

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura”***

*por*

***Flávia Helena Miranda de Araújo Freire***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, novembro de 2012.

*Esta tese, intitulada*

***“Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura”***

*apresentada por*

***Flávia Helena Miranda de Araújo Freire***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Silvio Yasui

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Prof. Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Barros de Oliveira

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

*Tese defendida e aprovada em 23 de novembro de 2012.*

Dedico este trabalho àqueles que fazem da escrita sua produção de vida e da clínica uma ética de encontro-afetivo potencializador da existência

## AGRADECIMENTOS

Longa caminhada e foram muitos que comigo estiveram nesse percurso.

A minha família que suporta minhas ausências e distância pelo mundo a fora, compreendendo meu jeito desgarrado de ser. E que em momento de delicadeza da existência estiveram afetuosamente abertos a me acolher. Minha mãe Zilca, meus irmãos Flávio e Fábria e minhas amadas sobrinhas Maria Izabel e Maria Luiza paixões da minha vida. Ao meu pai, que anunciou sua partida, ainda em fase de elaboração desse material. Sei o quanto você estaria feliz com esse momento.

Minhas tias Goreti e Livramento pelas conversas, análises, posicionamentos sobre o mundo, por me fazerem refletir sobre minha postura militante na saúde mental. Foi fundamental. Muito bom senti-las parte disso tudo. A Marcinha e Marco Bruno que me fortaleceram com seus conhecimentos a cerca do direito e do exercício de cidadania.

À Paulo Amarante, orientador pela terceira vez, desde a especialização, passando pelo mestrado e agora finalizando juntos essa etapa do doutorado. Obrigada pela sua confiança e disponibilidade no fechamento dessa tese.

À Silvio Yasui sempre muito generoso e disponível com suas valorosas contribuições resgatando em mim o gosto pelo trabalho.

À Emerson Merhy pela gentileza em compartilhar seus saberes e pela sua instigante produção teórica que me mobiliza a mergulhar no mundo do cuidado. Suas contribuições foram por demais valorosas para a consolidação desse trabalho. Junto com Mina vocês me aproximaram do conceito de família ampliada, com afeto, acolhimento e de portas abertas.

À Nina Soalheiro e Fernando Freitas pela disponibilidade em ler essa tese e contribuir com o fechamento desse trabalho.

Ao professor Nilson do Rosário, coordenador da pós-graduação em saúde pública da ENSP, que cuidadosamente me recebeu abrindo espaço de escuta minimizando conflitos e tensões. À Silvia Porto que apostou em mim no início desse trabalho.

À Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da UFRJ, espaço em que fui se chegando e que de repente me senti afetuosamente acolhida e participante de pesquisas que se tornaram material integrante deste trabalho. A potência da produção e as reflexões da linha foram fundamentais na tessitura desta tese.

À rede de amigos que se desdobra da linha fazendo colocar em operação prática conceitos do mundo do cuidado sendo experimentados em ato na vida. A Mônica Rocha, Paula Cerqueira, Claudia Tallemberg, Dudu Melo, Antônio Karnewale, Gilson Senna.

À Elizabeth Pacheco com seu jeito mais que especial de produção de encontros alegres na condução de uma clínica dos afetos. Espaço onde me produzi nessa tese. Nessa reta final inventando novos arranjos para encurtar a distância. Nosso encontro aumenta minha potência de agir na vida.

À Islândia, companheira de estrada, que começamos e terminamos juntas essa escrita de tese. De Parati a Copacabana. O universo sabe muito bem se movimentar, não é mesmo?! Muito importante nossas conversas sobre a vida, sobre a tese, as moedas jogadas na pedra dos pássaros livres. À Flávia Mendes, minha irmãzinha carioca, poço de generosidade, que tenho o prazer de compartilhar a vida desde o primeiro dia em que cheguei ao Rio de Janeiro se especializando em saúde mental. Ali nasceu uma irmandade. A Paulinha Barros, Vanessa Costa, Claudinha Regina, Luciana Alves, amigas do coração presentes em momentos cruciais da vida.

À Sophia Menezes que me incentivou na etapa final desse trabalho acolhendo as tensões e compreendendo meus momentos de imersão no processo de escrita.

Aos amigos potiguar de tantas risadas e compartilhamentos de alegrias: Jáder Leite, Magda Dimenstein, Ana Karenina, Cida Dias, Liége Uchôa.

Aos colegas que passaram pelo LAPS (Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Fiocruz) e aos que ainda estão por lá: Renata Ruiz, Ernesto Aranha, Rosemary Correa, Renata Brito, Rachel Gouveia, Bia Andura, Ana Carla, Edvaldo Nabuco, Leandra Brasil, Patrícia Duarte.

Agradecida por terem feito parte desse percurso.

### **Um presente que recebi: compartilho**

Caminhar...  
Na tentativa de compreender...  
Os caminhos de outros...  
E meus caminhos...  
Uma tese construída em vários lugares,  
Em que fiz de lares.

Um caminho que percorri,  
Mas, um caminho sem fim,  
Pois o meu percurso é apenas  
O meu jeito de percorrer,  
É o meu jeito de compreender,  
Por que assim se fez e faz o caminho...

(Islândia Carvalho, 2009)

*Tudo aquilo que em mim sente, sofre de estar numa  
prisão; mas a minha vontade chega sempre como  
portadora e libertadora de alegria.  
O querer liberto: é esta a verdadeira doutrina da vontade  
de liberdade – e, assim, a vós ensina Zaratrusta.  
Não mais querer e não mais determinar valores e não  
mais criar: ah, sempre longe de mim fique esse cansaço!  
Também no conhecimento, sinto apenas o prazer da  
minha vontade de criar e envolver; e, se há inocência em  
meu conhecimento, tal acontece porque há nele vontade  
de criação.  
(Friedrich Nietzsche, 1885)*

## RESUMO

Essa tese faz um percurso do financiamento do SUS mais especificamente no campo da saúde mental atentando para as mudanças e transformações na paisagem que vai delineando a conformação do financiamento na rede de atenção psicossocial. Utilizamos a imagem do iceberg como forma de apresentar o debate que envolve o tema do financiamento. A parte submersa do iceberg refere-se ao percurso histórico do processo de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial pautando o financiamento como analisador de certas disputas dos atores políticos frente à concepção do modelo tecno-assistencial em saúde mental. A ponta do iceberg retrata a conformação da rede de atenção psicossocial a partir de uma descrição do financiamento, de suas formas de uso e dos gastos de recursos federais com a rede. Para tanto, utilizamos como objeto de análise os instrumentos normativos do Ministério da Saúde recorrendo às portarias que regulamenta o financiamento dos serviços de saúde mental. A análise do financiamento estabelece um diálogo entre o cuidado e a clínica elegendo o Serviço Residencial Terapêutico como dispositivo de moradia e cuidado que vaza o campo da saúde transversalizando para o mundo da vida. O estudo de caso das Residências Terapêuticas se deu em três cidades (Belo Horizonte, Campinas e Rio de Janeiro). Selecionamos três dispositivos residenciais levando em consideração a singularidade que cada experiência vivenciava nas suas formas de inventividade de moradias e cuidado frente à loucura. Em Belo Horizonte trouxemos o caso de uma residência terapêutica de alta complexidade para apenas um morador; em Campinas uma casa/república para 23 moradores e no Rio de Janeiro uma vaga alugada em uma pensão para um paciente egresso do Hospital Colônia Juliano Moreira. As experiências em estudo apontam para a micropolítica do trabalho das equipes de saúde que nos seus modos de produção de cuidado rompem com as normas instituídas pelo financiamento criando linhas de fuga mostrando sua potência criativa. Cartografar o financiamento no campo da saúde mental, com suas modulações, valores, incentivos, disputas, se apresenta no campo da atenção psicossocial como desafios a serem cumpridos por uma política pública no campo da saúde que aposta em configurações tecnológicas do cuidado que vaza para o mundo da vida, em um compromisso antimanicomial, que envolve os sujeitos atores políticos que transversalizam ética e esteticamente a multiplicidade dos modos singulares de produção de vida com a loucura.

Palavras-Chaves: Financiamento em Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Atenção Psicossocial; Cuidado em Saúde



## ABSTRAT

This doctoral dissertation traces the financing of the Brazilian Universal Health System (SUS), specifically in the field of mental health, focusing on the changes and transformations in the picture drawn regarding the structuring of financing in the system of psychosocial services. We use the image of an iceberg as a form to represent the debate, which involves the theme of financing. The submerged part of the iceberg refers to the historical trajectory of the process of psychiatric reform, and the anti-institutionalization struggle scheduling financing, as an analyzer of certain disputes between the political actors facing the concept of techno-assistance in the mental health model. The tip of the iceberg represents the modeling of the system of psychosocial services from a description of financing, of the ways of using and spending federal resources on the system. For both, our object of analysis is the normative instruments of the Ministry of Health – the ordinances that regulate the financing of mental health services – which we collected. The analysis of financing establishes a dialogue between care and the clinic electing the Therapeutic Residential Service, as a means of housing and care that interfaces the field of health crossing over into the common world. The case studies focus on Therapeutic Residences in three cities (Belo Horizonte, Campinas and Rio de Janeiro). We selected three housing units, taking into consideration the uniqueness of each experience lived within these configurations of inventive housing and care facing mental illness. In Belo Horizonte we present the case of a highly complex therapeutic residence for just one resident; in Campinas a house/collective for 23 residents; and in Rio de Janeiro one rented space in a single-room-occupancy for an outpatient from the Juliano Moreira Colony Hospital. The experiences in this study point to the micro-policies of health professional teams, which in their own ways provide care that breaks away from the financial norms instituted, creating lines of departure that show their creative potential. Mapping financing in the field of mental health, with its modulations, values, incentives, disputes, presents the field of psychosocial service as a set of challenges to be addressed by public policy in the field of health that relies on technological configurations of care that interface with the real world, and with an anti-institutional commitment, which involves the subjects as political actors, thereby traversing ethics and aesthetic multiplicity of the particular modes of life with mental illness.

**Keywords:** Mental Health Financing; Psychiatric reform; Deinstitutionalization; Psychosocial Service; Health Care.

## SUMÁRIO

<b>Lista de Quadros, Tabelas e Gráficos.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Lista de Abreviaturas.....</b>	<b>xv</b>
<b>Apresentação.....</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 1 - Financiamento no SUS.....</b>	<b>29</b>
1.1. Orçamento da Seguridade Social.....	29
1.2. Fontes de Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro.....	33
1.3. Emenda Constitucional 29 e Lei Complementar 141: vinculação de recursos e gastos com saúde.....	36
1.4. Fluxo de Transferência de Recursos Federais do SUS.....	41
1.5. Financiamento da Macropolítica de Saúde: incentivo federal à implantação de programas e políticas de saúde .....	48
1.6. Formas de alocação de recursos aos prestadores de serviços: formas de alocação de recursos financeiros a prestadores de serviços.....	52
1.7. Pacto pela Saúde.....	60
1.8. Novas Diretrizes da Organização do Sistema Único de Saúde – alguns apontamentos sobre o cenário pós 2009 – Decreto 7.508.....	72
<b>1.9. Articulação Interfederativa: Novas Formatações de Financiamento.....</b>	<b>79</b>
<b>Capítulo 2 - Disputa social pela conformação e uso dos fundos públicos, no Brasil, no campo de cuidados à loucura.....</b>	<b>81</b>
Sobre o Financiamento na Saúde Mental .....	81
2.1. Bloco 1 – As disputas em foco e sua conformação através da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil.....	86
Reforma Psiquiátrica Brasileira: do movimento social à política pública de saúde mental no SUS - 30 ANOS DE LUTA!.....	86
2.1.1.Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	89
2.1.1.1. 1º Período (1978 – 1987) - Quando novos personagens entraram em cena: o movimento dos trabalhadores em saúde mental.....	89

2.1.1.2 - 2º. Período (1987 – 2001) - A instituição inventada: experimentando novos modos de cuidado em saúde mental.....	98
2.1.1.3 - 3º. Período (2001 – hoje) - Institucionalização da política pública de saúde mental: apostando em uma rede substitutiva.....	104
2.2. Bloco 2 – O quanto e suas formas de uso, hoje.....	107
2.2.1. Financiamento da Rede de Saúde Mental no SUS: uma transição em curso.....	110
2.2.2. Financiamento da Rede Hospitalar.....	111
2.2.3. Financiamento da Rede Substitutiva.....	118
Atenção Psicossocial Especializada.....	119
Estratégias de Desinstitucionalização.....	128
Saúde Mental na Atenção Básica.....	136
Atenção de Urgência e Emergência.....	140
Atenção de Caráter Residencial Transitório.....	141
Estratégias de Reabilitação Psicossocial.....	144
2.2.4. Gastos com Saúde Mental.....	145
2.2.5. Pacto pela Saúde: cenário antecessor a regulamentação do SUS – impressões no campo da saúde mental.....	150
2.2.6. Financiamento da Saúde Mental na Atualidade: novos caminhos na regulamentação do SUS.....	153
2.2.7. Público e Privado: dilemas dos caminhos da privatização e terceirização do SUS na saúde mental.....	161

**Capítulo 3 – Um Caso em Estudo: A Residência Terapêutica como serviço analisador do financiamento em saúde mental e do cuidado na atenção psicossocial.....** 169

3.1. A invenção da Residência Terapêutica como novos dispositivos em saúde mental e sua consolidação como política pública em saúde no SUS.....	174
3.2. A construção do campo de estudo e a escolha das experiências.....	177
3.3. A arte de estar junto: reflexões sobre a clínica e o cuidado no espaço de moradia.	180
3.4. A Implicação dos trabalhadores com o projeto desinstitucionalizante.....	190
3.5. O Financiamento das Residências Terapêuticas e a Micropolítica do Trabalho.....	193
3.6. O Cuidado no Espaço Intercessor: <i>entre</i> casa e serviço.....	199

**Considerações Finais**

Animalidade da Escrita..... 203

**Referências Bibliográficas**..... 213

## **LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS**

Quadro 1. Composição do Orçamento da Seguridade Social

Quadro 2 – Valores das AIHs dos Hospitais Psiquiátricos segundo classificação hospitalar em 2004

Quadro 3 – Valores das AIHs dos Hospitais Psiquiátricos segundo classificação hospitalar em 2009

Quadro 4 – Simulação dos tetos de faturamento dos CAPS segundo tipo de unidade

Quadro 5 – Recursos de Custeio dos CAPS a partir de 2012

Quadro 6 – Evolução dos Recursos de Custeio dos CAPS no período de 2002 à 2011

Quadro 7 – Recursos de Investimento para Implantação de CAPS

Quadro 8 - Repasse financeiro de custeio aos SRT

Quadro 9 – Diferenciação de modalidades de NASF

Quadro 10 – Modalidades de Equipes de Consultório na Rua com seus respectivos Financiamentos

Quadro 11 - Valor de recurso de investimento em ações voltadas às drogas

Quadro 12 – Portarias que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial

Tabela 1 - Participação percentual no gasto com saúde: União, Estados e Municípios no período de 1980 à 2011

Tabela 2 – Estimativa do percentual de arrecadação da União

Tabela 3 – Participação percentual dos recursos federais do SUS para as ações e serviços de saúde segundo grupos de despesa, Brasil – 1998 a junho de 2004

Tabela 4 – Série histórica de CAPS por tipo no período de 2006 a 2011

Tabela 5 - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011

Gráfico 1 – Série Histórica de Leitos Psiquiátricos SUS no Brasil, período 2002 – 2011

Gráfico 2 – Série Histórica de Expansão de CAPS no período de 1998 a 2011

Gráfico 3 – Série Histórica de SRT em funcionamento no período de 2002 a 2011

Gráfico 4 – Expansão do Número de Beneficiários do Programa de Volta pra Casa, no período de 2003 a 2011

Gráfico 5 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e/ou Drogas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRAS - Centros de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CSM - Centros de Saúde Mental

CT - Comunidade Terapêutica

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

EC – Emenda Constitucional

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPE - Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

GIH - Guia de Internação Hospitalar

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IPI - Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

ISS - Imposto sobre Serviços

ITBI - Imposto de Transferência de Bens Interativos

ITCMD - Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de quaisquer Bens ou Direitos

ITR - Imposto Territorial Rural

MAC - Média e Alta Complexidade

MINC - Ministério da Cultura

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial



NASF - Núcleos de Apoio a Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organizações Não-Governamentais

PAB – Piso de Atenção Básica

PAB Fixo e Variável – Piso de Atenção Básica Fixo e Variável

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PCCN - Programa de Combate às Carências Nutricionais

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PIB - Produto Interno Bruto

PLC - Projeto de Lei Complementar

PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar-Psiquiatria

PPI – Programação Pactuada Integrada

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PSF - Programa de Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção a Saúde

RCB - Receita Corrente Bruta

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SE – Secretaria Executiva

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

US - Unidade de Serviço

VIGISUS - Projeto para fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde do SUS

# APRESENTAÇÃO



Pensar o financiamento no campo da saúde mental requer particularmente, analisar o percurso de reforma psiquiátrica, a organização da rede de saúde mental, seus dispositivos e propósitos. Apesar de já ter discutido esse tema em trabalhos anteriores, como no mestrado<sup>1</sup>, embora com um enfoque restrito sobre a forma de pagamento dos CAPS, nesse momento, me parece se tratar de algo completamente novo é como se estivesse com uma proposta de trabalho a ser desvendada, que me coloca em uma encruzilhada onde olho para os vários pontos de partidas e não sei qual caminho seguir. Passei um tempo ensaiando sair desse impasse, onde era acompanhada por certa angústia que consumia meu corpo sem órgãos. Se ao sair desse lugar de imobilidade, precisar me arriscar, assim o farei, com a afetação que a inspiração de Antonin Artaud me provoca: “*para existir basta abandonar-se ao ser, mas para viver é preciso ser alguém e para ser alguém é preciso ter um OSSO é preciso não ter medo de mostrar o osso e arriscar-se a perder a carne*”<sup>2</sup>. Estou aqui propondo mostrar meu “osso”.

A leitura do *I Ching*, ensinamento chinês milenar, me ajudou a compreender alguns movimentos. A palavra *ching*<sup>3</sup> que também está relacionada à palavra *jing*, significa “trilha”, o que difere do sentido de estrada. A trilha não tem um trajeto fixo como na estrada, ela (trilha) é o caminho por onde andamos, é o caminho que escolhemos andar, pode ser mais rápido ou mais lento, mais longo ou mais curto, pode-se também andar em círculos. O simbolismo da trilha não se refere nem ao tempo (rápido/lento) nem ao espaço (longo/curto), mas sim ao caminho que existe enquanto se caminha.

---

<sup>1</sup> FREIRE, Flávia Helena M. Araújo, 2004. *O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos*. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca / FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

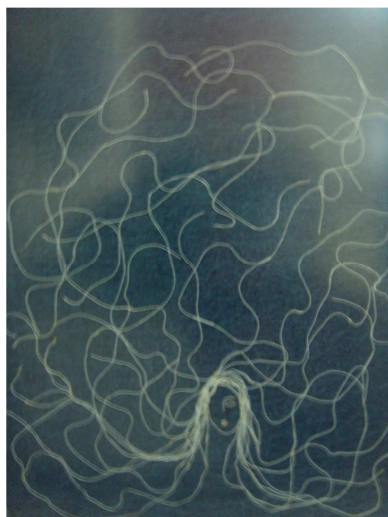
<sup>2</sup> Trecho do texto radiofônico de Antonin Artaud “para acabar com o julgamento de deus”

<sup>3</sup> Para fazer esse diálogo com o *I Ching* utilizei o livro “*I Ching – a alquimia dos números*” de Wu Jyh Cherng.

O ideograma *ching* é formado por duas partes, a primeira significa “fio de seda” e a segunda “caminho”, logo trilha é um caminho de fio de seda. A seda é produzida pelo bicho-da-seda, que inicia sua primeira fase de vida como lagarta, o bicho começa a formar um fio em volta do seu próprio corpo formando um casulo. A partir desse processo de encasulamento o bicho entra em estado de adormecimento e transmutação, se transformando em inseto borboleta, rompe o casulo e voa para vivenciar nova fase da vida. Esse é o processo da metamorfose. Na China, lugar de origem desse inseto (lagarta / bicho-da-seda), os sericultores, cultivadores da seda, interrompem o processo de metamorfose da borboleta para cultivo da seda, as crisálidas são atiradas em água fervente para que a goma se dissolva e solte a ponta inicial do fio da seda. No processo mais artesanal basta um pequeno corte no casulo para que a borboleta saia. No entanto, como o processo fora induzido pelo corte, a jovem borboleta nasce com suas asas enfraquecidas e logo morre. Borboletas não fazem cesáreas! Para o significado do ideograma *Ching*, ao chegar ao fim do caminho do fio de seda não se encontra nada além do vazio e dentro dele o cadáver do inseto. O corpo do inseto morto simboliza a impermanência do ser, e o vazio significa o absoluto. Assim a razão do universo e o caminho do homem encontram-se em qualquer parte do cosmo, como uma trilha, o percurso é o desenrolar desse fio. Chegar ao fim do caminho significa libertar-se desse corpo mortal e encontrar o vazio. Para esse ensinamento milenar quem atinge o vazio alcança a universalização. O *I Ching* nos ensina que o vazio simboliza consciência lúcida, pura, e nos indica o caminho preciso em direção a essa consciência ilimitada. O ideograma *I* significa mudança e movimento; momento e circunstância; relação entre opostos; união dos opostos, e ficou mais conhecido no ocidente como mudança ou mutação.

Por que ao me propor falar sobre o tema do cuidado na saúde mental e do financiamento como categoria analisadora na atenção psicossocial me veio o desejo de ir ao *I Ching*? Sinto-me justamente envolvida com o significado do ideograma *ching*. Pensar no financiamento me leva a sensação de uma trilha que tenho que construir, um caminho que farei por mim mesma, e para caminhar por essa “trilha do fio de seda”, me vejo na busca de encontrar a ponta desse fio e desenrolar esse emaranhado que se apresenta. É achar o fio da meada. Nesse caminho pretendo ir construindo minhas linhas de afeto, talvez iniciando por onde me sinto mais territorializada, como na busca de um movimento que me gere segurança no percurso desconhecido. Busco imagens nas artes

com o intuito de expressar o que emerge em meu interior. Trago essa obra como forma de expressão de sentimentos que aqui na escrita venho tentando dar passagem através da linguagem pela arte, o emaranhado que pretendo desenrolar no percurso dessa tese.



Artista: Adrianna Eu<sup>4</sup>

O significado do ideograma *ching* e a ideia que Rolnik nos apresenta do cartógrafo, parece-me apontar para uma luz no fim do túnel. O cartógrafo é aquele que fundamentalmente propõe estratégias das formações do desejo no campo social. Assim pouco importa as referências teóricas do cartógrafo, mas o que lhe importa é a teoria que vai se formando na trilha cartográfica. São as intensidades dos afetos que buscam expressão. O pesquisador-cartógrafo quer mergulhar na geografia dos afetos ao mesmo tempo inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem (Rolnik, 2007, p.66)

Nesse trabalho me aventuro pelo modo de produção de conhecimento cartográfico, inventando pontes de linguagem, como acima demonstrei pelas artes e no decorrer dessa tese por vários outros elementos do desejo que experimento no intuito de produzir minhas pontes de linguagem, dar corpo e língua aos afetos que pedem passagem.

---

<sup>4</sup> Essa obra compôs o cenário de meu espaço terapêutico fazendo parte de meu processo analítico

O princípio do cartógrafo é extramoral e seu critério é se permitir ao grau de abertura para a vida em cada momento da construção da pesquisa. Como princípio o cartógrafo está diante de um antiprincípio que o obriga a estar sempre mudando de princípios (Rolnik, 2007)

Na tessitura dessa tese por vezes me vi diante de reformulações de remodelações, de idas e vindas de teorias e formas de construção do pensamento que aqui venho me propondo a dar passagem pela linguagem impressa na escrita. Para Fonseca e Kirst

Cartografia não implica em sistematizar, tampouco em organizar, e tampouco em atitude neutra por parte do sujeito-cartógrafo. Na cartografia, percorre-se os espaços de ruptura e de propagação. Procura desaprender os códigos, embaralhá-los mesmos, aguçar as sensações, abrir o corpo, para torná-lo passagem das vozes / imagens do mundo ainda não conhecido e experimentado. O modo rizomático, não centrado, conectivo, heterogenético, expansivo e não totalizador conduz o observador-cartógrafo, mantendo-o mergulhado em suas próprias afecções e intensidades. Atento ao dentro que se constitui como um avesso do fora que pede passagem, ele se deixa tornar suporte tradutor de fluxos asignificantes, canal de expressão do impessoal e, portanto, sua própria manifestação encarnada e vivida subjetivada. Processos de objetivação e subjetivação amalgamados em uma sinuosa continuidade e simultaneidade. Não há mais objeto, não há mais sujeito. Tem-se, então, processos de objetivação e de subjetivação. (Fonseca & Kirst, 2004,p.31)

Então vamos lá, vamos iniciar de algum lugar, como em um movimento rizomático, que pelo *entre* nos colocamos em movimento, e como um cartógrafo vamos seguir a intensidade do desejo e produzir caminhos mesmo que a primeira vista pareça sem sentido, “aliás entender para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar e muito menos revelar” (Rolnik, 2007, p.66).

A partir de minha vivência enquanto trabalhadora de CAPS passei a perceber que a clínica que eu fazia nesse serviço conveniado ao SUS, pois se tratava de um CAPS mantido por uma associação, apresentava alguns entraves quando o assunto nas reuniões de equipe se voltava para o faturamento: *“o usuário não pode faltar, ele tem que vir assinar a lista, no final do mês a auditoria nega esse atendimento e o faturamento do CAPS cai”*, essa era uma das falas da administração/contabilidade do serviço que passou a me deixar com uma pulga atrás da orelha: *“mas José disse que ia a feira vender umas galinhas para a mãe e não ia poder vir hoje ao CAPS”* dizia eu justificando a ausência do usuário, mas não impedindo que o faturamento do CAPS baixasse, para a auditoria ele não foi ao serviço, logo não foi atendido, logo não poderá receber financeiramente por isso. Na minha concepção achava que ele estava sendo bem atendido, ao ponto de ir à feira sozinho vender as galinhas para ajudar na sustentação financeira de sua casa. Para mim não soava bem essa posição da auditora do SUS e conseqüentemente o esforço da administração e finanças do CAPS para não fazer o faturamento cair. Desconfiava que o CAPS estava fazendo sua parte ao permitir que o usuário fosse a feira e se misturasse com todos os outros feirantes no esforço de vender suas galinhas. Minha clínica permitia isso, era uma espécie de cuidado a céu aberto, de “permissão” da circulação do usuário pela cidade, pelos espaços de relações de vida, uma apropriação de seu território.

