm >. Acesso em: 4 de abr. de 2018.

OMS. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017. Disponível em: <<https://apps.OMS.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/OMS-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=46487B61ECCB0343416B37CA0C0DDDA4?sequence=1>>. Acesso em: 7 abr. 2019.

OMS. World Health Organization. Improving Health Systems and Service for Mental Health. Geneva, 2009.

OMS. World Health Organization. Quality Assurance in Mental Health Care: Check-lists & Glossaries. Geneva, 1997.

OMS. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001.

Anexo I – Taxas de Psiquiatras por 100 mil habitantes em países selecionados,
Demografia Médica do Brasil 2018

País	Médicos especialistas em Psiquiatria por 100 mil habitantes
México	1
Turquia	4
Brasil	5
Coreia do Sul	7
Chile	9
Polônia	9
Espanha	11
Portugal	12
Japão	12
Eslovênia	13
Estados Unidos	14
Letônia	16
Israel	16
Austrália	16
Itália	17
Canadá	17
Bélgica	17
Áustria	17
Dinamarca	17
Reino Unido	18
Irlanda	18
Nova Zelândia	18
Estônia	18
Luxemburgo	22
Grécia	22
Alemanha	22
Lituânia	22
França	23
Holanda	23
Islândia	23
Suécia	23
Noruega	24
Finlândia	24
Suíça	51

Fonte: adaptado de Demografia Médica 2018

Anexo II

Resultado Primário Da Seguridade Social - R\$ milhões

Descrição	2016
I. Receitas Primárias	613.179,3
<u>I.1. Contribuições sociais</u>	<u>604.066,5</u>
RGPS	358.137,3
CSLL	47.199,8
COFINS	141.988,4
PIS/PASEP	22.512,8
CPMF	1,3
CPSS	30.696,8
Custeio das Pensões Militares	2.050,7
Concursos de Prognósticos	1.479,4
<u>I.2. Receitas próprias dos órgãos integrantes do orçamento da seguridade social</u>	<u>153,2</u>
Saúde	114,9
Previdência	0,0
Assistência	38,3
Outras Seguridade	0,0
<u>I.3. Taxas e outras receitas arrecadadas por órgãos integrantes da Seguridade Social</u>	<u>8.959,6</u>
II. Despesas Primárias	871.842,5
<u>II.1. Principais benefícios da seguridade social</u>	<u>732.889,1</u>
Benefícios do Regime Geral da Previdência Social	510.089,0
Pagamento a servidores inativos da União	90.601,8
Benefícios assistenciais LOAS/RMV	49.002,8
Pagamento de seguro-desemprego e abono salarial	55.703,9
Bolsa-Família	27.491,6
<u>II.2. Salários dos servidores ativos do orçamento da seguridade social</u>	<u>19.248,6</u>
Previdência Social	4.537,4
Saúde	8.322,5
Demais	6.388,7
<u>II.3. Outras despesas de custeio e capital da seguridade social</u>	<u>119.704,8</u>
Cumprimento de precatórios e sentenças judiciais	1.185,7
Benefícios a servidores públicos	7.156,1
Ministério da Saúde	97.604,4
Demais	13.758,6
III. Resultado (I - II)	-258.663,3

Fonte: Secretaria de Orçamento Federal

Anexo III – Origem das Receitas do Orçamento da Seguridade Social

Receita	Origem
Contribuições Sociais	a) as das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço; b) as dos empregadores domésticos; c) as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição; d) as das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro; e) as incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos
Outras Receitas	I - as multas, a atualização monetária e os juros moratórios; II - a remuneração recebida por serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros; III - as receitas provenientes de prestação de outros serviços e de fornecimento ou arrendamento de bens; IV - as demais receitas patrimoniais, industriais e financeiras; V - as doações, legados, subvenções e outras receitas eventuais; VI - 50% (cinquenta por cento) dos valores obtidos de bens apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins e da exploração de trabalho escravo; VII - 40% (quarenta por cento) do resultado dos leilões dos bens apreendidos pelo Departamento da Receita Federal; VIII - outras receitas previstas em legislação específica.

Fonte: Lei nº 8.212/1991