Longe de buscar leis gerais e universais, o cartógrafo, aqui clínico, é movido pela escuta que nunca foi dito e visto. Neste sentido ele não interpreta o mundo apenas o experimenta através das ligações / afecções que passa a vir estabelecer com ele (Fonseca & Kirst, 2004, p.32)

Lembro-me de outra passagem onde fazíamos o esforço de atender um sujeito que vivia perambulando pelas ruas, não se tratava de um morador de rua, pois tinha casa e um nível sócio-econômico diferenciado para os padrões daquela população. Pelo que me recordo dessa história de vida, pois faz 11 anos que não trabalho mais nesse serviço, tratava-se de uma pessoa com duas formações universitárias, poliglota, que em um determinado momento da vida surtou. A partir desse episódio, passou a perambular pelas ruas, ia para casa apenas nos horários das refeições e a noite para dormir. Na rua sempre pedia cigarro as pessoas, praticamente era seu meio de

comunicação com o mundo que lhe rodeava. Quando passava pelo CAPS a equipe sempre fazia um movimento de fazê-lo entrar, ajudavam-lhe no banho e se fosse horário de almoço ou lanche, serviam-lhe a refeição. Depois de feita essa acolhida Marcos ia embora, pois já tinha conseguido o que queria, mesmo a contra gosto da equipe que tentava fazê-lo ficar no CAPS, ofereciam-lhe oficinas, televisão, mas nada o segurava ali. Geralmente aparecia nos horários das refeições, e chegou um momento em que sua entrada no CAPS não lhe era mais permitida. Quando eu estava indo para o CAPS, fazia o trajeto a pé da praça, onde descia do ônibus, até o serviço, e nesse trajeto algumas vezes encontrava com Marcos, me aproximava dele e numa tentativa de formar um vínculo passava a andar com ele pelas ruas. Agora éramos dois perambulando pelas ruas da cidade. Logicamente essa caminhada me fazia chegar atrasada ao CAPS, me trazendo dificuldades diante da equipe em continuar esse trabalho. Parei de caminhar com Marcos e ficava esperando ele aparecer no CAPS, mas suas visitas foram ficando cada vez mais espaçadas.

A partir das questões que envolvem essa clínica, o projeto de reforma psiquiátrica, a concepção de serviço substitutivo, passei a questionar o modelo de financiamento dos CAPS. Como José não poderia ir a feira vender suas galinhas? O serviço teria que faturar mediante a presença física do usuário? Esse modelo de financiamento não estaria incoerente com o que deveria ser a atuação desse tipo de dispositivo? Que distorções esse modelo de pagamento por produção poderia imprimir? Essa forma de pagamento não fere os princípios da reforma psiquiátrica? Essas questões ecoam até hoje, sendo que agora, não mais fechada na forma de pagamento dos CAPS, mas sim ampliada para os desafios de se financiar uma rede substitutiva em saúde mental, que extrapola o próprio campo da saúde e vaza para o mundo da vida.

Essas indagações me levam a reflexões para o tema da macropolítica e micropolítica. Estamos diante de um debate que envolve tanto a macropolítica com as normatizações que regem os serviços e a rede substitutiva, e aqui se pauta o tema do financiamento; quanto à micropolítica que fala do trabalho vivo em ato e da ética dos encontros afetivos das equipes com os usuários.

Por micropolítica compreendo juntamente com Suely Rolnik



As questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva. (...) Micro é a política do plano gerado na primeira linha a da cartografia. O princípio de individuação, neste caso, é inteiramente outro: não há unidades. Há apenas intensidades, com sua longitude e sua latitude. Lista de afetos não subjetivados, determinados pelos agenciamentos que o corpo faz, e, portanto, inseparáveis de sua relação com o mundo. (Rolnik, 2007, p.11 e 60)

É na micropolítica diante do encontro entre o trabalhador e o usuário que se produz saúde e outras potencialidades de vida aos sujeitos no campo da atenção psicossocial. É o terreno do trabalho, do cotidiano, do dia-a-dia junto ao usuário no fazer-se, inventar novas formas de produção de vida ali nos micros espaços cotidianos de construção ética dos encontros que se dão nas relações afetivas entre as equipes e os sujeitos em sofrimento. É o espaço molecular, de singularização, de criação de novas invenções de produção de mais vida, mais saúde.

Já a Macropolítica é o plano da segmentaridade dura de um modo especial de totalização e centralização (Deleuze e Guattari, 1996)

Macro é a política do plano concluído plano dos territórios: mapa. No mapa delinea-se um encontro dos territórios, imagem da paisagem reconhecível a priori. O mapa só cobre o visível. Aliás de todo o processo de produção do desejo, só nesse plano há visibilidade: é o único captável a olho nu. Também só nesse plano que a individuação forma unidades e a multiplicidade, totalização (Rolnik, 2007 p. 60)

É nesse plano da macropolítica que estaremos focando na categoria do financiamento como forma visível de analisar a construção de redes substitutivas de atenção psicossocial.

Com o propósito de discutir a micropolítica do trabalho e o cuidado na saúde mental, mais especificamente direcionada a rede substitutiva de atenção

psicossocial, trago como foco uma análise da macropolítica das questões que permeiam o tema do financiamento do Sistema Único de Saúde. Proponho iniciar essa tese me dedicando, diante mão, mapear a estrutura de financiamento do SUS, com o intuito de gerar subsídios para posterior análise, em capítulos subseqüentes, sobre o modelo de financiamento da rede substitutiva em saúde mental.

Sendo assim no capítulo 1 traço um breve desenho da estrutura de financiamento do SUS com suas fontes de receitas que geram recursos para a saúde, além das vinculações dos recursos com gastos em saúde à luz da Lei Complementar 141. Trago também para o debate os fluxos de transferências de recursos federais para as esferas subnacionais envolvendo os modelos de alocação de recursos do SUS aos prestadores de serviços. O financiamento da macropolítica de saúde também será uma questão a ser debatida, visto ser um modelo brasileiro de indução de políticas públicas. Seguimos com o debate que o Pacto pela Saúde pautou principalmente pela mudança do modelo de recursos financeiros mediante 5 blocos de financiamento. Por fim trouxemos a nova proposta de regulamentação do SUS a partir do Decreto 7.508 apontando para a configuração das Redes de Atenção a Saúde e nova formatação do financiamento no SUS.

Encaminharei após este capítulo inicial, o tema do financiamento na saúde mental discorrendo sobre os dispositivos da rede substitutiva de saúde mental, levando em consideração o processo da Reforma Psiquiátrica em curso em nosso país.

A proposta de caminhar por essa trilha que venho construindo em ato no exercício de analisar minhas implicações na construção do cuidado no que tange o campo da saúde mental, me leva a refletir sobre as relações existentes entre esses dois campos de conhecimento e construção do SUS: Financiamento e Saúde Mental.

Desta feita, o tema que rege o segundo capítulo diz respeito ao financiamento na saúde mental. Como forma de dar melhor visualização ao tema desatrelando o financiamento exclusivamente a demonstrações numéricas decidimos arquitetar este capítulo 2 em dois blocos: o primeiro nos leva ao resgate histórico do processo de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial trazendo o financiamento como analisador de certas disputas dos atores políticos frente à concepção do modelo de

cuidado à loucura. O segundo bloco fala da conformação da rede de atenção psicossocial a partir de uma descrição do financiamento, de suas formas de uso e dos gastos de recursos federais com a rede.

Vale a pena ressaltar que não se trata de uma tese exclusivamente sobre financiamento, mas de reflexões, a partir de minhas implicações enquanto psicóloga/trabalhadora de um CAPS na perspectiva de refletir sobre as convergências e divergências da modalidade de financiamento do SUS em relação à proposta da atenção psicossocial. Por isso a escolha de abrir a tese com a discussão do financiamento no SUS, para a partir do tema mais geral afunilar no decorrer do trabalho para o tema do financiamento na rede de atenção psicossocial entrar no terreno da clínica e do cuidado focando em um dispositivo da rede de saúde mental.

Assim o terceiro e último capítulo trago a análise de um caso em estudo resultado de reflexões de pesquisa realizada conjuntamente com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Essa pesquisa teve como foco de análise os Serviços Residenciais Terapêuticos que permite analisar as categorias tanto do financiamento quanto da clínica/cuidado na atenção psicossocial. O financiamento das residenciais terapêuticas levando em consideração a análise da disputa do campo das conformações dos fundos públicos através da militância dos trabalhadores de saúde mental e a conformação da modalidade de financiamento do SRT como estrutura normatizada pelas portarias. Seguindo a análise desse dispositivo partimos para o terreno da clínica enquanto uma tecnologia de saberes estruturados cientificamente (saberes da psicologia, da psiquiatria, da enfermagem, da terapia ocupacional, etc) e do cuidado que percorre tanto os saberes estruturados quanto as sabedorias dos muitos trabalhadores da rede de atenção psicossocial que não são apreendidos academicamente, mas adquiridos na vida e no cotidiano vivenciado com os usuários, como é o caso das cozinheiras, dos porteiros, dos oficinairos, dos auxiliares de serviços gerais etc. O cuidado operado no espaço intercessor das casas enquanto moradias de caráter híbrido<sup>5</sup> onde por um lado se fala de moradia e por outro se fala de uma terapêutica que está imbuída nesse processo, mesmo que este não seja seu fim específico, mas que torna-se um efeito.

---

<sup>5</sup> Termo utilizado por Ana Karenina Arraes Amorim (2008) ao analisar o SRT como dispositivo híbrido de serviço de saúde e residência

Portanto essa tese tem o propósito de cartografar o terreno do financiamento do SUS no campo da saúde mental, atentando para as mudanças e transformações na paisagem que vai delineando a conformação do financiamento da rede de atenção psicossocial. O olhar para o financiamento pretende estabelecer um diálogo entre o cuidado e a clínica na atenção psicossocial ressaltando seus desafios diante da política estabelecida pelo Ministério da Saúde. Utilizaremos os instrumentos normativos do SUS referentes ao financiamento como bússola no caminho a seguir.

Convido-os agora a viagem por essa trilha e vamos conversando no decorrer desse percurso.

# **CAPÍTULO 1**

## **FINANCIAMENTO NO SUS**

Nesse capítulo, dedicarei a contextualização do tema do financiamento no SUS, direcionando o foco de interesse para reflexões que fundamentarão a análise da relação do financiamento com a saúde mental. Não se trata aqui de um manual sobre financiamento do SUS, mas de uma visão geral de alguns aspectos importantes que possibilitarão a discussão dos capítulos subsequentes. Partindo dessa premissa, estruturei esse capítulo com o objetivo de compreender questões que envolvem: a constituição do financiamento do SUS; mapeamento das fontes de financiamento; proposta de regulamentação da vinculação de recursos financeiros com vistas à sustentabilidade da política de saúde pública por meio da Emenda Constitucional 29 e posteriormente da aprovação da Lei Complementar 141; fluxo de transferência dos recursos federais para os estados e municípios; incentivos federais para o financiamento de políticas e programas de saúde; modelos de alocação de recursos aos prestadores de serviços; a mudança do financiamento do SUS advinda da proposta do Pacto pela Saúde; por fim, a atualidade do financiamento a partir da regulamentação do SUS a partir do Decreto 7.508.

Espero que com esses elementos pautados, possamos posteriormente adentrar ao tema da reforma psiquiátrica, do financiamento na saúde mental e por fim ao centro de interesse dessa tese que são as reflexões e implicações do tema do cuidado/clínica na atenção psicossocial, a partir da relação com o financiamento.

### **1.1. ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL**

Desde a implantação do SUS, o financiamento tem sido alvo de discussão, a necessidade de haver a promulgação de uma segunda Lei 8142/90 para

garantir o financiamento já sugere que o financiamento nunca foi uma questão de consenso.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro é financiado pelo orçamento da Seguridade Social que integra a Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Os recursos do setor saúde são oriundos das três esferas do governo, cujas principais fontes de financiamento são recorrentes de arrecadações de tributos e impostos. A Constituição Federal de 1988 define, no Capítulo II, que a saúde, previdência social e assistência social são partes integrantes da Seguridade Social. Sendo assim, a arrecadação pela esfera federal, financiada pelo orçamento da Seguridade Social, é ressaltada no artigo 195 da Constituição:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma de lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários [CFS] e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento [Finsocial/Consfins];

c) o lucro [CLL]

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social [CFS], não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art.201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos [loterias]

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Brasil, 1988, art.195)

A seguridade Social diz respeito ao conjunto de ações relativas a Previdência Social, Saúde e Assistência social, tendo como princípio básico a solidariedade pelos sujeitos que contém maiores riquezas auxiliando aqueles que são mais pobres. Na Saúde com o SUS isso se torna bem evidente pelo princípio da universalização. Direito à saúde para todo e qualquer cidadão, seja contribuinte ou não da Previdência Social.

A participação da Previdência Social na Seguridade Social caracteriza-se por um regime de seguro social, de caráter contributivo e filiação obrigatória, destinado a cobertura de eventos que reduzam ou retirem a capacidade laborativa do segurado. Já a Seguridade Social visa a proteção das necessidades básicas de qualquer indivíduo, nas áreas da saúde e da assistência social, sem necessariamente terem contribuído (Dias, 2001).

Segundo Constituição Federal art.195 *“a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias e assegurada a cada área a gestão de seus recursos.* Essa diretriz aponta para duas questões relevantes: (1) o orçamento é elaborado de forma integrada pelos órgãos incumbidos de realizar os programas e (2) garante autonomia na gestão de seus recursos.

No âmbito federal o orçamento da seguridade social é composto pelas receitas da União, contribuições sociais e receitas de outras fontes.

Porto & Ugá (2008) apresentam um quadro demonstrativo da composição do Orçamento da Seguridade Social, a ver:

Quadro 1. Composição do Orçamento da Seguridade Social

<b>Fontes</b>	<b>Vinculação</b>
Contribuição sobre a folha de salário (paga por empresas e trabalhadores)	A partir de 1993, foi vinculada a Previdência Social
Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (Confins)	Não
Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL)	Não
PIS/PASEP	Vinculada ao seguro-desemprego
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) <sup>6</sup>	Criada em 1997 de forma totalmente vinculada a saúde e posteriormente também dirigida parcialmente para a Previdência Social
Impostos Gerais da União	Foi previsto o ingresso dos recursos que se fizeram necessários, provenientes dessa fonte; entretanto sua participação no OSS é irrisória

Fonte: Porto & Ugá 2008

Ainda para as supracitadas autoras segundo lei complementar o Orçamento da Seguridade Social deveria destinar 30% para o setor saúde. Contudo isto não tem sido celebrado. Desde 2000 o OSS tem destinado a saúde 17% de seu orçamento para a saúde e cerca de 5% da despesa efetiva federal (PORTO&UGÁ, 2008 apud UGÁ&MARQUES, 2005)

Na perspectiva de Mendes & Marques (1999), durante esses anos, houve praticamente uma especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Finsocial para a saúde, da contribuição sobre Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa prática tornou-se rapidamente muito dispendiosa para a saúde.

<sup>6</sup> A CPMF foi extinta em 2007



Após uma breve explanação sobre o Orçamento da Seguridade Social nos aproximaremos agora as fontes de financiamento pública do setor saúde.

## **1.2. FONTES DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

A estruturação das três esferas do governo no que diz respeito às fontes de financiamento do setor público de saúde se dá mediante arrecadação de impostos e contribuições em cada nível de gestão, conforme aponta o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 322 de 8 de maio de 2003.

Segundo Porto & Ugá (2008) as principais Fontes de Receita para o gasto em saúde da União são oriundos da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (CONFINS); Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); Recursos Ordinários e Recursos diretamente arrecadados.

No que tange a receita para os gastos em saúde dos Estados os principais impostos são Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de quaisquer Bens ou Direitos (ITCMD)

Quanto a receita de impostos municipais estas são compostas pelo Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); Imposto de Transferência de Bens Interativos (ITBI) e Imposto sobre Serviços (ISS)

As receitas de impostos transferidas pela União aos estados se referem ao Fundo de Participação dos Estados (FPE); Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);

Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação (IPI) e Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)<sup>7</sup> que se refere ao ICMS (Exportação)

As receitas de impostos transferidos pela União aos municípios se remetem ao Imposto Territorial Rural (ITR); Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); ICMS, IPVA, IPI Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir).

Por fim as transferências financeiras constitucionais e legais dos municípios são o ICMS (25%); IPVA (50%); IPI Exportação (25%), ICMS Exportação – Lei Kandir (25%).

De acordo com dados de Médice (2009), em 2002, por exemplo, os gastos federais de saúde tiveram como fontes de recursos a CPMF, com 41%, a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) com 26%, a Contribuição para o Financiamento do Investimento Social (COFINS) com 15% e outras fontes orçamentárias, com 18%. No que se refere aos níveis de gestão descentralizados, as principais fontes de financiamento próprio da saúde nos Estados são o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e as transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE). Em 2002 elas correspondiam a 67% e 18%, respectivamente das fontes estaduais que financiaram o setor saúde. No caso dos Municípios, as principais fontes de financiamento são igualmente o ICMS, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Imposto sobre Serviços (ISS), os quais respondiam em 2002 por 41%, 30% e 12% do financiamento dos gastos municipais com saúde, respectivamente.

Cabe ressaltar que a CPMF criada em 1996, com fins exclusivos para custeio do setor saúde, em sua prática a arrecadação não destinava-se exclusivamente ao financiamento do SUS, sendo desviada para outros setores do governo. Em 2007, o Congresso Nacional extinguiu essa contribuição, o que levou a um rearranjo das fontes de financiamento da saúde para os anos mais recentes. Algumas medidas para

---

<sup>7</sup> Lei Complementar n. 87 de 13 de setembro de 1996 - Lei Kandir – Dispõe sobre o imposto dos estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação e serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicações, e dá outras providências

contrabalançar as perdas financeiras, como o aumento das alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras e da CSLL, associadas ao desempenho econômico favorável do país, fizeram com que em 2008 os recursos para a saúde fossem superiores aos recursos alocados em 2007, mas aparentemente o Ministério da Saúde ainda busca negociar com as autoridades econômicas a criação de uma fonte substitutiva para cobrir eventuais insuficiências estruturais no financiamento da saúde. (Médici, 2009)

Os municípios como principais executores das políticas de saúde, têm aumentado a cada ano sua participação nos gastos com saúde, seguido, também, da crescente contribuição dos Estados. Ao passo que, os recursos de transferência federal foram ficando cada vez mais escassos, caracterizando um certo desfinanciamento da União em relação aos Estados e Municípios na sustentabilidade das políticas públicas de saúde, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 1 - Participação percentual no gasto com saúde: União, Estados e Municípios no período de 1980 à 2011

	<i>Ano</i>	<i>União</i>	<i>Estados</i>	<i>Municípios</i>	<i>Estados + Municípios</i>
*	1980	75,0	17,8	7,2	25,0
*	1985	71,7	18,9	9,5	28,4
*	1990	72,7	15,4	11,8	27,2
**	1995	63,8	18,8	17,4	36,2
***	2000	59,7	18,5	21,7	40,3
***	2001	56,2	20,7	23,2	43,8
***	2002	53,1	21,6	25,2	46,9
***	2003	50,6	22,4	27,0	49,4
***	2004	49,6	24,8	25,7	50,4
***	2005	49,8	25,5	24,7	50,2
***	2006	49,3	26,1	24,6	50,7
***	2007	46,9	25,7	27,2	52,9
***	2008	47,1	25,9	26,9	52,8
***	2009	45,6	26,7	27,5	54,2
***	2010	45,0	27,0	28,0	55,0
***	2011	47,0	26,0	27,0	53,0

\* Despesas totais com saúde

\*\* Gasto público com saúde, excluindo-se inativos e dívida e acrescentando-se gastos com saúde, exceto os destinados a servidores públicos de outros órgãos federais

\*\*\* Ações e serviços públicos de saúde

Fonte: SIOPS / Relatórios STN, retirado de Carvalho (2012)

Com vistas à sustentabilidade financeira do setor saúde, em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que tem como principal objetivo, vincular percentuais mínimos de recursos para as três esferas do governo, no intuito de garantir o financiamento do SUS. Nesse próximo tópico, faremos uma explanação da proposta da EC 29, no que diz respeito à parcela de vinculação de recursos pelos entes federados, bem como a descrição de quais são as ações e serviços que devem ser financiadas com recursos da saúde. Em 2012 a EC 29 foi aprovada causando polêmicas na formatação da vinculação dos recursos da União.

### **1.3. EMENDA CONSTITUCIONAL 29 E LEI COMPLEMENTAR 141: VINCULAÇÃO DE RECURSOS E GASTOS COM SAÚDE**

A instabilidade financeira no SUS sempre foi alvo de preocupação da gestão do sistema. A necessidade de haver uma fonte de financiamento mais segura para saúde, implicando também os municípios e o Estado, favoreceu o debate da Emenda Constitucional 29 (EC 29), projeto de Lei que ficou 11 anos no Congresso Nacional para ser votado. A questão que mais tem provocado embates entre o governo e o congresso diz respeito à participação da União no financiamento da saúde. De um lado o governo federal propõe o financiamento vinculado a percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), de outro lado em contraponto, a proposta do projeto de lei complementar defende a fixação de um percentual de recursos atrelado a União.

A EC 29 de 2000 estabeleceu percentuais progressivos de participação dos Estados e Municípios no investimento em saúde, conforme demonstrado na tabela abaixo. Porém, a união foi excluída de alocar percentuais das receitas arrecadadas, ficando sob sua responsabilidade assegurar alocação dos recursos correspondentes ao valor empenhado no ano anterior acrescentando o percentual de variação nominal do PIB.

Enquanto a EC 29 não fosse regulamentada ficaria determinado que os Estados e Municípios deveriam cumprir com esses percentuais de arrecadação de suas receitas para subsidiar financeiramente o setor saúde. Na análise de Faveret,

A vinculação de receita advinda da EC 29, garante que os estados e municípios venham a se colocar em um mesmo ponto de partida no que tange ao gasto com saúde e, com isso, tenham a possibilidade de ter maior autonomia na forma de executar o gasto, definindo seus modelos assistenciais próprios. Por outro lado, é importante ressaltar que a intensa e extensa normatização levada a cabo pelo Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que engessa a atuação de estados e municípios, permite em boa parte a superação de uma série de dificuldades organizativas enfrentadas pelos gestores subnacionais (Faveret, 2003 p.377)

O projeto de lei complementar indica a confirmação dos montantes estaduais e municipais (12% e 15% nos respectivos orçamentos fiscais) e a mudança radical do paradigma federal: a União aplicará em saúde o equivalente a 10% da RCB (Receita Corrente Bruta). Esse foi o teor aprovado no Senado e encaminhado à Câmara após acordo de transitoriedade, com aplicações escalonadas, conforme demonstra tabela abaixo (Carvalho & Medeiros, 2008)

Tabela 2 – Estimativa do percentual de arrecadação da União

<i>Ano</i>	<i>Montante estimado da RCB (R\$ bi)</i>	<i>Percentual escalonado</i>	<i>Montante saúde (R\$ bi)</i>
2008	709	8,5%	60
2009	780	9%	70
2010	858	9,5%	81,5
2011	944	10%	94,4

Fonte: Estudos Gilson Carvalho, retirado de Carvalho & Medeiros, 2008

Obs.: Receita de 2008 aprovada pelo Congresso e dos anos seguintes estimada com crescimento de 10% ao ano

O embate político de correntes econômicas do governo, contrárias à vinculação de recursos orçamentários para saúde, forjou uma luta acirrada de forças no Congresso Nacional dificultando o processo de regulamentação da EC 29. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ressalta que essa regulamentação só seria aprovada se fosse feito um amplo movimento de mobilização social pelo SUS que pudesse chegar ao interior do Congresso Nacional. Como parte da história da construção do SUS, os movimentos sociais são atores de suma importância, na mobilização, implementação e fortalecimento do sistema de saúde público brasileiro.

Foram 11 anos de embates no congresso, sendo aprovado em janeiro de 2012 a EC 29 e sancionada a Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012. O ponto nevrálgico do debate correspondente ao recurso que seria alocado pela União foi aprovado no Art. 5º da Lei nº 141 que se refere a:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (Brasil, 2012)

Apesar da intensa mobilização organizada por militantes da saúde pública, a exemplo da Primavera da Saúde<sup>8</sup>, que lutou pela ampliação de recursos para a saúde defendendo o percentual mínimo de 10% de recursos da União no financiamento da Saúde, o governo conseguiu aprovar a Lei sem considerar a vinculação desse percentual. A EC 29 deveria regulamentar o recurso da União já que os Estados e Municípios já investem o que era previsto em seus percentuais (12% e 15%) respectivamente. Na análise de Carvalho (2012)

---

<sup>8</sup> A Primavera da Saúde foi um movimento de luta de frente ampla e suprapartidária, engajado por militantes e defensores da saúde pública no Brasil, acionado pelas redes sociais que iniciou na primavera de 2011 e tinha como principal bandeira o debate sobre o financiamento do SUS através da regulamentação da Emenda Constitucional 29. O movimento compreende que o subfinanciamento do SUS se traduz em um dos principais entraves à consolidação do sistema público de saúde

Houve um golpe de mestre do governo na aprovação da EC-29 onde manteve-se o baixo investimento federal em saúde. Lamentavelmente, mesmo sob protestos os quantitativos da união, como percentual do PIB permaneceu. Perdeu-se mais uma grande batalha e o que tem que se conseguir, é voltar a fazer as mesmas propostas dos últimos anos, cuja essência era garantir no mínimo 10% da receita corrente bruta para a saúde. É evidente um desfinanciamento federal sequencial, agravado e comprovado! Cada vez menos dinheiro federal e mais responsabilização de estados e principalmente de municípios que acabaram “obrigados a fazê-lo” por pressão popular. (Carvalho, 2012 p.5)

Afora as questões relacionadas ao montante de recursos financeiros destinados ao sistema público de saúde, outro aspecto de grande relevância e que é basilar para os investimentos no setor, diz respeito à definição do que é gasto em saúde. Esta definição inclusive perpassa também pelas ações em saúde mental que iremos discutir nos capítulos subsequentes. Na EC 29, não havia sido especificado o entendimento do que seria gasto com saúde. Uma das preocupações do PLP 306/2008 está em definir o que são gastos com ações e serviços de saúde, conforme apontam o art. 18 e 19 do referido projeto. Já a Lei Complementar 141/2012 define o que é considerado como despesas das ações e serviços públicos de saúde que mantém basicamente o que foi apontado no projeto de lei.

Dentre outros requisitos poderá conter como gastos em saúde ações do tipo: vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médicoodontológicos; saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador; saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; manejo

ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Por outro lado os gastos que não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde são: pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS; saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; limpeza urbana e remoção de resíduos; preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; ações de assistência social; obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida pela Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

A indefinição do que seja ações e serviços de saúde levava à introdução nos orçamentos públicos uma série de gastos dos cofres da saúde que são questionáveis, como por exemplo, gastos com saneamento, pagamento de dívidas contraídas para financiamento de ações de saúde, pagamento de aposentados e pensionistas da saúde, dentre outros. O Ministério da Saúde vinha utilizando recursos destinados à saúde para custeio do Programa Fome Zero. Em 2006, com base nas determinações da EC 29, o governo federal expurgou as despesas desse programa, que em parte eram indevidamente inseridas na programação da Saúde. Com a destinação correta, houve aplicação de recursos em despesas realmente vinculadas às ações de saúde, que apresentaram aumento de R\$ 6,2 bilhões, equivalente a 18% da programação assistencial do Bolsa Família, que integra o Fome Zero (DAIN, 2007).



As indefinições do que seriam gastos com saúde, levava ao escoamento dos recursos, que deveriam ser empregados na saúde, para outros setores do governo. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS.

#### **1.4. FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FEDERAIS DO SUS**

Dando continuidade ao entendimento da lógica de financiamento do SUS, partimos agora, após a etapa de arrecadação de recursos, segundo fontes de financiamento e vinculações da EC 29, para as relações que se estabelecem com o fluxo de transferência de recursos do Ministério da Saúde entre os governos subnacionais (Estados e Municípios). Nesse momento, nos deteremos na seguinte questão: como o Ministério da Saúde transfere os recursos financeiros das ações e serviços de saúde para os estados e municípios? Trata-se aqui de uma das diretrizes do SUS: a descentralização.

A descentralização no SUS está relacionada à distribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. A assistência e prestação de serviços de saúde quando descentralizados, deverá prevê maior capacidade de gestão e qualidade nos serviços ao garantir também a proximidade do controle e fiscalização dos cuidados por parte dos cidadãos. Quanto mais perto estiver o poder decisório, a nível municipal, mais possibilidade de uma gestão e assistência eficaz.

A legislação que instituiu o SUS, definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os estados e municípios. A Lei 8.142/90 deliberou que a união deverá repassar os recursos de forma regular e automática para os Estados, Municípios e Distrito Federal. De acordo com a legislação, para que as esferas subnacionais estivessem aptas a receberem recursos oriundos do Ministério da Saúde, deveriam contar minimamente com os seguintes dispositivos de gestão: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de Elaboração do Plano de

Carreira, Cargos e Salários (PCCS). No entanto, nem todos os municípios cumpriram com as recomendações legais, uma vez que o PCCS não foi regulamentado de forma abrangente a nível nacional.

Atualmente, o modelo de financiamento do SUS vem passando por uma fase de transição, do antigo modelo de financiamento fragmentado em programas e ações/procedimentos de saúde, para um novo modelo de gestão que prevê a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde por intermédio de cinco blocos de financiamento, a saber: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. Essa nova modalidade de gestão financeira do SUS está sendo aderida gradativamente pelos Estados e Municípios mediante termo de adesão ao Pacto pela Saúde. Deixarei para o final desse capítulo, discutir a proposta do Pacto, por ora, me deterei a seguir o percurso de estruturação do financiamento, que foi se constituindo na organização do sistema.

De acordo com o Manual de Gestão Financeira do SUS (2003), são três as principais formas de transferência de recursos que o Ministério da Saúde aloca, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e direciona aos estados e municípios:

1. Transferência Fundo a Fundo → caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão do sistema, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros. São transferidos, também, nessa modalidade recursos destinados a outras ações realizadas por estados e municípios, ainda que não habilitados em qualquer condição de gestão. Os recursos transferidos fundo a fundo financiam as ações e serviços de saúde da:
  - a) atenção básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e dos municípios não habilitados, quando realizadas por estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual;

- b) assistência de média e alta complexidade realizada por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual

As condições de gestão do sistema, tanto para os municípios quanto para os estados, estão relacionadas com a responsabilidade de gestão da saúde da população. Para os municípios que são habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, estão sob sua responsabilidade gerir a atenção básica. Nesse caso, o município recebe diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), apenas recursos da atenção básica, Piso da Atenção Básica (PAB), os demais recursos advindos da produção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, são transferidos mediante apresentação da produção de prestação de serviços informada pelo Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH e SIA), não se configurando como transferência fundo a fundo, mas transferência mediante remuneração de serviços produzidos, o que veremos no tópico abaixo. Quanto aos municípios que são habilitados em Gestão Plena do Sistema, estes recebem mensalmente todo o recurso do FNS para o FMS, de acordo com os valores estabelecidos pelo teto financeiro municipal. Nesse nível de habilitação, o município não recebe recursos mediante apresentação de informação de produção de procedimentos.

- 2. Remuneração por serviços produzidos → modalidade de transferência caracterizada pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), contemplando ações de assistência de alta e médica complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios. O pagamento é realizado mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIH e SIA. Trata-se de uma modalidade de transferência baseada na produção de procedimentos.
- 3. Convênios → são celebrados com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais, entidades filantrópicas, organizações

não governamentais, interessados em financiamentos de projetos específicos na área da saúde. Objetivam a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão concedente (ou transferidor) e do conveniente (recebedor). No campo da saúde mental, especificamente no município do Rio de Janeiro, teve-se durante razoável período de tempo, celebração de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Franco Basaglia, com o intuito de gerir em parceria com a Coordenação Municipal de Saúde Mental a rede de saúde mental do município. Mais adiante, veremos como essa modalidade de transferência de recursos financeiros, é utilizada em alguns dispositivos da rede substitutiva de saúde mental, com ênfase principalmente nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Apesar de não se tratar de um convênio entre o Ministério da Saúde e uma Organização não Governamental, como venho abordando nesse tópico, considero que vale a pena ressaltar essa modalidade de transferência de recursos, como forma de exemplificar e iniciar uma proximidade da discussão ao campo da saúde mental. Nessa modalidade de transferência o repasse dos recursos é realizado de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte do Plano de Trabalho e com a disponibilidade financeira do concedente. Os recursos repassados dessa forma devem ser utilizados para o pagamento de despesas correntes e de despesa de capital.

Apesar da lei do SUS ter sido datada em 1990, as transferências fundo a fundo tiveram início apenas em 1994 com o advento das Normas Operacionais Básicas (NOB93 e NOB/96). Os recursos transferidos deveriam ser destinados ao investimento na rede de serviços, ampliação da cobertura assistencial e hospitalar e demais ações e serviços de saúde. A tabela abaixo demonstra o percentual de participação dos recursos federais de acordo com a modalidade de transferência financeira do Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Participação percentual dos recursos federais do SUS para as ações e serviços de saúde segundo grupos de despesa, Brasil – 1998 a junho de 2004

<i>Grupo de despesa</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Remuneração por serviço produzido	55,3	45,9	39,0	33,3	30,8	19,5	3,9
Transferências - média e alta complexidade	29,0	32,8	36,4	40,6	40,0	47,6	61,9
Transferências - atenção básica	15,7	21,3	24,6	25,1	25,4	25,8	25,0
Transferências do PAB fixo e PAB-Variável	13,3	15,5	14,0	12,2	11,3	11,0	11,5
Transferências – ações estratégicas (FAEC)	-	0,0	0,0	0,9	3,9	7,1	8,3
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Lima, 2007

Na tabela acima apresentada, os grupos de despesas dizem respeito às principais modalidades de pagamento/transferência de recursos do Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como também aos prestadores de serviços (estabelecimentos de saúde) privados ou filantrópicos contratados pelo SUS. Como discorremos anteriormente, a remuneração por serviços produzidos está vinculada ao faturamento hospitalar e ambulatorial registrados no SIH e SIA, de acordo com a tabela de procedimentos do SUS. Os procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) da tabela do SUS são transferidos para os municípios e estados conforme valor estipulado nos tetos financeiros. Na saúde mental, podemos exemplificar como procedimento MAC, o pagamento das APAC's (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) dos SRT's (Serviços Residenciais Terapêuticos) que forma realizados até 2011. Esse procedimento é descrito na tabela como 3804101 – Acompanhamento Paciente Residência Terapêutica em Saúde Mental. Quanto aos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, podemos citar no campo da saúde mental alguns como: 63001209 - Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia; 63001101 - Tratamento em Psiquiatria em Hospital Geral; 63001489 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I, etc.

Em relação aos procedimentos da atenção básica, todos os municípios recebem recursos transferidos do gestor federal para custeio dos procedimentos básicos. Como exemplos de procedimentos dessa cesta podemos citar: 0701230 - Consulta Psiquiátrica; 0702105 – Terapia em Grupo; 0702106 - Terapia Individual, etc. Adiante descreveremos mais detalhadamente as ações e serviços da atenção básica.

Ainda em relação à atenção básica, temos o Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) que se refere às transferências do Ministério da Saúde aos programas prioritários da atenção básica, a exemplo do PSF e PACS. Somente os municípios que aderem a estes programas receberão incentivos para custeio dessas ações.

Quanto aos procedimentos de alta complexidade, também integrantes do rol de programas estratégicos do Ministério da Saúde, as transferências financeiras são alocadas no FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) que se destina ao pagamento de ações e serviços de programas prioritários de alta complexidade do gestor federal. Importante salientar, que os recursos para custeio desses programas são extra-teto, ou seja, para além do que é programado no teto de média e alta complexidade. Os municípios conforme adesão, receberão recursos extras do que foi programado para custear procedimentos dos programas estratégicos. Na saúde mental, tínhamos como exemplo dessa modalidade de alocação de recursos, as APAC's (Autorização de Procedimentos de Alto Complexidade) produzidas nos CAPS.

Nota-se, na tabela 4, que a remuneração por serviços produzidos apresenta um comportamento decrescente durante os anos de 1998 a 2004, ao passo que os recursos provenientes de procedimentos de média e alta complexidade, bem como procedimentos de ações estratégicas do Ministério da Saúde FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações, se mostra com uma curva ascendente se visualizarmos o comportamento do gasto por meio de gráficos. Esses são procedimentos melhor remunerados pela tabela SUS. Os procedimentos de remuneração dos CAPS foram, até 2011, inseridos no FAEC, como parte dos programas estratégicos do Ministério da Saúde. Já os recursos destinados a atenção básica e ao PAB fixo e variável percebemos uma mudança inexpressiva na variação das transferências.

A alocação de recursos permanece em parte, vinculada a lógica da oferta, à capacidade instalada existente e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, mantendo assim a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas, com maior concentração de estabelecimentos de saúde (Ministério da Saúde, 2002). Esse mecanismo de financiar a capacidade instalada nem sempre é compatível com as necessidades da população, uma vez que os municípios com maior capacidade tendem a

angariar mais recursos em detrimento de municípios com menor disponibilidade de equipamentos implantados na rede sanitária.

Ao contrário da alocação de recursos por capacidade instalada, pesquisadores da área da economia da saúde tem se dedicado ao estudo da equidade na redistribuição de recursos. Para Porto (1997) a equidade é compreendida como o *princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas*. Seguindo essa lógica, a distribuição financeira de recursos não mais estaria pautada no quantitativo de serviços de saúde existentes que, ao prover assistência, gera um gasto de realização de procedimentos de saúde a serem remunerados. Pela lógica da equidade, os recursos deveriam ser distribuídos por necessidades populacionais, levando em consideração variáveis demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, e não pela capacidade de equipamentos de saúde instalados nos estados e municípios.

Tanto as transferências de recursos federais quanto os gastos estaduais e municipais em saúde se baseiam na lógica de remuneração de recursos por atos ou procedimentos. A capacidade de gerar atos ou procedimentos médicos depende da capacidade instalada e não das necessidades de saúde. Assim funciona a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e o financiamento das ações ambulatoriais. Somente os recursos para atenção básica têm buscado romper esta lógica de repasse financeiro, passando os recursos a serem transferidos de acordo com processo de programação e necessidades pactuadas. Essa modalidade de alocação de recursos é caracterizada como pré-pagamento, não está atrelada ao quantitativo de procedimentos produzidos para posterior fatura de remuneração (MÉDICI, 2009)

No que diz respeito ao progressivo aumento das transferências federais para os estados e municípios, é importante observar o fato de que o desenvolvimento desses mecanismos de financiamento, principalmente a transferência fundo a fundo, contribuiu para um forte poder da União na direcionalidade de políticas e programas a nível nacional, na tentativa de aumentar seu poder indutor e regulador do sistema. Na análise de Lima (2007),

Esses instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. A prática de vinculação de recursos federais suscita polêmica no que diz respeito a delimitação do poder da União versus o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local e comprometa a gestão orçamentária destas esferas sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto (Lima, 2007 p.519)

Essas questões levam ao debate de que o modelo de financiamento do Ministério da Saúde poderá agir como indutor na implantação de políticas e programas a nível nacional, ao direcionar incentivos financeiros aos municípios que aderirem aos programas prioritários do gestor federal. Reflexões essas, que proponho aprofundar nesse próximo tópico, ao nos debruçarmos sobre o tema do financiamento da macropolítica de saúde.

### **1.5. FINANCIAMENTO DA MACROPOLÍTICA: INCENTIVO FEDERAL À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

Ao pensar nos desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde<sup>9</sup>, Silva (2008) sugere uma classificação analítica a partir de três níveis: macro, meso e micro. O autor associa ao nível macro a implementação de políticas, ressaltando a necessidade de coerência entre as diretrizes utilizadas para sua implementação e as políticas do SUS. No nível meso o foco estaria voltado ao cotidiano da gestão em saúde e nas dificuldades para a consolidação da regionalização. Já o nível micro estaria relacionado aos desafios dos microespaços, nos quais os trabalhadores e usuários interagem na efetivação do cuidado à saúde.

---

<sup>9</sup> Aqui não estou me referindo a RAS (Rede de Atenção à Saúde) instituída a partir do Decreto de Lei 7.508 de 2011. Essa discussão será apresentada mais adiante com as novas diretrizes de organização do SUS



No decorrer dessa tese estaremos pautando o tema do macro e do micro. Convencionarei chamar de macropolítica, a categoria que permitirá considerar a implantação de políticas nacionais de saúde do SUS pelo Ministério da Saúde, tendo como analisador o financiamento; e micropolítica, o encontro dos trabalhadores entre si na direção da construção do mundo do trabalho (micropolítica do trabalho) e o encontro do trabalhador com o usuário na produção do cuidado (micropolítica do cuidado).

Neste momento nos deteremos ao tema da macropolítica dando continuidade ao debate do financiamento das políticas de saúde. Deixaremos o tema da micropolítica para ser melhor abordado no capítulo que iremos trabalhar questões relativas à clínica e ao cuidado na atenção psicossocial.

São vários os autores que ressaltam a indução do Ministério da Saúde, por intermédio do financiamento, na condução de políticas e programas de saúde a nível estadual e municipal (Barros, 2003; Levcovitz *et al*, 2001; Lima, 2007; Serra & Rodrigues, 2007; Dain, 2007; Faveret, 2003). A transferência regular e automática da União para os Estados e Municípios, via mecanismo fundo a fundo, tem possibilitado o poder de decisão do gestor federal na consolidação de políticas municipais. Tal condução termina por contrariar a diretriz constitucional de descentralização. Por conter maior parcela dos recursos de financiamento do sistema, o Ministério detém o controle das decisões importantes, feitas por meio de suas portarias administrativas.

As transferências intergovernamentais no âmbito do SUS são formas de financiamento relevantes para um número maior de municípios e estados, alocados por várias parcelas, entre as quais predominam os programas de atenção básica financiados pelo PAB (Piso de Atenção Básica) fixo e variável e nas ações estratégicas financiadas pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações), que em conjunto representam as transferências mais dinâmicas da última década, no campo das relações intergovernamentais em saúde. O repasse de recursos favorece os municípios que desenvolvem os diferentes programas. Nesse sentido, o instrumento fundo a fundo torna-se apenas um mecanismo contábil, reduzindo o governo local a mero receptor de recursos. Embora extremamente variados, os incentivos financeiros não obedecem a critérios voltados para corrigir a heterogeneidade na oferta de organização e investimento de redes de serviços (DAIN, 2007)

O Piso de Atenção Básica (PAB) compõe dois elementos: PAB Fixo e PAB Variável. Os recursos do PAB Fixo, são destinados ao custeio de ações da atenção básica referentes à: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimento básico por outros profissionais de nível superior e nível médio, visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF), vacinação, atividades educativas a grupos da comunidade, assistência pré-natal e parto domiciliar, atividade de planejamento familiar, pequenas cirurgias, atividades dos agentes comunitários de saúde e pronto atendimento de unidade básica de saúde. Essas ações de saúde são financiadas pelo Ministério da Saúde, através de transferência regular e automático, destinadas diretamente para os municípios, não sendo mais remunerado mediante produção de procedimentos, ou seja, pós-pagamento. Essa modalidade de transferência representa uma inovação no modelo de financiamento do gestor federal, ao desatrelar o recurso do pagamento da produção de procedimentos. O arranjo dessa modalidade de transferência é baseado no modelo *per capita*, onde foi estimado um valor *per capita* que varia entre R\$10,00 a R\$18,00. Esse valor é multiplicado pelo tamanho da população e transferido mensalmente de forma automática para os municípios. Todos os municípios brasileiros recebem em seus Fundos Municipais de Saúde, o montante de recursos, baseado no tamanho de sua população, para custeio de ações da atenção básica.

Também foram estabelecidas parcelas variáveis para financiar programas a que os municípios poderiam aderir voluntariamente, o que se convencionou chamar de PAB variável. No rol de programas que compõe o PAB variável estão: PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), PCCN (Programa de Combate às Carências Nutricionais), Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Municípios que aderiam a estes programas sugeridos pelo Ministério da Saúde são contemplados com mais recursos financeiros. Porém o acréscimo de valores estava condicionado ao cumprimento de regras e formas de operação definidas pelo gestor federal. Para Barros (2003) esse condicionamento

Acabou se convertendo em uma imposição de soluções de gestão, uma vez que, para os gestores, a única forma de ter acesso a recursos adicionais para melhorar a atenção à saúde em

seu âmbito de atuação era aceitar os modelos de organização definidos pelo Ministério da Saúde. As parcelas variáveis do PAB foram o primeiro movimento de restringir a autonomia dos gestores subnacionais.

Ao incentivo ao Programa de Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários – PACS, foi atribuído o objetivo de acelerar a reorientação do modelo de atenção a saúde, antes predominantemente direcionado a ações curativas, através de um adicional de recursos aos municípios que assegurassem serviços de atenção básica a populações de territórios definidos. (Barros, 2003, p.43 e 44)

A indução, por intermédio de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde, para adesão dos municípios aos programas prioritários do gestor federal, ressalta a força centralizadora na macropolítica na direcionalidade da condução do modelo assistencial.

Outro mecanismo que também induziu a adesão de programas do Ministério da Saúde foi o FAEC. Esse fundo destina-se ao financiamento de programas que são considerados estratégicos do gestor federal. Municípios que aderiam a programas que eram financiados pelo FAEC, tinham a possibilidade de receber recursos para além dos já estabelecidos em seus tetos municipais, por isso ser chamado de recurso extra-teto. Com efeito de complementação financeira, trata-se de recursos para remuneração de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC).

No campo da saúde mental, a partir de 2002, com a regulamentação das portarias 189/02 e 336/02, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) passaram a ser financiados pelo FAEC, passando o gestor municipal a receber recursos extra-teto para custeio da assistência de atenção psicossocial. Essa modalidade de alocação de recursos permitiu uma acelerada expansão de CAPS em todo território nacional, passando de 424 CAPS em 2002 para 1742 em 2011<sup>10</sup>.

Dados como estes de expansão de rede e das questões que refletimos sobre o PSF, leva-nos a idéia, juntamente com os autores aqui tratados, que na

---

<sup>10</sup> Dados do Ministério da Saúde – Saúde Mental em Dados de março de 2012

macropolítica o financiamento poderá agir como um forte instrumento indutor, do gestor federal, na condução e implantação de políticas e programas de saúde a nível nacional. Por outro lado, cabe-nos indagar se basta à expansão quantitativa dos programas e equipamentos de saúde, a exemplo do PSF e CAPS, para garantir o funcionamento de acordo com a concepção original desses dispositivos. Esses dois programas tiveram em suas bases a concepção da reversão do modelo assistencial, hospitalocêntrico e médico-hegemônico. Trabalhar com esses pressupostos diz respeito apenas aos fatores do financiamento da macropolítica ou teremos outras questões que necessitam serem desveladas quando pensamos na produção de vida e saúde dos usuários do SUS?

Pretendemos adentrar mais nessa discussão quando estivermos analisando o paradigma da clínica da atenção psicossocial, onde a micropolítica dos encontros na rede substitutiva de saúde mental, produz com o trabalho vivo em ato, das equipes de saúde, a lógica das práticas de cuidado nos dispositivos de atenção psicossocial.

Para darmos continuidade ao debate do financiamento no SUS, avançaremos agora na compreensão das modalidades de alocação de recursos aos prestadores de serviços, com isso, pretendemos analisar os principais modelos de formas de pagamento hoje utilizadas pelo SUS.

## **1.6. FORMAS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Em trabalho anterior desenvolvido no mestrado e publicado no livro *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*<sup>11</sup>, organizado por Paulo Amarante, trabalhei com o tema das modalidades de alocação de recursos aos prestadores de serviços e me dediquei a analisar a forma de alocação de recursos que o SUS destinava aos CAPS. Já nessa tese de doutorado, me proponho a ampliar o debate para além das

---

<sup>11</sup> AMARANTE, Paulo (Coord). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Nau Editora, Rio de Janeiro, 2005.

formas de remuneração dos serviços, como venho discutindo nesse capítulo. A proposta que aqui venho desenhando, caminha no sentido de angariar mais subsídios para que possamos compreender melhor a estruturação do sistema de financiamento do SUS. Com isso, considero ser uma contribuição que poderemos tirar bom proveito no campo da saúde mental, como forma de instrumentalizarmos melhor o nosso fazer gestão e a nossa clínica na rede de atenção psicossocial.

Embora ter sido um assunto tratado no mestrado, creio ser plausível resgatar em linhas gerais, as principais características das modalidades de alocação de recursos aos prestadores de serviços do SUS. Sendo assim, retomarei os pontos que avalio serem mais importantes para compor esse mapeamento que venho construindo, com vistas a dar visibilidade a organização do financiamento da saúde pública brasileira.

As formas de alocação de recursos aos serviços de saúde referem-se às diferentes maneiras de proceder à transferência do recurso financeiro do órgão financiador aos estabelecimentos de saúde, com o objetivo de custear os serviços que foram ou que serão desenvolvidos no atendimento ao usuário.

Para classificar os sistemas de alocação de recursos, seguimos a metodologia proposta por Ugá (1992; 1994), segundo a qual as características relevantes desses sistemas são sistematizáveis em duas categorias: *ex-ante* e *ex-post*. O momento de alocação *ex-ante* se dá quando o recurso é alocado previamente à prestação do serviço, que chama-se também de pré-pagamento; enquanto que na categoria *ex-post* o recurso é alocado posteriormente à prestação do serviço, como pós-pagamento. De acordo com Ugá (op. cit.), nos casos do método de pré-pagamento, encontramos tanto o sistema de repasse por orçamento global quanto por capitação. Em ambos os casos, o volume de recursos é alocado de acordo com a capacidade instalada e/ou cobertura do serviço. Assim, as transferências financeiras não estão atreladas à quantidade de serviços efetivamente prestados pela unidade, mas à sua capacidade de produção e à responsabilidade assumida pela clientela adscrita. Já o pós-pagamento se apresenta nas modalidades de remuneração por diária hospitalar, por ato médico e por procedimento. Em tais circunstâncias, a alocação de recursos vincula-se diretamente à quantidade de serviços prestados pelas diversas unidades de assistência, configurando-se uma relação

de compra e venda de serviços, posto que a transferência financeira só é realizada após a efetivação do serviço.

O SUS adota, preponderantemente, o método de pagamento prospectivo por procedimento. As bases para o cálculo do pagamento são a tabela de procedimentos do SUS, além dos sistemas de informação SIH e SIA (Sistema de Informação Hospitalar e Sistema de Informação Ambulatorial), nos quais os valores unitários são estabelecidos previamente. A seguir, visitaremos os principais métodos de alocação de recursos aos estabelecimentos de saúde.

#### Orçamento Global:

O sistema de alocação de recursos por orçamento global consiste “em repasses periódicos de um montante anual de recursos, definido através de programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o órgão financiador” (Ugá, 1994 p.77).

O orçamento-programa é realizado através de um estudo anual da produção esperada (tipo de serviço), levando em conta a quantidade necessária de insumos a serem utilizados, bem como as horas de trabalho dos profissionais a serem empregadas no serviço. De posse dessa descrição, são atribuídos valores monetários, baseados nos preços vigentes do ano corrente em que foi elaborado o orçamento. Por fim, o orçamento-programa é corrigido de acordo com a taxa de inflação estimada para o ano base da programação. Geralmente, o valor orçado corresponde ao período de um ano, dividindo-o em frações de 12 meses, sendo assim repassado um valor mensalmente para a unidade de serviço.

A eficiência deste método pressupõe a existência de um sistema de controle e avaliação com vistas ao acompanhamento de metas e indicadores pré-estabelecidos pactuadas entre o serviço e o órgão financiador. Um exemplo emblemático e bem sucedido desse modelo de alocação de recursos é a *co-gestão*. Na

saúde mental, temos o caso de co-gestão entre o Serviço de Saúde Cândido Ferreira e a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. A Prefeitura de Campinas-SP, através da SMS, pactuou um orçamento juntamente com o prestador de serviço no sentido do mesmo se co-responsabilizar com a assistência e constituição do cuidado na rede substitutiva de saúde mental do município. Operacionalmente o prestador de serviço recebe mensalmente um montante de recursos transferidos do Fundo Municipal de Saúde de Campinas para o Cândido Ferreira, se configurando assim na modalidade de repasse *ex-ante*, pré-pagamento. Esse recurso é destinado ao custeio das ações de saúde mental do serviço, e não é atrelado ao quantitativo da produção de procedimentos (APACs / AIH / consultas ambulatoriais, etc) realizadas pelo prestador. Importante ressaltar que esse tipo de programação orçamentária deverá ser periodicamente (anualmente) reavaliada, para que não haja um sub-financiamento ou um super-financiamento. Quer dizer, o órgão financiador poderá repassar recursos financeiros inferior a capacidade de produção do serviço, gerando assim um déficit no balanço financeiro do prestador. Ao contrário, também poderá haver um super-financiamento, ou seja, a transferência de recursos poderá ser superior a capacidade de produção do prestador.

#### Per Capita:

Nesse sistema, a forma pela qual os recursos são destinados, dar-se-á pela existência de um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população à qual está vinculado um determinado serviço. De acordo com Ugá (1994, p.78), “o valor é definido através de um instrumento de cálculo atuarial, com base nas probabilidades de que a população, subdividida por sexo e idade, utilize os serviços médico-assistenciais. Assim o valor *per capita* leva em consideração a probabilidade de utilização e o custo médio de cada serviço de saúde; por sua vez, o repasse a ser efetuado a cada unidade equivale ao produto desse valor multiplicado pelo tamanho da população a ela adscrita”. Desta feita, cabe destacar que este é um método de repasse financeiro pautado na cobertura populacional. Sendo assim, esse sistema baseia-se: (i) na adscrição da

clientela, e; (ii) na estimativa de um cálculo do valor *per capita* que corresponda minimamente a um cálculo atuarial ajustado as probabilidades de adoecimento. Esse é o modelo de alocação de recursos que havíamos ressaltado anteriormente, quando descrevemos a forma de transferência do Ministério da Saúde através do PAB.

De acordo com as considerações de Médici (2002, p.61), este método “é consistente com a definição de saúde como produto final do processo de atenção sanitária”. É neste sentido que se procura atingir os objetivos desse método, demandando que os serviços de saúde sejam responsáveis com a prevenção e promoção da saúde de sua população adscrita. Esse sistema de alocação de recursos se assemelha aos princípios de regionalização, hierarquização, responsabilização pela atenção a saúde da população, princípios tão defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

A proposta desse modelo rompe com a lógica que tem sido identificada como de *comercialização da saúde* ou de *remuneração da doença*. De acordo com esse sistema de repasse, o município não recebe apenas recursos financeiros para pagar procedimentos vinculados à doença, mas, em seu teto financeiro, passa a receber recursos para promover ações básicas de promoção de saúde da população.

Dentre as vantagens do método de repasse financeiro *ex-ante*, há maior possibilidade dos serviços sanitários exercerem a tomada de responsabilidade, com nítidos benefícios para a comunidade, propiciando maior continuidade do tratamento, maiores possibilidades de ações preventivas e promocionais da saúde. Uma outra vantagem, é que esse método possibilita ao prestador de serviço uma maior autonomia gerencial no uso dos recursos financeiros, permitindo a desvinculação do modelo assistencial da venda de procedimentos médico-assistenciais.

#### Diária Hospitalar:

Esse sistema corresponde ao número de diárias hospitalares realizadas no mês, multiplicado pelo valor atribuído a cada diária. Leva-se em consideração o tempo



de permanência do paciente no hospital e, ao final, dada a alta hospitalar, o custo do paciente refere-se aos dias em que o mesmo permaneceu internado, multiplicado pelo valor correspondente à diária.

A diária refere-se a um pacote ou cesta de itens de serviços e insumos que o hospital oferece ao paciente por dia. Essa cesta envolve todos os serviços que são prestados pela instituição sanitária (serviços médicos, de enfermagem, exames diagnósticos, consultas, hotelaria, etc.).

Um dos incentivos que esse tipo de sistema de repasse financeiro proporciona refere-se à prolongação desnecessária do tempo de permanência dos pacientes internados. Um típico exemplo desse aumento do tempo de permanência é verificado nas prolongadas internações psiquiátricas. Esse fato se torna ainda mais visível nos hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, onde o custo médio da internação é bastante inferior ao valor pago pela diária da AIH.

#### Unidade de Serviço – US:

O pagamento por *unidade de serviço*, também conhecido como *ato médico*, é bastante tradicional e conhecido em diversos países, estando ligado fundamentalmente à medicina privada.

Esse tipo de pagamento faz alusão à remuneração unitária de cada intervenção médico-assistencial que, ao final e em conjunto com outras intervenções, irá resultar no tratamento. Por isso, é denominado também de *pagamento itemizado*, por se reportar a cada item individualizado. O repasse financeiro à unidade prestadora de serviço é calculado pelo somatório de cada serviço/insumo que compõe o tratamento (exames, medicamentos, curativos, anestesia, alimentação, etc.) chamados de serviços intermediários.

No Brasil, esse sistema foi utilizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o instrumento da GIH (Guia de Internação Hospitalar), que é a antecessora da AIH, para o pagamento dos hospitais privados conveniados. Ao final da internação, os hospitais apresentavam a fatura ao INAMPS, na qual estavam listados todos os itens (serviços e insumos), denominados de Unidades de Serviços (US) que teriam sido utilizados no tratamento hospitalar. Esse método tendia a estimular uma série de distorções, tais como a utilização desnecessária ou excessiva de atos, com vistas a gerar um maior faturamento; isto, conseqüentemente aumentava a possibilidade de corrupção e colocava em risco o bem estar do paciente em detrimento do superfaturamento. Carlos Gentile de Mello, médico-sanitarista, e um dos maiores críticos desse sistema considerava que o “pagamento por unidade de serviço” era “indissociável da privatização”, e se constituía “comprovadamente, um fator incontrolável de corrupção” (Mello, 1977, p.13).

#### Prospectivo por Procedimento:

Pode-se considerar que o sistema de pagamento prospectivo por procedimento demarca um avanço do sistema descrito anteriormente (unidade de serviço). Neste caso, não se remunera mais o somatório de itens (serviços/insumos) utilizados individualmente; o pagamento para esse sistema é realizado vinculado diretamente a um determinado diagnóstico, o que vem a ser denominado de procedimento.

O pagamento efetuado nesse sistema é realizado de acordo com a quantidade e o tipo de procedimentos previamente executados pelo serviço de saúde. Após um período acordado (geralmente um mês) o órgão financiador repassa ao prestador um volume de recursos que corresponde ao somatório do valor unitário de cada procedimento, multiplicado pela quantidade efetuada naquele período.

O sistema de pagamento prospectivo por procedimento, foi incorporado, em 1983, através do SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social) e era utilizado apenas para pagamentos ao setor privado contratado pelo INAMPS - Instituto Nacional de Medicina da Previdência Social (Ugá, 1994.). No início dos anos 90, com a NOB 91 (Norma Operacional Básica de 1991), esse modelo de repasse financeiro foi introduzido ao setor público de saúde, para os serviços hospitalares e ambulatoriais, através do Sistema de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH/SUS e SIA/SUS). Esse é o sistema preponderante de alocação de recursos utilizado no Brasil, tanto para pagamento da rede conveniada com o SUS, quanto para o repasse de recursos às secretarias municipais e estaduais para financiamento de ações de média e alta complexidade.

Essa lógica de pagamento propicia um processo de mercantilização da saúde, associando o tratamento de saúde a lógica de mercado, como saliente Ugá,

O sistema de pagamento prospectivo por procedimento transforma o produto sanitário (seja ele prestado por unidades públicas ou privadas) numa mercadoria, colocada no mercado de serviços de saúde (competitivo ou não, segundo cada estrutura local). Nesse sentido, é perfeitamente concebível que, através deste sistema de repasses financeiros, a unidade assistencial se comporte como uma firma, cujas decisões alocativas e de produção são determinadas pelo mark up esperado a partir de cada tipo de produto. (Ugá, 1994, p. 86)

A partir da adoção deste sistema, o setor público parece ter sido seduzido pela lógica privatizante. A promoção de saúde parece não encontrar espaço e o faturamento vincula-se à noção de doença e não de saúde. A aplicação dessa lógica no campo da saúde mental dificultaria as ações de integralidade com diversos setores, e não apenas com o setor saúde: essas ações, pressupondo a interação com diversos segmentos da sociedade (escola, igreja, associação de bairro, clubes de lazer etc), implicariam dificuldades para a geração de faturamento.

Militante do movimento de Reforma Sanitária e um dos grandes pensadores na concepção do SUS, Sergio Arouca (2002) relata com indignação consequências desse modo de remuneração do sistema:

Outro dia ouvi um médico dizer com maior orgulho que tinha triplicado o número de amputações de diabéticos. Se o conceito é de produtividade e serviço, então ele amputa mais para ganhar mais. Para mim, isso é a falência. O conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento, o que foi uma distorção na implantação do SUS (...) essa é a distorção máxima: o serviço público vendendo serviço para o próprio setor público. É a privatização do mercado que se faz por baixo, privatizando os desejos e as mentes das pessoas. Ele envolve os prestadores de serviços dizendo que a lógica é faturar (Arouca, 2002, p.21)

Essas são questões que colocam em análise o modelo de financiamento do sistema público de saúde. Com o propósito de avançar na qualificação do SUS, no ano de 2006, o Ministério da Saúde, lança como proposta uma nova modalidade de gestão do sistema e da atenção a saúde – O Pacto pela Saúde. O modelo de financiamento do SUS ganha novos arranjos ao desfragmentar as transferências financeiras das mais de cem “caixinhas” de repasse de recursos. Propomos, nesse próximo tópico, aproximarmos desse debate que vem atualizando o sistema de financiamento do SUS.

## **1.7. PACTO PELA SAÚDE**

Com o propósito de se avançar no processo de consolidação do sistema público de saúde brasileiro, os gestores do SUS, representados pelo Ministério da Saúde, CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), representaram o compromisso político com os princípios constitucionais do SUS, aprovando em 2006

o Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Vários foram os instrumentos normativos que o Ministério da Saúde publicou a partir de 2006 com o intuito de subsidiar a regulamentação do Pacto. Destacarei aqui alguns dos mais importantes que dizem respeito ao debate que vemos fazendo em relação ao financiamento do SUS.

- Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006 - Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
- Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
- Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007 - Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação clara dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos casuais por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados. (CONASS, 2006)

De acordo com regulamentação (PT 399/06), o Pacto pela Vida considera como prioritária a pactuação de ações referentes às seguintes áreas:

1. Saúde do Idoso: implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando alcançar nesse campo a atenção integral;
2. Câncer de Colo de Útero e de Mama: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama;
3. Mortalidade Infantil e Materna: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonia;
4. Doenças Emergentes e Endemias: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza);
5. Promoção da Saúde: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo;
6. Atenção Básica à Saúde: Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

O tema do financiamento público já aparece na proposta do Pacto em Defesa do SUS, que tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Pode-se dizer que se trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Ele é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde (CEAP, 2007), suas diretrizes operacionais foram pactuadas e recomendam:

- a) expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
- b) desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Com o intuito de garantir a defesa dos princípios do SUS e assegurá-lo como política pública, foram definidas como fundamentais duas frentes de ação:

1) Primeiro, implementar um amplo processo de mobilização social para divulgar a saúde como direito de todos e o SUS como a política pública que deve responder a esse direito. Deste processo resultou a *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS*, um instrumento importante para a mobilização e controle social;

2) A segunda frente de ação é mobilizar a sociedade para que tenhamos mais recursos para a saúde. A perspectiva é que em curto prazo a Emenda Constitucional nº 29 seja regulamentada; e em longo prazo, que a saúde tenha aumentado seus recursos orçamentários e financeiros; (CEAP, 2007)

Esse é um importante instrumento de pactuação na direção do fortalecimento da política defendida e tomada como bandeira de luta de vários dos movimentos sociais atuantes na saúde. Aqui, destacamos a importância do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, ator político primordial no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os movimentos sociais terão com a Defesa pelo SUS, mais legitimidade na construção da participação social e da cidadania em nosso país.

A terceira dimensão do Pacto pela Saúde é o Pacto de Gestão. Seu foco caminha no sentido de avançar na regionalização e descentralização do SUS, tendo como horizonte o acompanhamento da desburocratização dos processos normativos.

De acordo com a PT 399/06 as prioridades do Pacto de Gestão são: (i) Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; e (ii)

Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Dessas diretrizes pautadas no Pacto, estaremos focando nesse trabalho o financiamento.

No Pacto em Defesa do SUS, o financiamento já é um tema que se faz presente rumo à consolidação da SUS quando propõe um processo de mobilização pela regulamentação da EC 29, e pelo aumento de recurso para a saúde. Agora, no Pacto de Gestão, o financiamento tem como princípios gerais:

- Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS;
- Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos;
- Repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e
- Financiamento de custeio com recursos federais organizados e transferidos em blocos de recursos.

A principal mudança do financiamento do SUS está no custeio dos recursos federais das ações e serviços de saúde. A proposta do Pacto foi alterar a forma de financiamento, antes atrelada a mais de 100 modalidades de transferência de recursos e reduzir apenas a 5 blocos de financiamento. Sendo assim, municípios que aderirem ao pacto passarão a receber em seus Fundos Municipais de Saúde o recurso federal alocado em 5 blocos, quais sejam:

- a) Atenção Básica
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade
- c) Vigilância em Saúde



d) Assistência Farmacêutica

e) Gestão do SUS

Quanto aos recursos de investimento, os mesmos deverão ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia da integralidade da atenção a saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação. Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional (CONASS, 2007). Sendo assim, como poderíamos definir CAPS e SRT como prioridade regional? Esses são dispositivos estratégicos de reinserção social que deveriam atuar no território do usuário, próximo as suas conexões e suas redes afetivas. Os recursos de investimento comporão o bloco de gestão. Estaremos aprofundando o conhecimento desse bloco, no capítulo sobre Financiamento em Saúde Mental, pois analisaremos como estão organizados os investimentos para a expansão da rede de atenção psicossocial.

Para cada um dos blocos, a estratégia é alocar os recursos globalmente de forma regular e automática, através da modalidade de transferência fundo a fundo, observando os atos normativos específicos de cada bloco. Com a adesão ao Pacto os municípios deixarão de funcionar conforme habilitações anteriores como discutimos anteriormente, e passarão a receber todo o recurso federal sem estar atrelado a apresentação da produção de procedimentos realizados, não importando se estava habilitado na gestão plena do sistema ou na gestão da atenção básica.

A definição do custeio de ações e serviços de saúde foi objeto da Portaria nº 698 de 30 de março de 2006, que delibera a composição dos 5 blocos de financiamento, conforme descreveremos a seguir:

#### a) Bloco de Financiamento da Atenção Básica

No bloco da atenção básica permanece a lógica como indicada na NOB 96, Piso da Atenção Básica Fixo e Variável. Ao PAB Fixo permanece as mesmas ações e serviços conforme descrevemos anteriormente. Quanto o PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de Especificidades Regionais; Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas; e Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário. Os recursos do PAB Fixo são alocados mensalmente aos municípios fundo a fundo, já os recursos do PAB Variável só são transferidos de acordo com a adesão dos municípios as estratégias específicas mediante definição pelo Plano Municipal de Saúde.

Os recursos do PAB Variável que era destinado a Assistência farmacêutica e a Vigilância em Saúde passam a compor os seus blocos de financiamento específicos para essas ações.

#### b) Bloco de Financiamento para Atenção de Média e Alta Complexidade

O bloco relativo a média e alta complexidade, compõe os limites financeiros da assistência ambulatorial e hospitalar. Esse bloco irá absorver dois componentes:

(1) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, que compunha os tetos financeiros dos municípios; e

(2) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), que era destinado às transferências federais que integravam os programas estratégicos do Ministério da Saúde, tratava-se de recursos extra-teto, ou seja, recursos de incentivo a adesão dos municípios as prioridades do gestor federal. Tratamos desse assunto quando abordamos o tema do financiamento da macropolítica.

Nesse bloco está incluído os recursos de custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). No componente (1) já estava incluído a remuneração das APAC's dos SRT. A principal mudança nesse bloco para os serviços de saúde mental, no que diz respeito ao Pacto está relacionado ao fato de que os CAPS deixam de ser financiados pelo FAEC e passam a disputar recursos com outros procedimentos de média e alta complexidade.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada município. Atualmente o FAEC destinará ao custeio dos seguintes procedimentos:

- I. Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;
- II. Transplantes;
- III. Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- IV. Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até à formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC e não contemplados acima, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme ato normativo específico.

#### c) Bloco de Financiamento para Vigilância em Saúde

O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde será constituído por dois componentes:

(1) Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde,

(2) Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos: Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades: (i) fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II); (ii) campanhas de vacinação; e (iii) incentivo do Programa DST/AIDS.

d) Bloco de Financiamento para Assistência farmacêutica

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes:

(1) Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

(2) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

(3) Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional;

(4) Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

Seguindo a lógica do financiamento da atenção básica, o (1) Componente Básico da Assistência Farmacêutica integra uma parte fixa e outra variável. A parte fixa diz respeito ao valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica, transferido a municípios e estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos municípios e dos estados. Quanto à parte variável o valor com base *per capita* destina-se as ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Da mesma maneira como funciona no PAB Variável, aqui na Parte Variável da Assistência Farmacêutica, os municípios que implementarem os serviços previstos por esses programas específicos receberam os recursos para custeio desses medicamentos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas estratégicos: Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Programa de DST/Aids (anti-retrovirais); Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos; Insulina.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais. E o Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

#### e) Bloco de Financiamento para Gestão do Sistema Único de Saúde

O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas

relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes componentes:

I - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;

IV - Regionalização;

V - Gestão do Trabalho;

VI - Educação em Saúde;

VII - Incentivo à Participação do Controle Social;

VIII - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e

IX - Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;

Os recursos referentes a este bloco são transferidos fundo a fundo e regulamentados por portarias específicas. É neste bloco de Gestão, que estão alocados os recursos de incentivo de expansão da rede de atenção psicossocial. No capítulo seguinte, onde trataremos do Financiamento na Saúde Mental, abordaremos com mais proximidade esse bloco.

Diante da breve exposição do Pacto pela Saúde, algumas questões são importantes serem refletidas. Será que o Pacto constituirá realmente um instrumento de avanço no financiamento do SUS? Pela história do SUS, sabemos que não basta regulamentação por instrumentos normativos para que o sistema funcione conforme a legislação indica, a exemplo disso temos a EC 29 que nem sempre foi cumprida, como também, lembramos muito bem da CPMF, que foi criada para financiar a saúde, mas que parte de seu recurso era desviado para outros setores, desfinanciando a saúde.

Quanto a modalidade de blocos de financiamento, fica a pergunta se de fato essa nova versão do financiamento, rompe com o modelo anterior, já que dentro de cada bloco, percebemos ainda uma certa fragmentação das ações. E ainda, os blocos, principalmente o de média e alta complexidade, requerem a apresentação da produção de procedimentos para base de cálculo e para comprovação de produtividade. Na análise de Sulamis (2007)

O Pacto pode reduzir a fragmentação das transferências federais e aumentar a autonomia dos governos locais, apesar de que a distribuição dos recursos em cada bloco permanece inalterada, representando a agregação de incentivos financeiros anteriores, com critérios de transferência e uso definidos em portarias específicas. Cabe discutir ainda se a diversidade de critérios consolidados em cada bloco garante à União as condições necessárias para a equalização fiscal das esferas subnacionais no campo do SUS e para a ampliação de sua capacidade de gasto em saúde. Apesar das virtudes das transferências do SUS mantidas no Pacto pela Saúde (tais como o PAB fixo e o PAB variável e as transferências de média e alta complexidade), vários reparos podem ser feitos, sobretudo no campo da equidade. (Sumalis, 2007 p.1859)

Uma das questões mais discutidas a respeito do pacto, diz respeito à autonomia, conforme aponta Sulamis. Com o “desamarro” do recurso frente aos programas de saúde, o gestor dispõe de maior autonomia para investir em suas demandas municipais, dando direcionalidade a sua política local. Aproximando a discussão ao campo da saúde mental, mais especificamente a ampliação da rede substitutiva, esse parece ser um debate em que os trabalhadores, gestores da saúde mental e movimento social, deverão estar atentos. É necessário que haja certa mobilização para que o movimento de expansão da rede de atenção psicossocial não estagne e nem muito menos sofra retrocessos. No próximo capítulo, nos dedicaremos ao tema do financiamento na saúde mental e iniciaremos nossas reflexões e aproximações com o processo de reforma psiquiátrica.

## **1.8. NOVAS DIRETRIZES DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O CENÁRIO PÓS 2009 – DECRETO 7.508**

Como forma de aprimoramento do Pacto pela Saúde, após um percurso de vinte anos da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) o SUS foi regulamentado através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa.

De acordo com o decreto, a organização do SUS se dará a partir da constituição das Regiões de Saúde, que podem também serem compostas por regiões interestaduais, no caso de municípios limítrofes. Regionalização e hierarquização são conceitos-chaves na perspectiva da regulamentação do SUS. Por regionalização compreende-se

uma estratégia para corrigir as desigualdades de acesso e a fragmentação dos serviços de saúde, por meio da organização funcional do sistema, com definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. (Brasil, 2005, p.196)

A constituição de Regiões de Saúde deve conter minimamente ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. A saúde mental está pautada como prioridade na confecção de redes de atenção psicossocial regional. A compreensão da região de saúde implica na definição dos seus limites geográficos e da sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços ofertados na região. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. (Brasil, Portaria 4.279 de 2010).



A região de saúde está relacionada à base populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade pré-definida. Está voltada ao reconhecimento de um território que existe no mundo real, que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural. (KUSCHNIR, CHORNY E LIRA, 2010) O território não é entendido apenas e simplesmente como um espaço de delimitação geográfica e/ou uma região administrativa. Na compreensão do geógrafo Milton Santos (2002, p. 100), “não basta descrever o território como lugares físicos, é mais que isso, é detalhar suas interinfluências recíprocas com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social”. A esse respeito o componente social e cultural que abarca a dimensão sócio-cultural da reforma psiquiátrica está contemplado por essa definição de região de saúde. A ampla dimensão sócio-cultural da reforma psiquiátrica refere-se a um aparato de práticas sociais que constroem a solidariedade e a inclusão dos sujeitos que estão em desvantagem social, promovendo ainda uma transformação do imaginário social relacionado à loucura (AMARANTE, 1999).

No que tange a hierarquização esta diretriz do SUS busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente (KUSCHNIR, 2011). O decreto aponta ainda que as regiões de saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federados.

O tema da regionalização e hierarquização foi contemplado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 no capítulo da Seguridade Social na Seção II da Saúde, ao explicitar no Art. 198 que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

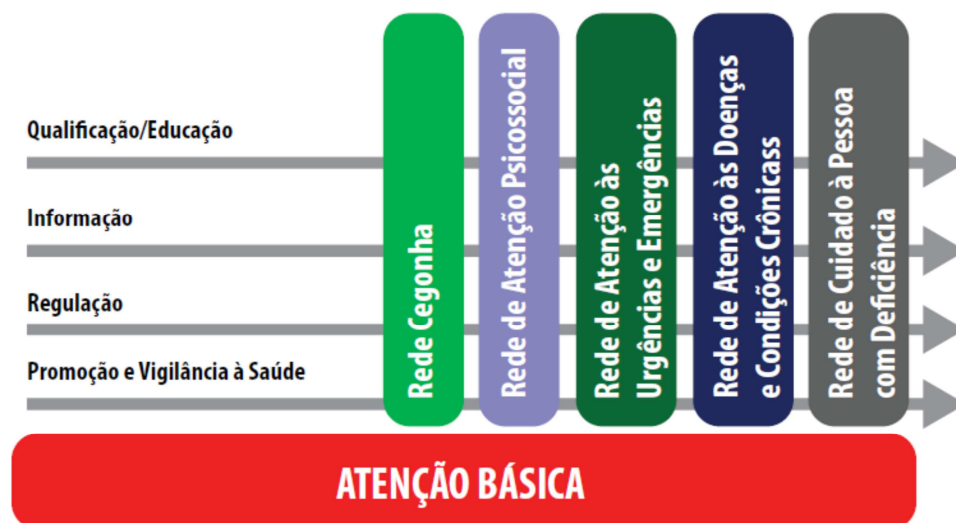
No que se refere às redes voltadas para as ações e serviços de saúde o Decreto 7.508 tem nomeado de RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) compreendendo todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde que será regulamentada a partir de diretrizes pactuadas na CIT (Comissão Intergestora Tripartite). A portaria nº 841 de maio de 2012 no artigo 2º define que o financiamento das ações e serviços da

RENASES será tripartite, conforme pactuação e a oferta das ações e serviços pelos entes federados deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada.

Quanto à dispensação de medicamentos será organizado a partir da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) que envolve a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. O artigo 10 da Resolução nº 01 da CIT de Janeiro de 2012 define que os medicamentos e insumos farmacêuticos constantes da RENAME serão financiados pelos três entes federativos, de acordo com as pactuações nas respectivas Comissões Intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS.

A porta de entrada do sistema passa a ser as Redes de Atenção à Saúde (RAS), na qual a Rede de Atenção Psicossocial é estruturante para a política de saúde mental regional. O Ministério da Saúde através da SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) tem priorizado a construção de redes temáticas com ênfase nas seguintes linhas de cuidado: Rede Cegonha (atenção obstetrícia e neonatal); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com direcionamento ao enfrentamento do álcool, crack e outras drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (iniciando pela atenção oncológica) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Ministério da Saúde, SAS, 2012). A figura a seguir apresenta as redes de atenção à saúde prioritárias, sendo perpassada pela lógica da qualificação, informação, regulação e promoção e vigilância em saúde.

Figura 1 - Redes de Atenção à Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde/MS



Fonte: Revista da SAS, Ministério da Saúde 2012

O objetivo da RAS está em promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, Portaria 4.279 de 2010). As mudanças de organização em rede coloca a atenção primária como coordenadora do sistema de saúde e principal porta de entrada do SUS. De acordo com Mendes (2011) as RASs

apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm

responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população. (Mendes, 2011, p.88)

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região. Dessa forma, para que efetivamente seja constituída uma rede, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado (KUSCHNIR, CHORNY E LIRA, 2010).

O tema da responsabilização pela atenção é retratado pela reforma psiquiátrica italiana ao pontuar o modo de funcionamento dos Centros de Saúde Mental (CSM) que integram a rede de atenção a saúde mental de Trieste na Itália. Dell'Acqua e Mezzina (1991) descrevem a 'tomada de responsabilidade' como um conceito fundamental na integralidade do cuidado no campo da psiquiatria ao estabelecer que os serviços que compõem a rede de saúde são responsáveis pela saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção.

A 'tomada de responsabilidade' não pressupõe um lugar definido no qual se dá. O lugar pode ser o CSM ou outros lugares institucionais (o hospital geral, o presídio, etc), mas também, e, sobretudo, o ambiente de vida do paciente (a sua casa, o seu bairro, o local de trabalho, etc) no qual ele exprime, exerce ou tenta exercer a sua sociabilidade. (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p.63)

Seguindo os novos arranjos organizacionais do SUS, a constituição da Rede de Atenção Psicossocial adota algumas diretrizes que são apontadas pela SAS:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

As estratégias para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são estabelecidas em quatro eixos:

Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental

Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental

Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação

Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos

A Portaria 3.088 de 2011 é responsável por traçar as diretrizes de constituição da Rede de Atenção Psicossocial elencando os dispositivos que irão compor essa rede. Em seu art.4º estabelece como objetivos específicos da RAPS as seguintes ações:

- I. Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II. Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

- VII. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;
- IX. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Nota-se um investimento forte nas ações direcionadas a população usuária de álcool, crack e outras drogas.

No que diz respeito à ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde Mental às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e usuários de álcool, crack e outras drogas, o Ministério da Saúde estabelece dois componentes dessa rede englobando os seguintes serviços:

1. Componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

- Atenção Primária (UBS, Equipe de Apoio)
- Consultório na Rua
- Centro de Convivência
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Leitos em Hospital Geral
- Urgência e Emergência (SAMU, UPA)
- Unidade de Acolhimento (UA)
- Comunidades Terapêuticas (CT)

2. Componentes Suplementares

- Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
- Centros de Referência em Assistência Social (CRAS)

O Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas estabelecido pelo governo federal em 2010, está apontado como disparador de prioridades na operacionalização das RAPS. As ações de saúde voltadas para o cuidado, a serem formatadas pela RAPS estão relacionadas com o direcionamento do governo federal no tocante a política de enfrentamento ao crack, articuladas com a assistência social e outros serviços que passam a integrar a rede de atenção psicossocial, como as

Comunidades Terapêuticas. Retomaremos esse debate no próximo capítulo, em que dedicaremos ao tema do financiamento na saúde mental e iniciaremos nossas reflexões e aproximações com o processo de reforma psiquiátrica.

## **1.9. ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA – NOVAS FORMATAÇÕES DE FINANCIAMENTO**

Estamos vivenciando um momento de reorganização do Sistema Único de Saúde a partir da regulamentação colocada pelo Decreto 7.508. Esse processo de transição se encontra em curso, onde as secretarias estaduais e municipais estão iniciando seus planejamentos e reestruturação da assistência. No que diz respeito ao financiamento, no atual momento ainda permanece o modelo estabelecido pelo Pacto da Saúde, através dos blocos de financiamento, com os instrumentos trabalhados no tópico anterior deste capítulo: Portaria 204/2007.

O Capítulo V do Decreto 7.508 refere-se à articulação interfederativa ressaltado em duas seções: (1) responsabilidade das Comissões Intergestoras e (2) do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.

No que se refere às Comissões Intergestoras (União e Estado) CIT (Comissão Intergestora Tripartite) e CIB (Comissão Intergestora Bipartite) estarão sob suas responsabilidades operacionais a pactuação financeira e administrativa da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consolidada nos planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde (Art. 32 Decreto 7.508). O parágrafo única desta seção apresenta as competências que são exclusivas de pactuação da CIT:

- I. das diretrizes gerais para a composição da RENASES;
- II. dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

- III. das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

A seção II trata do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. O artigo 35 do decreto informa que o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

As diretrizes sobre o financiamento levam em consideração as regiões de saúde que serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos. As referências para os planos de custeio e os investimentos globais serão: os planos de saúde; Programação Pactuada Integrada (PPI); planos regionais das redes prioritárias e os incentivos financeiros das políticas nacionais e estaduais. Os recursos da União serão repassados de forma direta mediante os blocos de financiamento previstos e de forma indireta mediante produtos que serão contabilizados a partir do contrato.

A Resolução Nº 3 da CIT estabelece as responsabilidades orçamentário-financeiras. Fica estabelecido que as transferências fundo a fundo entre os entes federativos serão destinadas ao financiamento da região de saúde, de acordo com o previsto nos orçamentos.

Historicamente o SUS foi regulado pelo financiamento federal através de portarias, as quais eram formuladas a partir dos recursos existentes do Ministério da Saúde e não com base nas necessidades de saúde local. A partir do Decreto 7.508, com a construção do mapa da saúde que é pautado nas necessidades de saúde regional, o financiamento passa a ser repensado tendo como direcionamento a lógica das necessidades loco-regionais de saúde. Sendo assim, desloca-se a concepção do financiamento, até então vinculado à capacidade instalada e produção de procedimentos, para pensar em um financiamento a partir das necessidades de saúde.



## CAPÍTULO 2

### DISPUTA SOCIAL PELA CONFORMAÇÃO E USO DOS FUNDOS PÚBLICOS, NO BRASIL, NO CAMPO DE CUIDADO A LOUCURA

#### 2.1 SOBRE O FINANCIAMENTO NA SAÚDE MENTAL



Carta de Tarô  
O Louco (Baralho de Marselha)

O Louco! Eis a conexão de construção desse trabalho. O mais poderoso de todos os trunfos do Tarô, a carta do Louco não tem número fixo, o que representa a *liberdade* para viajar a vontade, uma criatura em perpétuo movimento, que por vezes, perturbava a ordem estabelecida com suas travessuras. Para o tarô o Louco é um andarilho, energético, ubíquo<sup>12</sup> e imortal. É aquele que se assemelha ao coringa no jogo de cartas e que tem a função de *substituir* a carta pedida no jogo, por sua característica de mover-se livremente. O bobo da corte, figura que com suas travessuras e roupas espalhafatosas, belas e coloridas, era encarregado de divertir a corte, soltava o riso dos que freqüentavam as festas da nobreza, uma espécie de personagem que parecia ter como proposta a produção de *encontros alegres*. Essa figura também tem seu simbolismo na carta do louco (NICHOLS, 1980).

Não sou uma conhecedora do tarô, nem muito menos uma sistemática usuária desse misticismo, mas minha curiosidade com a linguagem simbólica, os signos

---

<sup>12</sup> Segundo o Aurélio o adjetivo ubíquo quer dizer “que está ao mesmo tempo em toda a parte”, onipresente. Na informática utiliza-se o termo *computação ubíqua* para descrever a capacidade de estar conectado à rede e fazer uso da conexão a todo momento

que dela emanam, me levam a conectar com questões que venho constituindo como núcleo de discussão.

Dessa pequena passagem pelo tarô, me vem alguns elementos que no decorrer desse trabalho estaremos desenvolvendo, como por exemplo o tema da: liberdade, se aproximando da noção de autonomia que para Merhy (2001) tanto pode ser libertadora, quanto castradora (que aí nada tem a ver com liberdade); o conceito de substitutividade, como parte de uma grande “promessa” da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na construção de redes antimanicomiais, serviços substitutivos norteados pela noção de desinstitucionalização; e a clínica/cuidado na atenção psicossocial que, no meu entendimento, tem uma aposta na produção de vida dos loucos, das pessoas em sofrimento mental, logo na produção dos encontros alegres, das paixões alegres, seguindo a inspiração espinosiana.

Trago a imagem do tarô, com a carta do louco, no intuito de produzir pontes de linguagem com o tema que aqui venho me propondo a desenvolver: financiamento e cuidado na rede de atenção psicossocial. Essa carta me remete a ideia de um movimento nômade, ou seja, daquelas pessoas que ao não terem uma habitação fixa se movimentam de um lugar a outro, traçando seus próprios caminhos, suas trilhas. Assim, como nos nômades, de cidade em cidade, pela rota de Oswaldo Cruz, passo como que em uma viagem, do capítulo 1 para este segundo capítulo.

Fazendo passagem pelas pontes, o louco no tarô me remete a história da loucura de Foucault ao nos apresentar a imagem da Nau dos Loucos<sup>13</sup>, embarcações que no período da Renascença faziam o transporte dos loucos expulsos da cidade, em destino a outras cidades. Em seu trabalho de historiador, o autor supõe que eram escorraçados apenas os loucos estrangeiros, aceitando cada cidade a tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos. Os loucos eram confiados aos marinheiros com o propósito de evitar que ficassem vagando pelos muros das cidades. Pelo mar eram conduzidos nas naus de peregrinação, navios simbólicos de insanos em busca da razão,

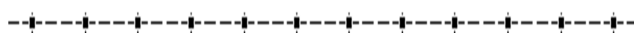
---

<sup>13</sup>A Nau dos Loucos foi retratada no campo das artes pela pintura de Bosch no final do século XV e está exposto no Museu do Louvre em Paris

uma espécie de “razão nômade”<sup>14</sup>. Pelo simbolismo que representa as embarcações, Foucault faz uma analogia da água com a nau

A água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores, ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. É para outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Essa navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a passagem absoluta (Foucault, 1978, p.12).

Saímos do platô do financiamento do SUS para dar passagem aos primeiros delineamentos da loucura, melhor colocando, da rede de saúde mental. Por isso me veio a conexão com a carta do louco no tarô. O andarilho, o significado nômade que essa carta nos traz, me faz voar, como numa dança dos pássaros livres, para inaugurar essa nova construção de pensamento e de análise. Talvez esteja eu em busca de quebrar com a dureza e secura que em certo sentido o tema do financiamento poderá nos imprimir. Não quero com isso firmar promessas, nem tê-las como meta dessa passagem, mas ressaltar que estou atenta a isso. Na minha trilha, na conversa que venho estabelecendo comigo mesma, no meu movimento de andar a vida, com meus intercessores em operação, tento derreter as pedras de gelo que por ventura o tema do financiamento possa nos esfriar. Veremos como encaminharei essas questões. Acendo a lareira e buscarei aquecer o debate do financiamento na saúde mental, procurando estabelecer um diálogo pelo caminho da suavidade. Será possível? Realmente não sei, veremos na sequência.



O processo de escrita tem me levado a um movimento que nada tem a ver com a linearidade, seguindo uma sequência de começo, meio e fim pré-estabelecido. O planejamento de construção dessa tese tem sido a todo o momento revisto no processo. Muitas vezes o que havia pensando anteriormente como estrutura do capítulo deixa de

---

<sup>14</sup> Uso essa expressão entre aspas, por não ser uma expressão utilizada por Foucault na História da Loucura. Razão Nômade é o título de um livro organizado por Daniel Lins publicado em 2005 pela editora Forense Universitária.

fazer sentido no caminhar da elaboração da escrita. E sem sentido agenciado pelo desejo não consigo ir adiante.

Como forma de clarear o que está sendo proposto nesse capítulo uso a imagem de um iceberg para me ajudar a visualizar o campo do financiamento na saúde mental. Na ponta do iceberg que se mostra visível associo a ideia dos recursos financeiros, dos gastos e das formas de uso do financiamento na rede de saúde mental. A parte submersa do iceberg associo aos atores políticos que disputam os modelos tecno-assistenciais em saúde mental. Assim, consigo dar sentido mais abrangente ao tema do financiamento. Ao falarmos de financiamento temos por um lado questões que envolvem os números, ou seja, os gastos em saúde mental acompanhado de suas formas de uso inerentes ao campo da economia da saúde, e por outro lado, temos uma arena de atores políticos que, envolvidos ou não, com a Reforma Psiquiátrica, disputam o modelo tecno-assistencial em saúde mental. É assim que venho desenhando esse debate.

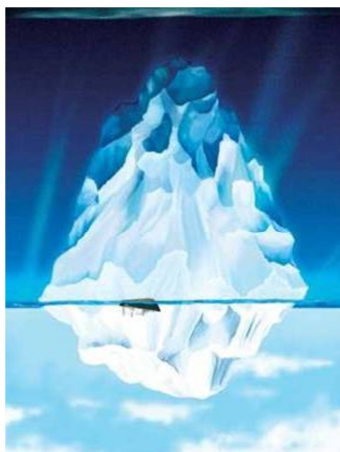


Gastos com saúde mental  
Valores dos procedimentos  
Formas de pagamento

Disputa política por modelo tecno-assistencial  
Atores da disputa: Mov. de Reforma Psiquiátrica, Mov. Luta Antimanicomial, Associação Brasileira Psiquiatria  
Gestores do SUS

A princípio havia arquitetado esse capítulo partindo da discussão da ponta do iceberg para posteriormente dialogar com a parte submersa, como mostra a figura acima. Mas como tudo é passível de mudança, já diria Raul Seixas, *Metamorfose Ambulante*, acho mais interessante inverter o iceberg, uma espécie de iceberg ao avesso, o que me remete a esquisoanálise com o avesso da psicanálise, ou na minha experimentação clínica, com o divã às avessas. Assim, pelo avesso, consigo dar melhor

sentido a mim mesma e conseqüentemente a escrita. Com uma produção mais prazerosa me libero no fluxo das ideias na tentativa de tornar o texto mais vivo para o leitor. Visualizo assim essa imagem na figura abaixo.



Disputa política por modelo tecno-assistencial  
Atores da disputa: Mov. de Reforma Psiquiátrica, Mov. Luta Antimanicomial, Associação Brasileira Psiquiatria  
Gestores do SUS

Gastos com saúde mental  
Valores dos procedimentos  
Formas de pagamento

Não gostaria de deixar passar a conexão que o tema do “avesso” me agenciou nesse momento. Falar de financiamento da loucura ou da loucura do financiamento me levou ao reencontro com Antonin Artaud que na sua coleção “Escritos de um Louco” publicou seu último texto antes de morrer no hospício na França em 4 de março de 1948, intitulado “Para acabar com o julgamento de Deus”. Nesse texto radiofônico Artaud inaugura a ideia de Corpo sem Órgãos que na minha leitura entendo como uma experimentação intensa dos afetos. Seu texto finaliza com o tema da liberdade e do avesso. Liberdade aos loucos não só por estarem trancafiados dentro dos muros do manicômio, mas também liberdade por nossos manicômios mentais, liberdade de nossas clausuras. Trago aqui o final de seu último escrito.

Se quiserem, podem meter-me numa camisa de força  
mas não existe coisa mais inútil que um órgão.  
Quando tiverem conseguido um corpo sem órgãos,  
então o terão libertado dos seus automatismos  
e devolvido sua verdadeira liberdade.  
Então poderão ensiná-lo a dançar às avessas

como no delírio dos bailes populares  
e esse avesso será  
seu verdadeiro lugar.  
(Antonin Artaud, 1947)

Por essa linguagem amenizado o incômodo do desenho desse capítulo 2, propondo em sua arquitetura dois blocos: o primeiro, a parte submersa do iceberg, nos leva ao resgate histórico do processo de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial trazendo o financiamento como analisador de certas disputas dos atores políticos frente à concepção do modelo de cuidado à loucura. O segundo bloco, a ponta do iceberg, fala da conformação da rede de saúde mental a partir de uma descrição do financiamento, de suas formas de uso e dos gastos de recursos federais com a rede. Por esse desenho seguimos nesse capítulo.

## **2.1. BLOCO 1 - AS DISPUTAS EM FOCO E SUA CONFORMAÇÃO ATRAVÉS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

### **Reforma Psiquiátrica Brasileira: do movimento social à política pública de saúde mental no SUS - 30 ANOS DE LUTA!**

A reforma psiquiátrica enquanto movimento político reivindicatório surge no amplo contexto de embate contra o governo militar e o período repressivo por ele instalado. Esse período impulsionou a sociedade a se organizar coletivamente em grupos populares de trabalhadores, sindicalistas, estudantes, operários, etc. Os novos sujeitos coletivos ganham força através dos movimentos sociais que lutam pela democratização do país, politizando nos espaços cotidianos de trabalho e moradia, com a ousadia de inventar outras formas de fazer política.

No cenário político dos anos de chumbo ‘novos personagens entram em cena’. Sader (1988) ressalta a força dos movimentos sociais como poderosa ferramenta de luta contra o poder político instituído no período de repressão da ditadura militar

Os movimentos sociais foram um dos elementos da transição política ocorrida entre 1978 e 1985. Eles expressaram tendências profundas na sociedade que assinalavam a perda de sustentação do sistema político instituído. Expressavam a enorme distância existente entre os mecanismos políticos instituídos e as formas da vida social. Mas foram mais do que isso: foram fatores que aceleraram essa crise e que apontaram um sentido para a transformação social. Havia neles a promessa de uma radical renovação da vida política (...) apontava-se a autonomia dos sujeitos coletivos que buscavam o controle das suas condições de vida contra as instituições de poder estabelecidas. (Sader, 1988: 313 e 314)

Manifestaram através desses novos movimentos sociais, dessa nova prática de fazer política outras maneiras que possibilitassem a democratização do país e posteriormente melhores condições de saúde para a população. Esse movimento no campo da saúde é chamado de Reforma Sanitária e nasce dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. A criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), entidade fundada em 1976 pelo movimento sanitário, se propõe lutar pela democracia configurando um espaço de divulgação do movimento. ‘Saúde e Democracia’ passa a ser lema desse movimento. Por essa entidade foi construído o documento “A questão democrática na área da saúde”<sup>15</sup> que denuncia a precariedade do sistema de saúde do governo militar, aponta os nós-críticos da crise e apresenta uma agenda democrática para a saúde, já indicando a criação do Sistema Único de Saúde. Esse documento, considerado um marco do movimento sanitário, foi apresentado no 1º. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em 1979 e aprovado no Legislativo. Já denunciava distorções do sistema de saúde pelo viés do financiamento ao abordar o tema da mercantilização da medicina promovida de forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e anti-popular. Uma política de

---

<sup>15</sup>Esse documento foi republicado e encontra-se na Revista Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária / Sonia Fleury, Lígia Bahia e Paulo Amarante (organizadores) – Rio de Janeiro:CEBES, 2007

saúde que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (CEBES, 2007) Mais adiante veremos esse fenômeno da “mercantilização da saúde” no campo da psiquiatria que ficou conhecido como a “indústria da loucura”. Ainda nesse documento, os atores políticos do movimento social da reforma sanitária elabora 10 itens que servem de balizamento para uma proposta de saúde democrática. Dentre esses itens propostos o financiamento é reivindicado sob a seguinte perspectiva

Estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não sejam baseados em novos gravames fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a saúde. O financiamento do Sistema Único deverá ser baseado numa maior participação proporcional do setor saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação decorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário (CEBES, 2007a:150)

Esses novos personagens que entraram em cena têm na saúde um campo de debate mais abrangente do que a mera discussão da relação médico/paciente. Analisando a política de saúde de São Paulo, no período de 1920 a 1948 Merhy (2006) ressalta que a intensa militância dos médicos sanitaristas os tornaram não só formuladores de políticas, como também implementadores de políticas de saúde nas ações governamentais. Veremos essas questões quando estivermos pautando o tema do movimento social de Luta Antimanicomial, em que hoje, gestor federal na área da saúde mental militava nesse movimento.

Militante e intelectual do movimento sanitário, Sergio Arouca retoma as ideias originais da reforma sanitária que, no bojo da discussão, abre alternativas ao trazer para o centro do debate a análise da esquerda/marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho.



Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. (Arouca, 2002 p.19)

Nesse contexto, no campo da saúde mental, eclode o processo de reforma psiquiátrica. O sujeito coletivo de mobilização pela saúde e democracia, acumula também na psiquiatria, a luta pelos direitos humanos, contra a violência das instituições psiquiátricas, e dispara nos trabalhadores de saúde mental um movimento de reivindicação por melhores condições de trabalho e uma assistência mais digna aos doentes mentais. No ano de 2008, esse processo de solidarização, cidadanização e inclusão do louco nos espaços de vida da sociedade marcou seu trigésimo ano.

Para demarcar o percurso da reforma psiquiátrica no Brasil proponho fazer uma breve passagem por esse processo em três períodos. O *primeiro* contextualiza o início do processo de reforma com a importância do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ator e sujeito político fundamental nesse projeto, bem como os desdobramentos que deram rumo à política de saúde mental. No *segundo* serão discutidas as novas experiências de cuidado na perspectiva antimanicomial que foram emblemáticas para a composição de uma rede substitutiva em saúde mental. Por fim, o *terceiro* demarca a legalização jurídico-política através da lei da reforma psiquiátrica e o aparato de normatização com uma política de financiamento que vem incentivando a expansão da rede substitutiva voltada para a reversão do modelo assistencial.

## **2.1.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira**

### **2.1.2.1. 1º. Período: 1978 – 1987**

**“Quando novos personagens entraram em cena”<sup>16</sup> - o movimento dos trabalhadores em saúde mental**

---

<sup>16</sup> Título do livro de Eder Sader que analisa os movimentos sociais populares na década de 70 e 80 em São Paulo, no contexto de mobilização reivindicatória pela democracia no país em meio ao regime militar

A marca que deu início ao movimento político de reforma psiquiátrica no Brasil data de 1978 com a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) do Ministério da Saúde, órgão responsável pela política nacional de saúde mental<sup>17</sup>.

Grupo de médicos psiquiatras e estagiários de quatro hospitais psiquiátricos da DINSAM no Rio de Janeiro, insatisfeitos com a política de saúde mental que o governo militar vinha imprimindo, resolveram denunciar as precárias condições de assistência que eram submetidos os pacientes.

O documento de denúncia redigido por esses atores apontava para a “falta de recursos nas unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacional” (Amarante, 1998, p.52). A denúncia foi combatida pelo Ministério da Saúde com a demissão de 260 estagiários e médicos que expuseram a situação da assistência psiquiátrica do governo. Como consequência dessa demissão em massa, trabalhadores de saúde mental se organizam e deflagram a primeira greve do setor público no país após a instalação do governo militar. Assim nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo objetivo é

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 1998, p. 52)

O MTSM se constitui como um espaço de debate que extravasa os muros dos grandes hospitais psiquiátricos do Brasil e toma como bandeira as reivindicações trabalhistas em um discurso humanitário, não se criticavam, ainda, os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos e desvios (TENÓRIO, 2002).

---

<sup>17</sup> A Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ desenvolveu pesquisa histórica, coordenada pelo professor Paulo Amarante, acerca dos documentos históricos que impulsionaram a reforma psiquiátrica no Brasil, criando um acervo documental que retrata o percurso desse movimento. Essa pesquisa foi publicada no livro *Loucos pela Vida* (1995, 1ª ed) de onde me embaso com seus achados para traçar o cenário desse 1º. Período.

No cerne dessas questões, o movimento sanitário insistia nas denúncias que envolviam a privatização da saúde, as fraudes do sistema de financiamento, a lucratividade do setor contratado e conveniado com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Gentile de Mello (1977) enfatizava que o pagamento por Unidade de Serviço (US), forma de remuneração utilizada pelo INAMPS ao setor privado, era um fator incontrolável de corrupção e apontava para as distorções que incentivava uma política privatizante. Destacava o aumento excessivo de atos médicos, em função da modalidade de pagamento de serviços praticados em hospitais da rede privada contratada. Uma das questões mais pontuadas no que diz respeito a essas distorções se refere ao elevado índice de cesarianas. Em 1968, pesquisa realizada em 60 maternidades do Rio de Janeiro revelou que, na Secretaria de Saúde, o coeficiente de partos cirúrgicos era de 6%; nos hospitais próprios do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), 11%; e nas maternidades pagas por unidade de serviço, mais de 50%, sem nenhuma razão de natureza técnica para a realização de tal procedimento. Essas distorções levam ao

- pagamento de serviços que não são produzidos (pacientes fantasmas, medicamentos não empregados);
- pagamento de serviços que são produzidos, mas não são necessários (intervenção cirúrgica sem indicação);
- pagamento de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que podem e devem ser tratados em ambulatórios) (Mello apud Amarante, 1997, p.166)

A compra de serviços de terceiros transformou a saúde em objeto de lucro vindo a favorecer o crescimento de indústrias que atuam no campo da saúde, como é o caso da indústria farmacêutica e de equipamentos. Essa política mercantilista terminou por favorecer o desenvolvimento do fenômeno da medicalização dos problemas sociais.

Na psiquiatria essas questões levaram a graves consequências. Os hospitais psiquiátricos funcionavam com superlotação, pacientes eram ‘internados’ no chão (leito-chão). A Colônia de Barbacena chegou a ter 3.200 pacientes e a Colônia Juqueri em SP chegou a insanidade de se abrigar 15.000 pessoas tidas como doentes mentais. Além do número excessivo de pacientes, da precariedade da assistência, dos

maus tratos, da cronificação de seus clientes atrelado ao funcionamento da instituição, o tempo médio de permanência era quase *ad eterno*. Entrava-se no manicômio para não mais se sair dele. De 1973 para 1976 a internação psiquiátrica aumentou significativamente de 344%, enquanto a taxa de reinternação alcançou 63%. Esse crescimento exagerado de internações seguido da expansão da rede de hospitais psiquiátricos do setor privado, que foi instituído pela política militar, ficou conhecido como “Indústria da Loucura”.

Os gastos do INAMPS com a assistência hospitalar psiquiátrica demonstram que no ano de 1977 os recursos destinados à hospitalização somaram 96% do orçamento total da saúde mental e apenas 4% dos gastos foi destinado ao setor ambulatorial. Esse cenário apresenta o modelo tecno-assistencial que vigorava a época. O modelo de assistência psiquiátrica era quase que exclusivamente hospitalocêntrico. A tendência dos hospitais contratados e conveniados visava o lucro. Os médicos psiquiatras engajados no movimento de reforma sanitária e reforma psiquiátrica advertiam não se tratar de racionalização da assistência psiquiátrica, mas de uma mudança estrutural, onde a saúde não seja objeto de lucro (CEBES, 2007b)

Essa situação fortemente combatida pelo MTSM, levou os trabalhadores de saúde mental, a se organizarem nacionalmente no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978. Apesar do congresso representar as forças conservadoras da psiquiatria, esse evento ficou conhecido como “Congresso de Abertura” onde levou os participantes revolucionários da psiquiatria a produzirem um debate tanto no que se refere a privatização do setor, que levava a distorções da política do setor da saúde mental, quanto ao debate político a favor da anistia ampla geral e irrestrita.

Nesse mesmo ano acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que trouxe, neste cenário efervescente, a visita de intelectuais internacionais que discutiam a reforma psiquiátrica em outros países. A vinda de Franco Basaglia, Felix Guatarri, Roberto Castel, Erwing Goffman, proporcionaram ao movimento um aprofundamento das questões críticas da psiquiatria, trazendo para o debate a crítica ao modelo asilar e a constituição do paradigma da psiquiatria. Nesse momento, o MTSM passa a ampliar a agenda para além das questões corporativas do setor.

Foi nesse espírito que se desenvolveu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ocorreu em 1979. Nesse evento foi discutido que as questões que envolvem a transformação do sistema de atenção a saúde mental, deveria estar vinculada a luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, através do fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais (Amarante, 2003)

Com as dificuldades de sustentação da política do governo militar, a década de 80 inaugura o movimento de “abertura democrática”. Em 1984 é lançada a campanha Diretas Já! com mobilização em todo o país pelas eleições diretas e o fim do regime ditatorial. Em meio a esse movimento de democratização do país, em 1986 ocorre a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com a presença marcante dos movimentos sociais, trabalhadores de saúde e ampla participação social. Como desdobramento das discussões foram propostas a realização de conferências de temas específicos, como saúde mental, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde do idoso e recursos humanos em saúde.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu um ano após a 8ª Conferência, com três temas de trabalho que norteavam as discussões: (1) Economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental; (2) reforma sanitária e reorganização da assistência a saúde mental e (3) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Ao fim de calorosos debates, a plenária da I Conferência Nacional de Saúde Mental encaminha como pontos-chaves para o desenvolvimento da política de saúde mental as seguintes questões:

- i. Que os trabalhadores de saúde mental realizassem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o objetivo de combater a psiquiatrização dos processos de natureza social
- ii. A necessidade de participação da população, tanto na elaboração e na implementação, quanto ao nível decisório das políticas de saúde mental

- iii. Que o estado reconhecesse os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando a promoção da saúde mental
- iv. A priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico

O tema da medicalização da vida, da inserção dos movimentos sociais como protagonistas das políticas públicas e da construção de uma rede alternativa extra-hospitalar em saúde mental é marcado como prioridades pelos participantes dessa conferência.

Nesse mesmo ano, ocorre um dos eventos mais importantes desse processo de luta social pela loucura. O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em Bauru, introduziu o lema *por uma sociedade sem manicômios*, e colocou para o MTSM uma importante ruptura histórica nesse movimento. O MTSM se desconfigura na sua organização e é criado o Movimento de Luta Antimanicomial, em um contexto de radical transformação, ampliando o movimento para além dos trabalhadores/técnicos em saúde mental. O objetivo deixou de ser a transformação tecno-científica do modelo assistencial, e passou a ser a construção de um lugar social para a questão dos portadores de sofrimento mental (AMARANTE, 2003).

O Movimento de luta antimanicomial que congrega trabalhadores, usuários, familiares, passa a exercer nas suas bases, o sujeito político de luta social pela inclusão da loucura na sociedade. Como primeira forma de expressão desse movimento, demarcando suas primeiras manifestações, foi redigido o documento “Manifesto de Bauru” que apontava para as seguintes questões

- Contra a mercantilização da doença
- Contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária
- Por uma reforma sanitária democrática e popular
- Pela reforma agrária e urbana
- Pela organização livre e independente dos trabalhadores

- Pelo direito a sindicalização dos servidores públicos
- Pelo dia nacional de luta antimanicomial

O movimento ganhou força na década de 90 com a organização de núcleos de militância municipais, regionais, estaduais em todo o país. Vários encontros regionais e nacionais foram realizados para discutir, dentre outras questões, a política de saúde mental que se quer para Brasil. O lema por uma sociedade sem manicômio sustenta a diretriz do movimento. Extinguir os manicômios e criar outras formas de cuidado e de inserção da loucura na sociedade é a bandeira de luta que o movimento sustenta. Para Vasconcelos (2004)

O movimento tem tido um papel político fundamental como força social mais avançada do movimento mais amplo de reforma psiquiátrica, bem como no processo de organização de associações e projetos de usuários e familiares em todo país. (Vasconcelos, 2004)

O movimento de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica tem enfrentado disputas pelo modelo assistencial em saúde mental com setores de resistência retrógrados da psiquiatria, como a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais. Resiste também à extinção dos manicômios a Associação de Familiares de Doentes Mentais, que reúne usuários e familiares. Essas entidades fazem uma verdadeira campanha em favor do manicômio, negando resoluções internacionais e experiências bem sucedidas em outras partes do mundo. (NABUCO, 2007).

Esse cenário revela uma disputa pelo modelo tecno-assistencial em saúde mental, onde por um lado se pauta uma agenda de construção de rede substitutiva ao manicômio, e por outro, se resiste a sustentação dos hospícios. É fato que são arenas de luta que se vincula a uma disputa também pela conformação dos fundos públicos em saúde mental. Por trás dos entraves que leva ao processo de reorientação do modelo assistencial, estão os recursos financeiros como ferramenta que promove, em termos de políticas públicas, a viabilidade do modelo do cuidado a loucura. Retomando a analogia com o iceberg, me remeto aqui a parte submersa do iceberg que disputa pelos recursos financeiros que se tornam visíveis na ponta do iceberg.

A cidade de Vitória no Espírito Santo foi sede em 2007 do VII Encontro Nacional de Luta Antimanicomial que foi nomeado como “Insistir, Resistir, Não Desistir: por uma sociedade sem manicômios”. Esse encontro teve como principal objetivo discutir questões-chaves no nível da política nacional de saúde mental ao reivindicar uma convocação pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental para o ano de 2009, para dar continuidade ao processo de transformações sociais, políticas e culturais na sociedade brasileira, especificamente no campo da saúde coletiva e saúde mental. O documento elaborado deste encontro aponta para algumas questões referentes ao financiamento:

- I. Apoio e financiamento de órgãos públicos às práticas que visam a desmistificação da loucura, garantindo não apenas o tratamento em saúde, mas também atividade culturais, de lazer e outras;
- II. Revisão da forma de financiamento por procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS;
- III. Criação de incentivos financeiros para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e garantia dos municípios de financiamento mensal para estes serviços com valor mínimos de 8 AIH's, visando com esta medida a extinção de moradias em hospitais psiquiátricos

Esse período que acabo de relatar, demarca o surgimento dos novos sujeitos coletivos na saúde mental e sua organização nos movimentos sociais pelo processo de Reforma Psiquiátrica que tem na arena de disputa os gatos com saúde mental.

O termo “reforma” por muitas vezes parece inapropriado a sua proposta. Segundo o dicionário Aurélio “reforma” é definido por ato ou efeito de reformar; nova forma; mudança para melhor; nova organização; restauração; reparação, conserto. O termo leva a ideia de mudança, porém conservando suas bases, e não ao sentido de desconstrução com significado mais revolucionário. Será que o termo Revolução Psiquiátrica se aproximaria mais da proposta?



Foucault (1981) em conversa com Deleuze aponta duas formas de se produzir uma reforma: ou a reforma é elaborada por pessoas que representam o outro, um porta voz do outro, sendo uma reorganização do poder; ou é uma reforma reivindicada, exigida por aqueles a quem ela diz respeito, e aí deixa de ser uma reforma e passa a ser uma ação revolucionária que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e de sua hierarquia (Foucault, 1981, p.72). O sujeito implicado e militante que compõem o movimento sanitário e psiquiátrico coloca esse projeto “reformista” nos moldes de um projeto revolucionário, ao reivindicar em suas bases um projeto amplo de cidadania das pessoas que vivem nesse país.

Militância pode ser entendida como a implicação do sujeito em determinada causa, que por sua vez produz em si um saber militante a partir de seus afetamentos potencializados pela sua implicação com o objeto de pesquisa, ou no caso que estamos discutindo, como da luta antimanicomial, com a causa por uma sociedade sem manicômios e inclusiva da diferença. Neste sentido, o conceito de militância extrapola a noção partidária ou a inserção em determinados movimentos sociais. Ser militante é ser sujeito de suas próprias implicações que o faz movimentar-se no mundo. Para Merhy (2004)

A produção deste saber militante é novo, e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sob vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir individual e coletivo (Merhy, 2004, p.10).

No campo sanitário “o conhecer militante dos sujeitos implicados<sup>18</sup>” envolvido nessa revolução psiquiátrica tem contribuído com a invenção de novos dispositivos de cuidado na saúde mental, ultrapassando o modelo assistencial hospitalocêntrico. Veremos como isso tem se constituído na agenda, nesse segundo período da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>18</sup> Título do artigo de Emerson Merhy “o conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de conhecê-lo como saber válido”

### **2.1.1..2 - 2º. Período: 1987 – 2001**

#### **“A instituição inventada”<sup>19</sup>: experimentando novos modos de cuidado em saúde mental**

O segundo período demarca as primeiras experiências de rede substitutiva ao modelo manicomial começando a serem desenhadas no final da década de 80. O Estado de São Paulo inaugurou experiências significativas ao propor outras modalidades de cuidado à loucura. Como ideia de serviço alternativo, em 1987, foi inaugurado em São Paulo (capital) o primeiro CAPS chamado CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, que tinha a proposta de funcionar como uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade. Dentre outros objetivos, destaca-se a “criação de mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade, com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária” (Coordenadoria de Saúde Mental – SES/SP, 1987). Essa experiência estadual, já que o CAPS era vinculado a Secretaria de Estado de São Paulo e não a Secretaria Municipal abriu a possibilidade de se inventar outras formas de assistência aos portadores em sofrimento mental. Essa foi uma experiência marcante e inspira vários dos serviços de atenção psicossocial que temos hoje no país.

Não mais de forma isolada como funcionava o CAPS de São Paulo, no município de Santos, no ano de 1989, a Prefeitura do PT na gestão de Telma de Souza e David Capistrano na Secretaria Municipal de Saúde, interviu no único manicômio da região de Santos, a Casa de Saúde Anchieta. A proposta da Secretaria de Saúde se baseava na desconstrução do manicômio, que estava sendo palco de várias denúncias de morte e maus tratos dos pacientes e propunham montar uma rede de assistência integral a saúde mental que viesse a substituir totalmente o manicômio. A aposta radical na desinstitucionalização de Santos era promover uma estrutura de cuidado a loucura sem a necessidade de co-existência com o manicômio.

---

<sup>19</sup> Título do capítulo escrito por Franco Rotelli publicado no livro Desinstitucionalização, 2001

Todas as manobras realizadas pela equipe interventora, visaram desde o início, à desconstrução manicomial e a implantação de um sistema substitutivo. Nesse sentido, os profissionais foram formando-se para a constituição de equipes que, posteriormente, se distribuíram em lugares estratégicos da cidade para assumir a responsabilidade pelo cuidado de todas as pessoas com sofrimentos psíquicos severos de sua região (Lancetti & Kinoshita, 1992)

Cronologicamente este foi um dos primeiros movimentos radicais de construção de rede substitutiva em saúde mental no país. A tessitura da rede iniciou com a construção dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que funcionavam 24 horas, devido a necessidade do acolhimento a crise disponibilizava-se leitos noturnos. Outros equipamentos passaram a ser inventados e integrados na rede substitutiva: Pronto Socorro Psiquiátrico, Centro de Convivência, Unidade de Reabilitação Psicossocial, Programas de Integração a Comunidade, como Programas de Rádio, Oficinas, trabalhos nas feiras-livres, praças, etc. A rede substitutiva de Santos foi tida como um grande laboratório de experiência bem sucedida em saúde mental. Após gestões descompromissadas com a política de saúde mental, atualmente Santos vem passando por desmantelamentos e dificuldades na sustentabilidade da proposta.

Essas duas experiências pioneiras (NAPS e CAPS) levaram à criação de portarias ministeriais, com a finalidade de incluí-las como serviços integrantes do Sistema Único de Saúde. Para esses serviços foram criados procedimentos de remuneração que passaram a integrar a tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). A inauguração de formas de pagamento específica para os serviços de atenção psicossocial se deu em 1991, com a criação da Portaria nº 189. Inicia-se no SUS o processo de implantação de uma rede substitutiva.

Com o desafio de experimentar novas formas de cuidado, outras experiências pontuais foram surgindo no país, conduzidas pelas equipes inventoras de saúde mental e gestores comprometidos com o projeto de reforma psiquiátrica.

Em Campinas (SP) o processo de co-gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, impulsionou por dentro do

hospital psiquiátrico, um gradual processo de reorientação do modelo assistencial. A década de 90 se voltou para a configuração de uma rede substitutiva, exigindo dos trabalhadores, gestores, familiares, usuários, muita inspiração tanto na invenção de novos modos de operar o cuidado, quanto na forma de reinserção social dessas pessoas com transtorno mental. Assim, não só serviços de assistência terapêutica eram construídos, mas também novas formas de apoio social, reinserção social foram sendo projetadas.

Muitos dispositivos que vazam inclusive a concepção de serviços de saúde foram sendo desenhados na invenção de construir novos espaços, não só terapêuticos, mas de inserção social potencializadores de produção de vida dos ditos loucos. Assim a rede de Campinas inaugurou em 1991 a primeira moradia extra-hospitalar, como forma de acolher as pessoas advindas de longa data de internação psiquiátrica. Outros serviços foram sendo criados como: CAPS, Núcleo de Atendimento a Crise, Leitos em Hospital Geral, Núcleo de Oficinas e Trabalho com atividades profissionalizantes de artesanatos que trabalha na perspectiva de geração de renda aos integrantes, Projeto Casa Escola em parceria com a secretaria de educação, além de programas de rádio (Radio Maluco Beleza); Jornal impresso (Jornal Candura) e Loja de artesanato (Armazém das Oficinas).

A experiência de rede substitutiva de Santos e Campinas falam de um investimento criativo de novos dispositivos de cuidado e inserção do louco nos espaços de vida. Vale ressaltar que muitos desses dispositivos foram investidos pelas políticas locais de saúde, destinando financiamento para a implantação da rede. Desde 90 já se tinha experiência de residências terapêuticas municipais, contudo apenas 10 anos mais tarde essas moradias se tornaram uma estratégia de política nacional de desinstitucionalização do Ministério da Saúde, destinando recursos financeiros do governo federal para implantação dessas moradias. O processo de maturação da macropolítica do gestor federal foi inspirado pela micropolítica de experiências exitosas de construção de redes substitutivas. Compromisso político dos gestores e atores implicados com a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial apostam na construção de uma agenda que visa à reorientação do modelo tecno-assistencial, de uma assistência hospitalar para uma assistência de base territorial (extra-hospitalar)

Em resumo podemos dizer que nesse segundo período foram se desenhando várias experiências inovadoras, mesmo sem financiamento específico. Gestões locais comprometidas com o projeto de reforma psiquiátrica passaram a implantar outras modelagens de cuidado, para além das já instituídas pela política de saúde do SUS. Além dos serviços reconhecidamente financiados pelo SUS, como o caso dos CAPS/NAPS, hospital-dia, leitos psiquiátricos em hospital geral e oficinas terapêuticas, outras modalidades de cuidado surgiam por iniciativas municipais. Equipes empenhadas no cotidiano de trabalho tomavam para si o desafio de inserir cuidadosamente os loucos na sociedade. Nesse exercício de inventar novas formas de cuidado, foram sendo construídas residências terapêuticas, centros de convivência, oficinas de trabalho e geração de renda, serviço de atendimento a dependentes químicos, além de vários projetos com repercussão cultural, como a Rádio Tam Tam, TV Pínel, Projeto Locomotiva, Rádio Maluco Beleza, dentre outros.

Ao final do ano 2000 a rede substitutiva de saúde mental contava com 208 CAPS, 40 Residências Terapêuticas e uma redução de 11.646 leitos psiquiátricos no período de 1996 a 2000<sup>20</sup>.

Santos e Campinas inauguraram a ideia de serviço substitutivo na saúde mental, ampliando para construção de rede substitutiva. A inovação dos serviços substitutivos, na compreensão de Amarante & Torre (2001),

Está nas rupturas que operam com o antigo paradigma da psiquiatria clássica, permitindo a construção de um novo modelo que coloque em questão e transforme cotidianamente os saberes, práticas e culturas, produzindo instituições inovadoras de caráter inteiramente substitutivo. (Amarante & Torre 2001, p. 33)

Nesse sentido rede substitutiva não é sinônimo de ausência de manicômio, mas de ausência de lógicas de cuidado manicomial. O conceito de desinstitucionalização não está exclusivamente colado à ideia de internação psiquiátrica

---

<sup>20</sup> Dados obtidos no documento da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas

ou desospitalização. Esse conceito remete à concepção a qual foi concebida a construção da loucura enquanto objeto de medicalização.

O primeiro trabalho publicado por Michel Foucault em 1954 “Doença Mental e Psicologia” o autor defende a tese de que não se pode falar de ‘doença mental’ a partir de uma metapatologia, ou seja, de um marco conceitual comum para a patologia orgânica e a patologia mental, mas somente a partir da reflexão sobre o próprio homem. Foucault coloca em questão o método científico experimental da ciência positivista com fins de utilização na patologia mental, que para estudar um fenômeno lançava mão do ‘isolamento para conhecer’ a partir das etapas da observação, descrição, comparação e classificação. Phillippe Pinel inspirado por esse pensamento científico utiliza-se do método do ‘isolamento para tratar’ legitimando o hospício como lugar de tratamento da alienação mental.

A loucura passou a ser segregada, isolada, para de acordo com o método das ciências naturais, ser estudada, tratada e conseqüentemente curada, assim como as demais doenças. Essa foi uma falência da psiquiatria, como observa Rotelli (2001, p.29) “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, ‘a doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social”. Na concepção da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana o objeto da psiquiatria foi deslocado da noção de doença mental e periculosidade para a *existência-sofrimento dos pacientes em relação ao corpo social*. Sendo assim, o objetivo da desinstitucionalização na Itália não se refere à cura nem a contenção de gastos, mas a invenção de saúde e reprodução social das pessoas. O grande desafio estava em criar novas instituições compromissadas com a produção de vida dos sujeitos (ROTELLI, 2001).

A concepção da loucura enquanto desrazão, periculosidade, incapacidade, não habita apenas os espaços dos hospitais psiquiátricos. Essa é uma lógica que também pode habitar os CAPS, os centros de convivências, as residências terapêuticas, a sociedade e acima de tudo invadir a nós mesmos. Nesse sentido, precisamos desinstitucionalizar o paradigma da psiquiatria e não meramente fechar leitos manicomiais (desospitalizar), porque se assim for, estaremos apenas trocando de lugar, e nessa troca, poderemos correr o risco de ter que desinstitucionalizar os CAPS. Não se trata apenas de fechar leitos, mas de mudarmos a concepção a cerca da loucura e

essa mudança começa por nossos processos de subjetivação. Podemos fechar todos os leitos, zerar os hospitais psiquiátricos no Brasil, e com isso criarmos uma rede de saúde mental institucionalizada, manicomializada, ou seja, impregnada pelo paradigma clássico da psiquiatria. Ainda para Rotelli (2001)

O processo de desinstitucionalização torna-se agora a reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente.

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento (Rotelli, 2001 p. 29 e 30)

A inserção social da loucura na *polis*, a potencialização de vida dos sujeitos com transtorno mental faz parte do trabalho vivo das equipes cuidadoras de saúde mental. Reinsere essas pessoas na vida social, promover ações de cidadania são práticas de cuidado que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores. Essas ações não poderão descolar das necessidades de cuidados terapêuticos que por muitas vezes o grau de comprometimento e baixa autonomia dessas pessoas solicita intensivamente. De fato não se trata de cura, mas de assistência específica que muitas vezes a “doença” clama por cuidados.

Esse foi um período da reforma psiquiátrica brasileira marcado por um movimento instituinte mobilizado por forças produtivo-desejantes em busca do rompimento com o instituído pelo paradigma manicomial, traçando um processo dinâmico, criativo e revolucionário ao desenhar novas instituições compromissadas com o cuidado em liberdade.

Nesse movimento os protagonistas usuários, técnicos, gestores, sociedade civil se reuniram em torno da II Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1994 com o propósito de discutir a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil,

focando o debate em torno de 3 grandes eixos: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; e direito à atenção e direito à cidadania.

### **2.1.1.3 - 3º. Período: 2001 – hoje**

#### **Institucionalização da política pública de saúde mental: a Lei 10.216 e a disputa pelo modelo de cuidado na saúde mental**

Em 2001 no campo de disputa no legislativo é finalmente aprovada a Lei 10.216, que ficou conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. O Projeto de Lei 3.657 escrito pelo Deputado do PT Paulo Delgado, em 1989, passou 12 anos em tramitação entre a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, sendo aprovado em 2001 com várias mudanças. No projeto de lei tem-se claro os ideários da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, ao demarcar enfaticamente a reversão do modelo assistencial com a extinção dos manicômios. Após intensos debates no Senado Federal, com disputas de forças contra e a favor do projeto antimanicomial, só foi possível aprovar a lei, após inúmeras alterações no projeto. Mesmo camuflando seu caráter de extinção dos manicômios, ainda assim, a lei 10.216 representa uma vitória no campo libertário das forças reformistas.

Proponho nesse terceiro período, embasada pelo texto de Amarante e Yasui (mimeo) dar visibilidade aos bastidores que foram palco de acirradas disputas pelo modelo assistencial em saúde mental, tendo a lei como analisador do projeto da psiquiatria brasileira.

O Projeto de Lei 3.657 foi apresentado em 1989, apontando em seu texto uma radical transformação do sistema assistencial psiquiátrico brasileiro. O caput do projeto dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.



O cenário aquela época era de intensas denúncias de maus tratos no tratamento aos doentes mentais, a exemplo do fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos que foi interditada e logo mais fechada nesse mesmo ano. Além do movimento sanitário e de reforma psiquiátrica que avançava na luta contra a mercantilização da saúde, sendo na psiquiatria expressa pelas longas quase infindáveis internações psiquiátricas, que por vezes violentava os direitos humanos por abandono e desassistência. O modelo psiquiátrico era predominantemente privatizante. O setor público com uma escassa rede assistencial comprava serviços da rede contratada, privada ou filantrópica conveniada ao INAMPS e posteriormente ao SUS. Era rentável e lucrativo para os donos dos hospitais psiquiátricos essa negociação com a saúde pública.

Nesse contexto os donos dos hospitais se tornaram os atores políticos de maior resistência no andamento e aprovação do projeto de lei, visto que, o foco do projeto sustentava a extinção progressiva dos manicômios. Tem-se aqui uma disputa pelo modelo assistencial em saúde mental que tem na sua invisibilidade, na parte submersa do iceberg, o tema do financiamento como disputa por modelo. De um lado os empresários da loucura, disputando um modelo centrado no hospital, de outro lado, os atores da luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica, disputando por um modelo de cuidado territorial, extra-hospitalar. Eis uma luta política que no campo legislativo teve duração de 12 anos. Amarante e Yasui relatam nuances dessa disputa

A aprovação e sanções do projeto de lei não ocorreu. O empresariado ligados aos manicômios privados iniciaram um forte processo de resistência a sua aprovação, considerando que o mesmo – e estavam corretos – contrariava seus interesses lucrativos. Tais empresários fizeram várias ameaças, tais como a de dar alta à pacientes internados a longos anos, a de que as pessoas seriam desassistidas, de que a criminalidade praticada pelos doentes mentais e contra os mesmos iria aumentar visivelmente, etc. Muitos familiares, pressionados ou enganados por tais ameaças, aderiram a resistência social ao projeto (Amarante & Yasui, p.04)

Os autores consideram que esse embate de certa forma acirrou o debate e mobilizou a sociedade civil com adesão da mídia e de muitos movimentos sociais

organizados. Na crise do debate político foi possível potencializar ainda mais os atores do movimento de luta antimanicomial. Esse foi um período marcado pela criação de muitas associações de usuários de serviços de saúde mental, familiares, voluntários e trabalhadores da rede.

Enquanto o projeto de lei tramitava no senado e na câmara, os estados passaram a criar suas próprias leis estaduais de reforma psiquiátrica, como no Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, todos apontando para a extinção dos manicômios e reorientação do modelo assistencial. Nesse período da década de 90 foram extintos mais de 20 mil leitos psiquiátricos no Brasil, ao mesmo tempo em que foram criados 250 CAPS e mais de 1000 leitos em hospitais gerais (op cit)

Finalmente em 2001 a lei foi aprovada e recebeu o número de Lei 10.216 que traz em seu caput “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O texto da lei não permaneceu fiel ao projeto de lei. As leis ao passarem pela discussão no Congresso são submetidas às pressões dos vários atores sociais interessados e algumas dessas disputas travadas foram vencidas pelo segmento contrário a reforma psiquiátrica. A principal perda se apresenta logo no caput da lei que não mais é centralizada na extinção progressiva dos manicômios, como constava no projeto de lei, apesar de apontar para o redirecionamento do modelo assistencial.

O texto aprovado foi resultado de uma intensa luta de interesses travada até o último instante. As vésperas da votação, um artigo que permitia a construção de hospitais psiquiátricos em regiões que não houvesse leitos foi retirado em um jogo de fortes pressões. (Amarante & Yasui, p.08)

Apesar das mudanças do texto original, a aprovação da lei foi uma vitória obtida pelo movimento de luta antimanicomial. Os rumos da política de saúde mental no Brasil, nesse novo século, foram protagonizados pelos atores implicados no projeto de reforma psiquiátrica, desde trabalhadores, intelectuais, gestores, aos principais sujeitos interessados que são os usuários e familiares. Um projeto revolucionário que é arquitetado também pelos sujeitos que farão uso dessa política pública.

Com a institucionalização da lei ganha força a política pública de rede substitutiva em saúde mental. Linhas específicas de financiamento do Ministério da Saúde são criadas para dar sustentação ao projeto de reforma psiquiátrica e a reorientação do modelo tecno-assistencial. Esse período tem sido marcado pela consolidação da rede substitutiva, com uma acentuada expansão principalmente na implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial acompanhada da diminuição dos leitos psiquiátricos como parte do projeto de desinstitucionalização que em 7 anos fechou 14.596 leitos em todo o país. Os gastos com saúde mental têm sofrido mudanças na alocação dos recursos. Constata-se um progressivo aumento nos gastos com a rede substitutiva superando os gastos da rede hospitalar. Esse será o caminho de análise que faremos ao inaugurar esse próximo bloco. Convido agora a um passeio pela ponta do iceberg.

## **2.2 - BLOCO 2 - O QUANTO E SUAS FORMAS DE USO, HOJE**

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o financiamento é um fator crítico na realização de um sistema de saúde mental viável, é o mecanismo pelo qual as políticas públicas de saúde são efetivadas em ações por meio da alocação de recursos. O financiamento não é um “carro-chefe” do sistema de saúde, mas uma importante ferramenta com a qual formuladores de políticas podem organizar e implantar serviços de saúde mental: *“Financiamento é uma ferramenta e não um fim em si mesmo”* (OMS, 2003). A vontade política com a constituição de uma rede em saúde mental é um dos fatores que fará do financiamento uma ferramenta eficaz. De pouco adiante recursos se o gestor não for comprometido com a proposta de saúde mental de seu país, estados e municípios. Do mesmo modo, ainda que com a escassez de recursos que vivenciamos na saúde pública brasileira, é necessário a garantia de verbas para financiamento do cuidado na saúde mental. Compromisso com o programa de saúde mental, tanto da rede substitutiva quanto do trabalho ainda demandado pela rede hospitalar, é fundamental no avanço da reforma psiquiátrica em curso no Brasil.

“O financiamento depende, em última instância, de política, defesa de causa e expectativas sociais mais amplas” (OMS, 2003). No SUS temos como parte da estrutura gestora do sistema os Conselhos de Saúde, instância deliberativa, formada por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Lei 8.142/90). Os segmentos sociais, usuários, trabalhadores do sistema, quando bem organizados e politizados, são atores importantes na construção e sustentação das políticas públicas de saúde mental. Como vimos no capítulo 1, o Pacto em Defesa do SUS, visa politizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. É preciso que isso seja levado a diante no sentido de fortalecer os movimentos sociais e avançar na consolidação do SUS enquanto um processo social e de construção de cidadania em nosso país.

A organização do movimento social de luta antimanicomial composto por usuários, familiares, trabalhadores da rede de cuidado, gestores, pesquisadores, estudantes e comunidade em geral, promove desde a década de 80 acirrados debates e enfrentamentos em prol de uma política antimanicomial, que no bojo das discussões se faz presente o tema do financiamento. Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2010, foram discutidos os mecanismos de financiamento com foco na rede substitutiva e mudança na lógica de pagamento, bem como reivindicação de aumento de recurso, conforme aponta propostas do relatório desta conferência:

Propõe modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. No contexto do Pacto pela Saúde, cabe ao Ministério da Saúde garantir a Política de Saúde Mental como prioridade, pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial. (Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental p. 26 e 27)

Por recomendações da OMS, os países deveriam investir 5% do orçamento da saúde em saúde mental. O Projeto Atlas de Recursos de Saúde Mental desenvolvido pela OMS (2005) examinou a situação dos sistemas de saúde mental de 181 Estados Membros da OMS. As informações foram obtidas pelos Ministérios da Saúde dos países no período de outubro de 2000 a março de 2001. Os dados relatam que apenas um terço dos países possuem proposta de financiamento para a saúde mental. Destes países, 37% gasta menos de 1% dos recursos com saúde mental. No Brasil os dados revelam que aproximadamente 2,5% do orçamento da saúde em geral são dedicados ao financiamento do setor da saúde mental (OMS, 2003; OMS, 2005)<sup>21</sup>.

O Relatório Mundial de Saúde, também publicado pela OMS (2002) considera três importantes recomendações para o financiamento:

- I. Disponibilizar recursos para o desenvolvimento de serviços comunitários mediante o fechamento parcial dos hospitais;
- II. Usar o financiamento transitório para investimento inicial em novos serviços, a fim de facilitar a passagem dos hospitais para a comunidade;
- III. Manter o financiamento paralelo para a continuidade da cobertura financeira de um certo nível de cuidados institucionais, depois de estabelecidos os serviços comunitários (OMS, 2002 p.155)

No Brasil esses mecanismos tem sido norteadores na política de financiamento do SUS para a saúde mental. A primeira recomendação que consiste em disponibilizar recursos para implantação de serviços comunitários<sup>22</sup> foi incentivada pelo Ministério da Saúde através das últimas Portarias nº 245, nº 246 e nº 1059 todas de 2005 que destina recurso para implantação de CAPS e SRT. No momento de transição com o Pacto pela Saúde, o bloco de financiamento dedicado a Gestão, dispõe de linhas específicas de financiamento para implantação de novos serviços na rede substitutiva de

---

<sup>21</sup>Nem todos os países disponibilizaram os dados orçamentários. Não há registro do percentual de financiamento da Itália, Espanha e Argentina. Nos E.U.A, a informação é de que o país gasta 6% do orçamento com saúde mental. O país não tem um sistema de saúde universal e a principal fonte de financiamento advém de seguros privados. Cerca de um sexto da população não tem assistência à saúde.

<sup>22</sup> Aqui estou me referindo a recursos de investimento (implantação) e não de custeio de serviços. A primeira portaria que disponibilizou recursos de custeio para os CAPS foi a PT 189 de 1991 e para os SRT foi a PT 1.120 de 2000.

saúde mental. A segunda, que diz respeito ao financiamento transitório dos hospitais para serviços comunitários, foi encaminhada pelo gestor federal, como objeto da Portaria 1.220 de 2000. Essa regulamentação sugere que após o fechamento do leito hospitalar de longa permanência, os recursos de custeio desses leitos deveriam ser transferidos para financiamento da rede de atenção psicossocial com a estratégia dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Por fim, quanto à terceira recomendação, não temos no SUS experiência de financiamento paralelo, todo o financiamento do sistema são oriundos de recursos públicos, mediante contribuições e impostos, como vimos anteriormente. Após implantados os serviços de saúde mental, os recursos de custeio da assistência são provenientes dos valores da tabela de procedimentos do SUS.

Para uma aproximação mais detalhada dessas questões estaremos agora encaminhando a discussão na direção do modelo de financiamento da rede de saúde mental do SUS.

### **2.2.1 - FINANCIAMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO SUS: UMA TRANSIÇÃO EM CURSO**

O modelo de financiamento do SUS e especificamente da rede de saúde mental vem sofrendo modificações nos últimos cinco anos. Em 2007 com a regulamentação do financiamento advindo do Pacto pela Saúde foram instituídos blocos de financiamento para o repasse dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Muito recentemente, pouco mais de um ano, a regulamentação do SUS através do Decreto 7.508 vem apresentando novas formatações no que diz respeito ao modelo de alocação de recursos aos serviços de saúde. Estamos em meio a essa transição. Tanto no que se refere à política de desfinanciamento da rede hospitalar especializada e investimento na rede substitutiva, quanto nas novas modalidades de alocação de recursos à rede de atenção psicossocial.

O financiamento da saúde mental segue duas modalidades de recursos: investimento e custeio. O primeiro diz respeito ao financiamento para implantação de novos serviços e é transferido fundo a fundo de forma global de uma única vez ou em parcelas; o segundo são recursos destinados ao custeio das ações de assistência em saúde mental realizados pelos serviços implantados, a transferência segue a lógica do modelo de alocação de recursos por procedimento e diária<sup>23</sup>.

Para mapear as modalidades de financiamento na saúde mental, usaremos como instrumento de análise a legislação em saúde mental, focando nas portarias que tratam do financiamento dos serviços, além da análise de relatórios de gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que apresenta dados dos equipamentos da rede a nível nacional. Propomos fazer uma descrição do financiamento dos equipamentos da rede de saúde mental, incluindo os hospitais especializados em psiquiatria. Apesar de não serem integrantes da rede substitutiva, entendemos que esses equipamentos merecem especial atenção no processo de diminuição dos leitos, com o cuidado de não causar desassistência aos usuários.

### **2.2.2. FINANCIAMENTO DA REDE HOSPITALAR:**

A política nacional de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pacientes com longa história de internação vem focando na diminuição de leitos hospitalares dos hospitais de grande porte. Após o ano de 2002 uma série de normatizações do Ministério da Saúde institui mecanismos de redução dos macro-hospitais. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) são ferramentas de avaliação e de estratégia de redução dos leitos psiquiátricos, de forma gradual, pactuada e integrada. O primeiro tem por objetivo avaliar os hospitais obtendo diagnóstico da qualidade da assistência dos serviços

---

<sup>23</sup> Mais adiante estaremos apresentando as novas diretrizes, do ponto de vista do financiamento, a partir da regulamentação do Decreto 7.508 que estabelece novas formas de alocação de recursos aos serviços de saúde mental. Por ora iremos nos deter ao modelo proposto pelo pagamento por procedimento

públicos e conveniados com o SUS. A constatação da má qualidade de assistência culmina com o encaminhamento de descredenciamento do hospital ao SUS, e no caso de ser unidade pública, encaminha-se o processo de fechamento. Já o PRH promove a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 mil leitos) e dos hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos).

Nessa perspectiva a regulamentação da rede hospitalar pelo Ministério da Saúde foi fortalecida inicialmente através da Portaria 251 de 2012 tendo como parâmetro os indicadores do PNASH, os hospitais especializados em psiquiatria passaram a ser classificados de acordo com o quantitativo de leitos existentes. Passados dois anos, nova regulamentação foi estabelecida por meio das portarias 52 e 53 de 2004 que definem os parâmetros hospitalares de redução de leitos. Todos os hospitais com mais de 240 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano, com um mínimo de 40; e para os hospitais com mais de 440 leitos podem alcançar a redução de no máximo 120 leitos ano.

A estratégia do PRH também investe nos valores das diárias hospitalares. O valor pago pela AIH é inversamente proporcional ao tamanho do hospital, quanto menor o porte do hospital, maior será o valor da AIH e quanto maior o hospital, menor o valor da diária. Esse mecanismo nos leva a pensar que o Ministério da Saúde tem utilizado o financiamento como ferramenta de indução para diminuição dos leitos hospitalares, na medida em que há um privilegiamento de melhor remuneração da AIH para os hospitais de menor porte

Dessa forma, recebem incentivos financeiros, através de novos valores de diárias hospitalares, aqueles hospitais que efetivam a redução de leitos, reduzindo o seu porte, e qualificam o atendimento prestado, verificado pelo PNASH/Psiquiatria. Assim, passam a ser melhor remunerados pelo SUS todos os hospitais que reduzem leitos e que melhoram a qualidade de atendimento. A partir do programa a recomposição das diárias hospitalares passa a ser uma ferramenta da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento em psiquiatria (Ministério da Saúde, 2005, p.20)



A utilização do financiamento como ferramenta de diminuição dos macro-hospitais é expressa na concepção desse programa como forma de incentivo para redução de leitos, conforme demonstra os valores da tabela abaixo:

Quadro 2 – Valores das AIHs dos Hospitais Psiquiátricos segundo classificação hospitalar em 2004

<b>Classe</b>	<b>No. Leitos</b>	<b>Valor AIH</b>	<b>Valor Mensal (por paciente)</b>	<b>Valor Mensal (teto máximo)</b>
I	Até 120	R\$ 35,80	R\$1.074,00	128.880,00
II	120 – 160	R\$ 32,80	R\$984,00	157.440,00
III	161 – 200	R\$ 30,13	R\$903,90	180.780,00
IV	201 – 240	R\$ 28,68	R\$860,40	206.496,00
V	241 – 280	R\$ 28,35	R\$850,50	238.140,00
VI	281 – 320	R\$ 28,01	R\$840,30	268.896,00
VII	321 – 360	R\$ 27,75	R\$832,50	299.700,00
VIII	361 – 400	R\$ 26,95	R\$808,50	323.400,00
IX	401 – 440	R\$ 26,80	R\$804,00	353.760,00
X	441 – 480	R\$ 26,69	R\$800,70	384.336,00
XI	481 – 520	R\$ 26,59	R\$797,70	414.804,00
XII	521 – 560	R\$ 26,50	R\$795,00	445.200,00
XIII	561 – 600	R\$ 26,42	R\$792,60	475.560,00
XIV	Acima de 600 <sup>24</sup>	R\$ 26,36	R\$790,80	474.480,00

Fonte: Portaria 52 e 53 de 2004

As portarias 52/04 e 53/04 apresentam uma classificação em 14 tipos de hospitais levando em consideração o número de leitos existentes. Nota-se que quanto maior o porte do hospital menor é seu valor da diária. Apresentamos na tabela acima, uma simulação do teto máximo de recursos da AIH para cada classe de hospital. Baseado nesses valores foi multiplicado para cada classe de hospital o valor da AIH por 30 dias resultando no recurso equivalente a uma internação/mês por paciente. O cálculo do teto máximo que o hospital poderá receber se refere ao valor mensal por paciente multiplicado pela quantidade máxima de leitos por cada classificação hospitalar.

<sup>24</sup> Para esse porte de hospital utilizamos o quantitativo de 600 leitos

A classificação dos hospitais psiquiátricos bem como os valores das diárias foram reconfigurados em 2009 através da Portaria 2.644. Os quatorze tipos de hospitais, segundo sua capacidade instalada de leitos, foram agrupadas em quatro tipos, sofrendo reajuste também no recurso financeiro da AIH, conforme mostra a tabela abaixo. Nota-se que a lógica de privilegiamento de remuneração da AIH de hospitais de pequeno porte permanece.

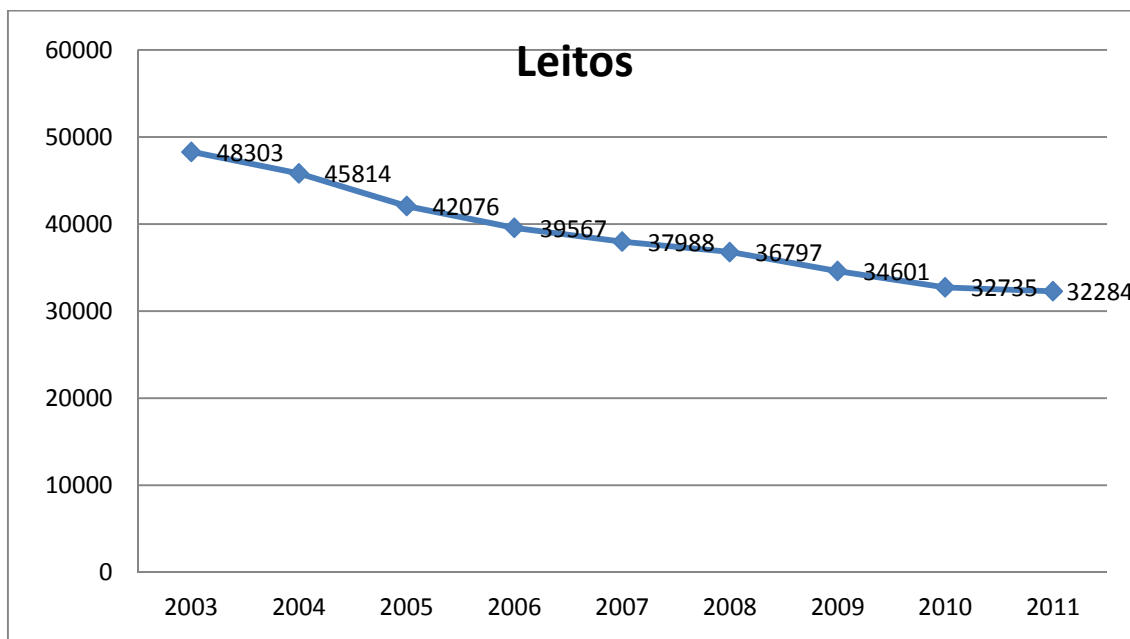
Quadro 3 – Valores das AIHs dos Hospitais Psiquiátricos segundo classificação hospitalar em 2009

<b>Classe</b>	<b>No. Leitos</b>	<b>Valor AIH</b>	<b>Valor Mensal (por paciente)</b>	<b>Valor Mensal (teto máximo)</b>
N I	Até 160	R\$ 49,70	R\$1.491,00	238.560,00
N II	161 – 240	R\$ 42,37	R\$1.281,00	305.064,00
N III	241 – 400	R\$ 38,59	R\$1.157,70	463.080,00
N IV	Acima 400	R\$ 35,58	R\$1.067,40	426.960,00

Fonte: Portaria 2.644/2009

A política de desinstitucionalização tem como indicador importante a redução dos leitos em hospital especializado. Em 9 anos houve uma redução de 19.109 leitos públicos no Brasil, uma média de aproximadamente 2.000 leitos reduzidos ao ano. O gráfico abaixo apresenta esse decréscimo nos leitos de psiquiatria no período de 2002 a 2011.

Gráfico 1 – Série Histórica de Leitos Psiquiátricos SUS no Brasil, período 2003 - 2011



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

O investimento em leitos psiquiátricos em hospital geral ainda é muito tímido na política de saúde mental. Em 1992, a portaria 224 e 189/91 instituíram a implantação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Esses recursos seriam acionados após esgotadas todas as possibilidades de atendimento na rede extra-hospitalar e de urgência. Os leitos não devem ultrapassar até 10% da capacidade instalada do hospital geral, e deverá ter no máximo 30 leitos. Essas duas portarias também abrem a possibilidade de criação de serviço de urgência em hospital geral, com leitos de internação até 72h. Dados do Ministério da Saúde apresentam que o ano de 2011 encerrou com 3.910 leitos públicos de psiquiatria credenciados em hospitais gerais.

O reajuste dos valores de procedimentos da diária de AIH de psiquiatria em hospital geral foi objeto da Portaria 2.629 de 2009. O valor estimado para remuneração da diária foi estabelecido em R\$56,00. Importante ressaltar um investimento maior na remuneração do hospital geral em relação a diária do hospital psiquiátrico que custa na sua versão de maior pagamento o valor de R\$49,70. Em ambos os casos as novas regulamentações de internação hospitalar incentiva um

aumento de 10% do valor da diária caso o paciente tenha alta no período de no máximo 20 dias.

A política de atenção a usuários de álcool e outras drogas possibilitou a otimização dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Em 2005, através da Portaria 1.612, o Ministério da Saúde regulamentou e destinou recursos específicos para financiamento desses leitos através dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Esses serviços se articulam com o CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas) que não funcionam em regime de 24 horas, e são destinados a municípios acima de 200.000 habitantes. Esse serviço é destinado principalmente à assistência de casos de síndrome de abstinência alcoólica, overdose, desintoxicação e outros tratamentos, estando localizados somente em hospitais gerais e poderão contar com, no máximo 14 leitos.

A remuneração da AIH obedece a duas categorias: tratamento de intoxicação aguda cujo leito deverá ser ocupado em um prazo máximo de 48 horas e tratamento de dependência de álcool, com síndrome de abstinência disponibilizando um período de ocupação do leito de 3 a 7 dias. Os valores da AIH são diferenciados. Para o primeiro tipo de internação a AIH tem um valor de 105,00 e o segundo é de 46,00.

A atual reestruturação da rede assistencial do SUS a partir da criação de Redes de Atenção Psicossocial reposiciona o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Em 2012 a Portaria 148 de 31 de janeiro define a estruturação do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial instituindo incentivos financeiros de custeio e investimento. Essa portaria foi alterada pela 1.615 de 26 de julho de 2012 modificando os valores de incentivo de financiamento de leito.

O Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental deve ser implantado em hospitais gerais. No caso de implantação de até 10 leitos, poderá funcionar em leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack

e outras drogas. Em se tratando de crianças poderá funcionar em leitos de pediatria qualificados ao atendimento a esta clientela.

Quando a necessidade de implantação de leitos dessa natureza superar 10 leitos, os mesmos poderão funcionar em enfermaria especializada destinada exclusivamente ao atendimento de pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. O número de leitos não deverá exceder o percentual de 15% do número total de leitos do Hospital Geral, até no máximo 25 leitos. (Portaria 1.615 de 26 de julho de 2012)

Em ambos os casos a equipe técnica é composta de forma multiprofissional, contando com técnico ou auxiliar de enfermagem, profissional de saúde mental de nível superior, enfermeiro e médico preferencialmente psiquiátrica, principalmente no caso de enfermaria especializada.

O incentivo financeiro de investimento para apoio à implantação deste serviço hospitalar foi objeto de alteração pela portaria 1.615 instituindo incentivo de recurso no valor de R\$4.000,00 por leito implantando, ficando estabelecido mínimo de 4 leitos e máximo de 25 leitos por hospital.

Esse recurso de incentivo poderá ser utilizado tanto para adequação de instalações físicas e aquisições de equipamentos, quanto para capacitação e atualização das equipes em temas relativos aos cuidados das pessoas com transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas.

No que diz respeito ao recurso de custeio fica instituído o valor anual de R\$67.321,32, equivalente a R\$5.610,11 mensal por cada leito implantado. A previsão do uso do leito deverá seguir a seguinte proporção.

- 60% das diárias de até 7 dias – equivale a R\$300,00 por dia
- 30% das diárias entre 8 a 15 dias – equivale a R\$100,00 por dia
- 10% das diárias superiores a 15 dias – equivale a R\$57,00 por dia

O incentivo financeiro está atrelado à internação de curta permanência, priorizando assim a rotatividade no uso dos leitos e a não institucionalização do paciente por um período mais longo.

Com o mapeamento da rede hospitalar é possível verificar uma transição no modo de financiamento dos leitos hospitalares. Nos hospitais especializados de psiquiatria permanece a modalidade de pagamento por diária hospitalar, atrelado ao quantitativo de produção mensal, usando como instrumento a Autorização de Internação Hospitalar. Por outro lado, a recente publicação da Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012 inaugura uma nova formatação de remuneração dos leitos do Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental ao destinar um montante global de recurso financeiro de custeio por leito implantado no hospital geral. Vale ressaltar que os leitos em hospital geral são parte integrante da rede substitutiva de saúde mental. Trata-se do componente substitutivo da rede hospitalar, compondo os leitos de atenção integral em saúde mental. De todo modo, para fins de divisão didática, optei em incluir essa discussão na rede hospitalar.

Veremos agora, como se estabelece na rede substitutiva o financiamento e o modelo de alocação de recursos do SUS na saúde mental.

### **2.2.3. FINANCIAMENTO DA REDE SUBSTITUTIVA:**

#### **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA:**

##### **⊕ Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

Apesar dos primeiros serviços que compõem a rede substitutiva em saúde mental terem sido inaugurados ainda na década de 80, principalmente os CAPS e NAPS (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial), foi apenas em 1991 que estes receberam recursos financeiros específicos do gestor federal para custeio das ações. Quatro anos

mais tarde, o Ministério da Saúde regulamentou esses equipamentos e destinou recursos financeiros para remuneração dos procedimentos.

Em 2002 a Coordenação Nacional de Saúde Mental enfatizou com mais vigor sua política de reorientação do modelo assistencial, elegendo o CAPS como um dispositivo estratégico e de grande importância no processo de reforma psiquiátrica. Nesse período as Portarias 336/02 e 189/02 são os instrumentos ministeriais de normatização e regulamentação desses serviços.

Abandonando de vez o termo “NAPS”, e referindo-se apenas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Portaria 336 determina que esses serviços sejam definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, classificando-os como CAPS I, CAPS II e CAPSIII

Essas três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento ao público em saúde mental (...) e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS deverão constitui-ser em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (Brasil, Portaria nº336 de 2002)

Especificamente no que se refere às mudanças do modelo de financiamento dos CAPS, a Portaria 189 de 2002 se encarrega de normatizar as alterações previstas para a remuneração desses equipamentos. Esse instrumento insere novos procedimentos na tabela SIA/SUS, ampliando o financiamento e estabelecendo os limites mensais de atendimento para cada tipo de CAPS, classificados de acordo com o seu porte (CAPS I, II e III).

Assim, os serviços de atenção psicossocial tiveram sua forma de remuneração alterada e ingressaram no sistema APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo), “sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação)” (MS, Portaria 336/02).

Todos os programas estratégicos eleitos pelo Ministério da Saúde são investidos com recursos provenientes do governo federal. Considerada extra-teto, a verba é alocada em conta específica, exclusivamente para o custeio dos CAPS. Podemos considerar que o FAEC é uma ferramenta que opera pelo financiamento como direcionalidade nas políticas públicas, na medida em que o município recebe recursos a mais no seu já disponível teto orçamentário, para custeio de ações e serviços considerados estratégicos.

Além desses programas serem privilegiados pelo governo federal, que assume predominantemente o ônus pelo seu financiamento, o recurso repassado pela União só poderá ser utilizado para o custeio dos CAPS e não para outros fins; é o que se convencionou denominar “verba carimbada”.

Sugere-se que os CAPS tenham um formulário de controle de frequência individual do usuário que está sob uso da APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) para controle de cobrança ao término de cada mês. O laudo diagnóstico deverá ser alterado sempre que houver mudanças na modalidade de tratamento. Esse instrumento de pagamento por procedimento via APAC deverá ser preenchido somente pelos profissionais técnicos de nível superior: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e clínico geral (SES-MG, 2006). Para além das informações gerenciais a APAC parece imprimir certo caráter burocrático no cotidiano da instituição. Parece que há uma tensão entre a informação como ato burocratizado e a informação como ferramenta de gestão. Que implicações teriam essa modalidade de financiamento no cuidado com os usuários? Essas informações para fins de remuneração estão a serviço do cuidado centrado no usuário, ou servem apenas a um cuidado centrado no procedimento? O setor do faturamento das secretarias municipais de saúde passou a demonstrar preocupação com a produção das APACs faturadas ao mês. A normatização estabelecida para o preenchimento das APACs, ressaltando o código diagnóstico, tipo de APAC com o número de atendimentos, evolução no prontuário, muitas vezes passou a ser alvo de análise da auditoria. Veremos adiante que esse modelo de pagamento vem sofrendo mudanças após o Decreto 7.508 com a incorporação dos valores globais aos tetos municipais.



Além da remuneração derivada do sistema APAC, vincula-se, ainda, ao CAPS III, a remuneração por diárias de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Esse tipo de CAPS funciona 24 horas e comporta cinco leitos noturnos, cada qual com um limite de 10 diárias de AIH para cada paciente.

No quadro a seguir apresentamos uma simulação de faturamento dos CAPS, com base no teto máximo de procedimentos estabelecidos pela Portaria 189/02.

Quadro 4 – Simulação dos tetos de faturamento dos CAPS segundo tipo de unidade

**CAPS I**

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proc/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	25	25	625	R\$ 18,10	R\$ 11.312,50
Semi-intensivo	50	12	600	R\$ 15,90	R\$ 9.540,00
Não-intensivo	90	3	270	R\$ 14,85	R\$ 4.009,50
<b>Total Global</b>	<b>165</b>		<b>1.495</b>		<b>R\$ 24.862,00</b>

**CAPS II**

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês Por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	45	25	1.125	R\$ 18,10	R\$ 20.362,50
Semi-intensivo	75	12	900	R\$ 15,90	R\$ 1 4.310,00
Não-intensivo	100	3	300	R\$ 14,85	R\$ 4.455,00
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
<b>Total Global</b>	<b>235</b>		<b>2.445</b>		<b>R\$ 41.083,50</b>

**CAPS III**

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	60	25	1.500	R\$ 18,10	R\$ 27.150,00
Semi-intensivo	90	12	1.080	R\$ 15,90	R\$ 17.172,00
Não-intensivo	150	3	450	R\$14,85	R\$ 6.682,50
3º turno	20	8	160	R\$16,30	R\$ 2.608,00
AIH <sup>25</sup>	5 leitos	10 diária/AIH	150	R\$30,30	R\$ 4.545,00
<b>Total Global</b>	<b>320 APACs</b>		<b>3.190 proc. APAC</b>		<b>R\$ 58.157,50</b>

<sup>25</sup>As diárias de AIH não estão contabilizadas no total global, mas foram incluídas no valor total mensal.

**CAPS i II**

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced / mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	25	22	550	R\$ 25,40	R\$ 13.970,00
Semi-intensivo	50	12	600	R\$ 16,30	R\$ 9.780,00
Não-intensivo	80	3	240	R\$ 14,85	R\$ 3.564,00
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
Total Global	170		1.510		<b>R\$ 29.270,00</b>

**CAPS ad II**

Tipo de tratam.	Nº de APAC	Nº proced/mês por APAC	Total proced/mês	Valor do proced. \$	Total/mês
Intensivo	40	22	880	R\$ 18,10	R\$ 15.928,00
Semi-intensivo	60	12	720	R\$ 15,90	R\$ 11.448,00
Não-intensivo	90	3	270	R\$ 14,85	R\$ 4.009,50
3º turno	15	8	120	R\$ 16,30	R\$ 1.956,00
Total Global	205		1.990		<b>R\$ 33.341,50</b>

Fonte: Freire (2004)

O valor da diária do CAPS comparado à diária da AIH do Hospital Psiquiátrico é bem inferior. Para uma APAC intensiva a diária custa R\$18,10 e a AIH mais baixa do hospital acima de 400 leitos custa R\$35,58, uma diferença de 50% a mais. Já a AIH do CAPS III que remunera apenas 5 leitos noturnos custa R\$30,30, se compararmos com a AIH melhor remunerada do hospital de menor porte com até 160 leitos o valor é de R\$49,70.

Estudo apurado de custos dos CAPS realizado no Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira responsável por grande parte da rede substitutiva de saúde mental de Campinas, Fonseca (2007) após uma minuciosa análise das portarias 336/02 e 189/02, demonstra a discrepância entre o custo desse equipamento e o teto máximo de faturamento do CAPS III que apresentamos no quadro acima (R\$58.157,50). Dados do estudo indicam que para o CAPS III chegar ao seu teto máximo de faturamento será necessário atender por dia 140 usuários o que o torna inviável pela proposta de Reforma Psiquiátrica e ainda mais pelo projeto que o serviço substitutivo se propõe, nas palavras do autor “um delírio manicomial”. Ainda se o serviço atendesse aos 140 usuários/dia ao final do mês o custo do CAPS chegaria a cifra de R\$195.794,37, mais que o triplo do que está orçado pela portaria 189/02. Levando-se em consideração um número razoável

de atendimento-dia, o autor calcula os custos de um CAPS III tendo como base o atendimento de 75 usuários/dia. O resultado dessa apuração de custos para essa quantia de usuários chega a um valor total/mês de R\$136.000,00.

O Serviço de Saúde Cândido Ferreira estabeleceu com a Prefeitura de Campinas o processo de Co-Gestão. Convênio de co-responsabilização na gestão administrativa/financeira e de organização e conformação do cuidado na rede de saúde mental do município.

O convênio estabelecido com o SUS, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde é de caráter global, calculado sobre a capacidade de atendimento instalada, especificando-se as metas de quantidade e qualidade para cada projeto ou serviço desenvolvido, e o repasse mensal é feito pelo teto estabelecido independente da variação da produção efetiva de procedimentos (Fonseca, 2001 p.27)

Resgatando a discussão realizada no capítulo anterior, quanto as diferentes modalidades de alocação de recursos, percebemos aqui que no processo de co-gestão da rede substitutiva de Campinas, predomina a modalidade de alocação de recursos por orçamento global, portanto diferenciando-se da transferência de recursos baseada no quantitativo produzido pelos procedimentos. A programação orçamentária aprovada para o CAPS Esperança, serviço que serviu como estudo de caso de Fonseca (2007) é referente ao valor máximo da capacidade de faturamento do CAPS, segundo consta na portaria 189/02. Mesmo recebendo em seu orçamento o teto máximo de recurso do CAPS, sem está atrelado a apresentação da produção dos procedimentos faturados, ainda assim o recurso repassado pelo Ministério da Saúde é três vezes inferior aos custos desses serviços, o que imprimi dificuldades de ordem financeira na gestão do Cândido Ferreira.

Essa análise é ainda mais preocupante quando nos debruçamos com o sistema de alocação de recursos financeiros do SUS aos estados e municípios, baseada na modalidade de pagamento por procedimento. Apesar da transferência ser fundo a fundo, os procedimentos APAC, por serem extra-teto e estarem inseridos no FAEC, são

repassados aos municípios mediante apresentação do quantitativo de procedimentos realizados ao mês, ou seja, os municípios deverão informar, através das APACs quantos usuários foram atendidos por dia e no total do mês, nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Pela análise que Fonseca (2007) nos apresenta muito provavelmente os CAPS não conseguem chegar ao seu teto máximo de faturamento.

Essa tensão entre a forma de pagamento por procedimento estipulada aos CAPS foi amenizada em dezembro de 2011, inserindo a lógica de alocação de recursos *ex-ante*, pré-pagamento. Com o advento da Portaria 3.089 de 23 de dezembro de 2011, foi instituído recurso financeiro fixo aos CAPS incorporados nos tetos municipais no bloco de Média e Alta Complexidade, sob a forma de transferência regular e automática. Sendo assim, os CAPS passam a receber um valor pré-fixado, desatrelado do quantitativo de produção de procedimentos. O quadro abaixo apresenta os valores estabelecidos de custeio dos CAPS mensal.

Quadro 5 – Recursos de Custeio dos CAPS a partir de 2012

Modalidades	Recurso de Custeio
CAPS I	R\$ 28.305,00
CAPS II	R\$ 33.086,25
CAPS III	R\$ 63.144,38
CAPS i	R\$ 32.130,00
CAPS ad	R\$ 39.780,00
CAPS ad III	R\$ 78.800,00

Portaria 3.089 de 23 de dezembro de 2011

O período vivenciado após a portaria 189 de 2002 que estabeleceu novos valores de custeio dos procedimentos de CAPS e a portaria 3.089 de 2011 que reformulou o financiamento desses serviços foi marcado também pelo reajuste de valores da tabela de procedimentos do SUS que ocorreu em 2007. Esse reajuste poderá justificar o aumento dos recursos destinados aos CAPS, conforme mostra quadro abaixo. Contudo, é curioso perceber a diminuição no valor de custeio do CAPS II.

Quadro 6 – Evolução dos Recursos de Custeio dos CAPS no período de 2002 à 2011

Modalidade	PT 189/2002	PT 3.089/2011
CAPS I	R\$ 24.862,00	R\$ 28.305,00
CAPS II	R\$ 41.083,50	R\$ 33.086,25
CAPS III	R\$ 58.157,50	R\$ 63.144,38
CAPS i	R\$ 29.270,00	R\$ 32.130,00
CAPS ad	R\$ 33.341,50	R\$ 39.780,00
CAPS ad III	---	R\$ 78.800,00

Criado a partir das Portarias 189 de 20 de Março de 2002 e Portaria 3.089 de 23 de Dezembro de 2011

Além dos recursos de custeio destinados ao financiamento destes serviços o Ministério da Saúde regulamentou através da Portaria 245 de 2005, a destinação de verbas de investimento para implantação de CAPS. Para cada tipo de serviço verbas são alocadas nos municípios, em parcela única, como forma de investimento na expansão da rede CAPS, conforme demonstra o artigo 4 da portaria apresentado abaixo:

Quadro 7 – Recursos de Investimento para Implantação de CAPS

Modalidades	Recurso Investimento
CAPS I	R\$ 20.000,00
CAPS II	R\$ 30.000,00
CAPS III	R\$ 50.000,00
CAPS i II	R\$ 30.000,00
CAPS ad II	R\$ 50.000,00
CAPS ad III <sup>26</sup>	R\$150.000,00

Portaria 245 de 17 de janeiro de 2005

Ainda em relação aos CAPS, inaugurou-se verbas de incentivo para o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS. Esse incentivo

<sup>26</sup> O CAPS ad III foi definido pela Portaria nº 130 26 de Janeiro de 2012

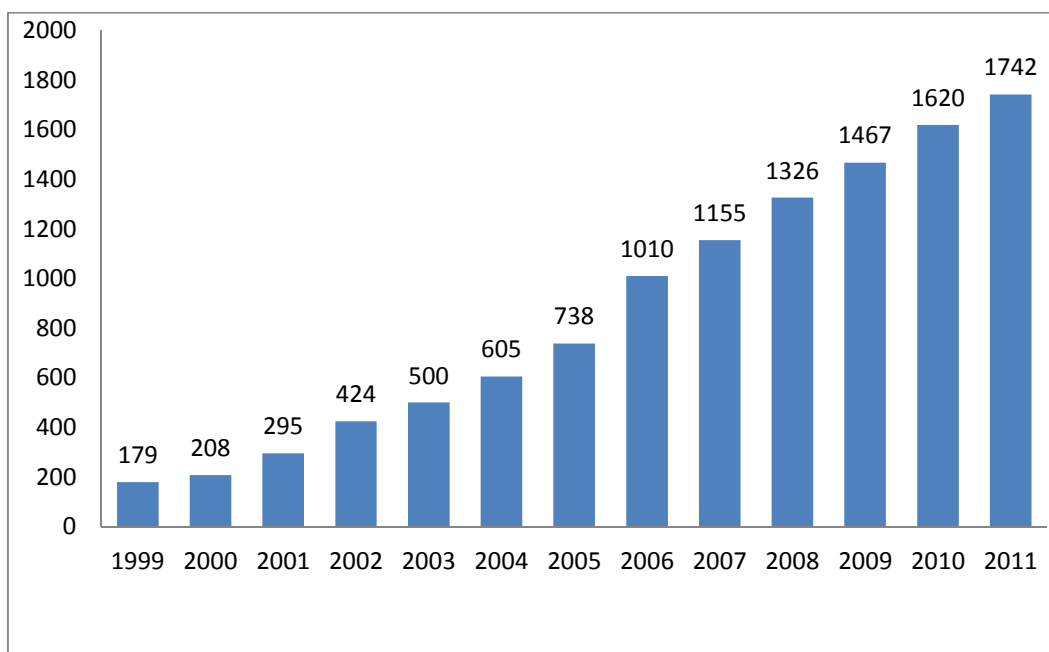
financeiro foi normatizado através da Portaria 1.174 de 7 de julho de 2005. Os incentivos são da ordem de R\$10.000,00 para cada CAPS, transferidos aos fundos municipais e estaduais, sem onerar os tetos da assistência de média e alta complexidade.

O Programa de Qualificação dos CAPS destina-se a:

- a) supervisão clínico-institucional regular (semanal);
- b) ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários;
- c) ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência;
- d) realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores;
- e) ações de integração com familiares e comunidade;
- f) desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores.

O gráfico abaixo visualiza a expansão dos CAPS no período entre 1998 a 2011. Em 2002 a rede contava com 424 CAPS, marcando uma acelerada expansão a partir do ano de 2005. Esse dado parece vincular-se ao ano em que o Ministério da Saúde destinou verba específica para implantação desses equipamentos como vimos nos dados da Portaria 245/05.

Gráfico 2 – Série Histórica de Expansão de CAPS no período de 1998 a 2011



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

Tabela 4 – Série histórica de CAPS por tipo no período de 2006 a 2011

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	CAPSadIII	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

## **ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:**

### **⊕ Serviço Residencial Terapêutico – SRT**

Seguindo a descrição do financiamento da rede substitutiva de saúde mental, outro equipamento importante no processo de desinstitucionalização são as Residências Terapêuticas. Desde o início da década de 90 municípios que iniciavam a construção de sua rede substitutiva como Porto Alegre, Campinas, Santos, Rio de Janeiro, já contavam com experiências de “moradias extra-hospitalares”, “lares abrigados” e “pensões protegidas”, denominações que antecederam a nomeação de Serviço Residencial Terapêutico. Foi apenas em 2000 que esses dispositivos passaram a ser financiados pelo gestor federal.

A desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental grave internada de longos anos nos hospitais psiquiátricos passou a ser estratégia importante no processo de reforma psiquiátrica. Retirar essas pessoas da moradia hospitalar e inseri-las em espaços de moradia e convivência na cidade como parte de exercício de cidadania, tem sido um investimento da política nacional de saúde mental. Essa estratégia de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico tem como dispositivo os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) que,

Trata-se de moradias localizadas no espaço urbano, que embora se configurem como equipamentos de saúde, devem ser capazes de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade, são de fato os mais fundamentais direitos que se constituem com a implantação nos municípios de SRT. Sendo residências cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades,



gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores (Ministério da Saúde, 2005).

Essa estratégia proporciona a saída do paciente do hospital, quando o mesmo está com seus vínculos familiares fragilizados, impossibilitando o retorno à família, ou ainda na condição de inexistência de uma família. Pela regulamentação das Portarias 106 e 1220 ambas de 2000, essas casas devem acolher até 8 moradores e contam com cuidadores. São vários os arranjos dessas moradias em todo o país. Temos desde casas com moradores completamente autônomos, sem necessitar de cuidador diário, que geram sua própria rotina tanto de moradia (com os afazeres domésticos) e de auto-cuidado, quanto de circulação pela cidade, até casas com uma clientela de moradores com baixo grau de autonomia necessitando de cuidados 24 horas.

A política de financiamento dos SRT está intrinsecamente relacionada com a proposta de diminuição dos leitos hospitalares. A portaria 106/00 sugere que “a cada transferência do paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando os recursos da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental”. Nesse sentido, observamos uma proposta de reorientação do modelo assistencial acompanhada de reorientação financeira, da rede hospitalar para a rede de atenção psicossocial.

A modalidade de remuneração também era realizada por APAC, no entanto esses equipamentos não estavam inseridos no FAEC como no caso dos CAPS. Os recursos de custeio do SRT integram o teto orçamentário dos municípios de média e alta complexidade ambulatorial e a diária custava R\$23,00 somando um total mensal de R\$690,00 por morador.

Pesquisa realizada por Furtado (2006) discute a necessidade de se criar e normatizar com financiamento adequado SRT de alta complexidade, para usuários com baixo grau de autonomia.

Esses SRT seriam classificados como tipo II sendo necessário prioritariamente nas experiências mais desenvolvidas, as quais

já retiraram os usuários mais autônomos e agora se deparam com situações especiais, que requerem acompanhamento diuturno por questões físicas ou por restrições do grau de autonomia apresentado pelos futuros egressos. (Furtado, 2006 p.46)

A reconfiguração das residências terapêuticas se deu em dezembro de 2011 através da Portaria 3.090, estabelecendo modalidades de moradia tipo I e tipo II. A primeira refere-se a casas que podem acolher no mínimo 4 moradores e no máximo 8 moradores. O SRT tipo II é destinado a pessoas com acentuado grau de dependência, especialmente em função de seu comprometimento físico que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral. Essa modalidade deve acolher até 10 moradores.

Em 2005 a Portaria Federal nº 246 destina incentivo financeiro (recurso de investimento) para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, transferindo para os tetos municipais e estaduais o valor de R\$10.000,00 para cada residência com 8 vagas. Em 2011 esse valor foi reajustado de acordo com a normatização da Portaria 3.090 que passou a destinar o valor de R\$20.000,00 para os SRT tipo I e II. Esse recurso é alocado e transferido em parcela única para os respectivos fundos de saúde dos estados e municípios.

No que se refere ao recurso de custeio a atual normatização do financiamento também segue a lógica do repasse global, abandonando a modalidade de pagamento por diária. Sendo assim, o art. 4º da Portaria 3.090/2011 estabelece o repasse de recurso financeiro mensal, fundo a fundo, no valor de R\$ 10.000,00 para cada grupo de 8 moradores de SRT tipo I e R\$ 20.000,00 para cada grupo de 10 moradores de SRT tipo II. O documento sugere ainda uma conformação de gastos com remuneração dos profissionais. Para o SRT tipo I sugere a utilização de R\$2.000,00 para pagamento de profissionais e o SRT tipo II a despesa com profissionais seria da ordem de R\$8.000,00.

Os repasses financeiros não serão destinados aos módulos de SRT, mas a grupo de moradores. Levando em consideração que um SRT I poderá ter no mínimo 4 moradores e no máximo 8 e para o SRT II no máximo 10 moradores, a transferência do custeio poderá seguir a seguinte distribuição

## Quadro 8 - Repasse financeiro de custeio aos SRT

Nº de Moradores	SRT tipo I			Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total		Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00	4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00	5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00	6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00	7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
				9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
				10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Fonte: Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011

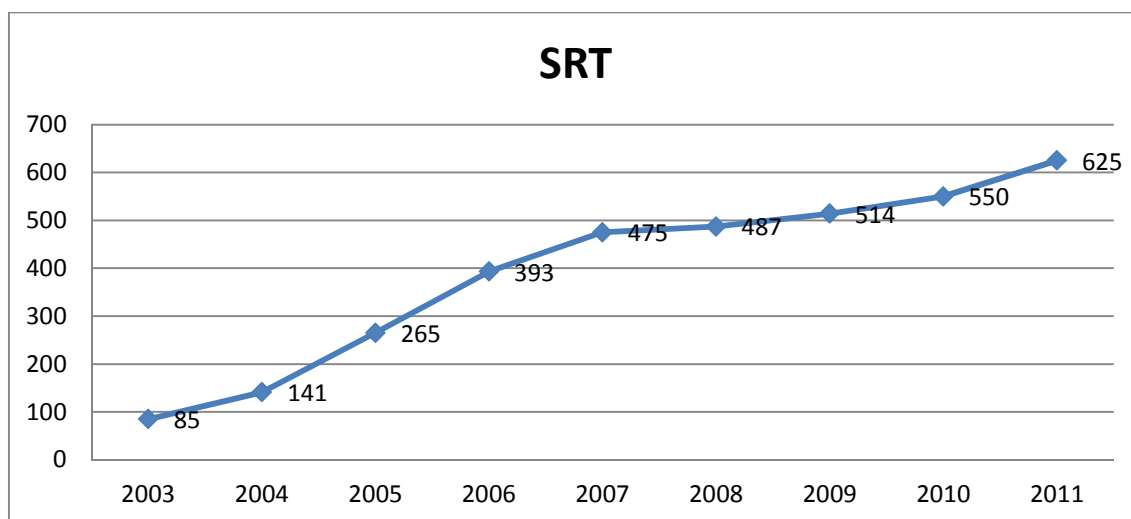
Observamos um maior investimento de volume financeiro no custeio dos SRT. No formato de financiamento anterior por diária, o faturamento de um SRT com 8 moradores era estimado no valor mensal de R\$ 5.220,00. Com essa reformulação o financiamento aumentou em quase 100%, totalizando um repasse mensal no valor de R\$10.000,00.

O instrumento normativo especifica o quantitativo de recurso utilizado para pagamento de profissional, isso não significa dizer que o financiamento de custeio da residência terapêutica deverá ser exclusivamente verba do governo federal. Essa descrição do pagamento destinado aos Recursos Humanos poderá levar ao entendimento dos gestores a certo caráter de terceirização dos serviços. Ou seja, é possível que os municípios passem a contratar profissionais pela via do contrato de prestação de serviço e não como um dispositivo da rede de atenção psicossocial de atuação do servidor público no SUS. Essa formatação de prestação de serviço permite mobilidade do gestor com o projeto de cuidado desse dispositivo, uma vez que o técnico não desenvolvendo a função de cuidador adequado a proposta de moradia poderá ser “dispensado” e recontratado outro profissional para atuação no projeto desinstitucionalizante.

Analisando a expansão de SRT no período de 2002 a 2011, os dados apresentam o acompanhamento do processo de desinstitucionalização, ao compararmos com o gráfico 1 de diminuição de leitos. O fechamento dos leitos acompanha a abertura de novas residências terapêuticas. Do ano de 2004 para 2005 houve um significativo aumento de implantação de SRT passando de 265 no ano de 2004 para 393 em 2005. Esse foi o período de maior expansão desses equipamentos. Mais uma vez, assim como

nos CAPS, esse período de expansão coincide com o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação desses equipamentos. Se compararmos os dados de diminuição de leitos com a criação de novos serviços residenciais terapêuticos, vimos que no mesmo período (2002 a 2011) foram fechados 19.109 leitos psiquiátricos e aberto apenas 625 SRT. Levando em consideração que cada residência poderá acolher até 8 ou 10 moradores esse total de casas abriga somente 3.470 moradores. Ainda é muito tímida a política de apoio a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência.

Gráfico 3 – Série Histórica de SRT em funcionamento no período de 2002 a 2011



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

A política nacional de saúde mental tem investido nessas últimas décadas na reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo de cuidado comunitário com a construção de uma rede de atenção psicossocial. Essa lógica vem acompanhada da condução do financiamento desta política, na medida em que incentiva a redução de leitos, remunerando melhor a AIH de hospitais de menor porte, e destina recursos específicos tanto para custeio dos CAPS quanto para investimento de expansão da rede substitutiva.

## ⊕ Programa de Volta pra Casa – PVC

Para além do financiamento de serviços assistenciais, em 2003 é aprovada a Lei 10.708 que prevê o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação. Essa lei também faz parte da política de desinstitucionalização que viabiliza o “Programa de Volta pra Casa” cujo objetivo “é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania” (Ministério da Saúde, 2003).

Esse programa prevê uma bolsa mensal no valor de R\$300,00 para pacientes egressos de internações psiquiátricas com vistas a contribuir no seu processo de reintegração social e exercício de cidadania. O pagamento do auxílio-reabilitação faz parte de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Cada beneficiário recebe um cartão magnético com o qual pode sacar e movimentar esses recursos. O Programa de Volta pra Casa possibilita a ampliação da rede de relações do usuário e viabiliza a emancipação e autonomia dos beneficiários, na medida em que proporciona uma renda fixa mensal para a sobrevivência da vida diária dessas pessoas.

Para habilitar-se ao programa o município de residência do beneficiário deverá ter uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de assegurar o cuidado a essas pessoas. Segundo avaliação do Ministério da Saúde no curso de implantação do programa algumas dificuldades têm sido enfrentadas quanto ao credenciamento dos beneficiários,

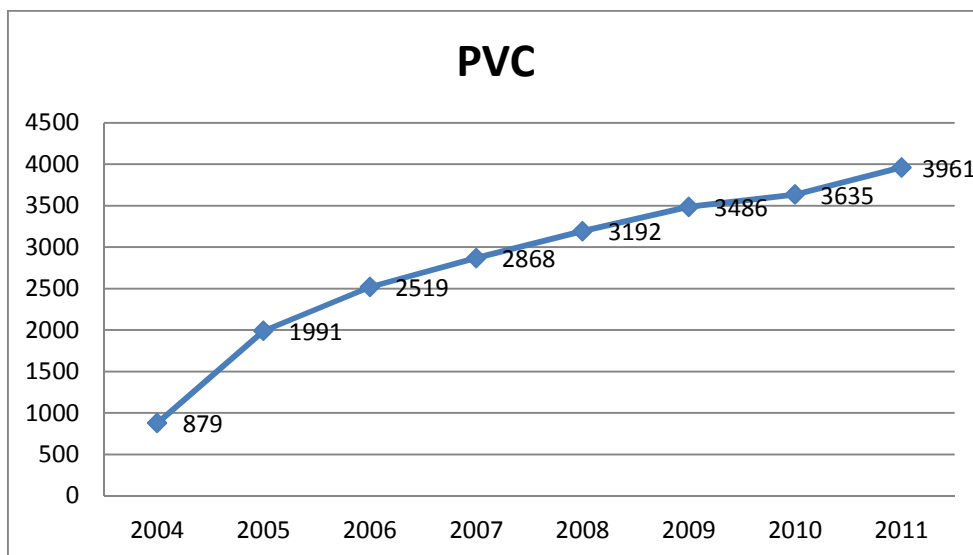
O Programa de Volta para Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possuem a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de nascimento ou carteira de identidade O longo e

secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implicam muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania (Ministério da Saúde, 2003)

Várias têm sido as parcerias estabelecidas para enfrentamento desses problemas. A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República tem apoiado o Ministério da Saúde na restituição do direito de identificação para garantir a estas pessoas a bolsa de auxílio-reabilitação.

A folha de pagamento do programa finalizou o ano de 2011 com 3.961 beneficiários, conforme mostra no gráfico abaixo o incremento desse programa no período de 2004 a 2011.

Gráfico 4 – Expansão do Número de Beneficiários do Programa de Volta pra Casa, no período de 2004 a 2011



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

O Programa de Volta pra Casa e os Serviços Residências Terapêuticas são estratégias que leva a um convite de “vazamento” do campo sanitário. O tema da

intersetorialidade nessa perspectiva parece ser um ponto-chave na ampliação do cuidado e produção de vida as pessoas em sofrimento mental. Na compreensão de Dimenstein & Liberato (2008) “desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias. Precisamos nos ocupar não só de expandir serviços substitutivos tal como conhecemos, mas investir em uma rede diversificada de dispositivos que deem retaguarda ao usuário e às famílias no próprio território, que os ajudem a atravessar suas crises”. Para Yasui (2010) esse movimento deveria,

Articular ações integradas com os campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho, Lazer, com a Universidade, o Ministério Público, e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), significa construir um processo que envolve um intenso diálogo que pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo, explicitar os conflitos e os interesses envolvidos, para que se possa negociar e pactuar ações, unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassam a todos estes campos: melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. (Yasui, 2010 p.155)

A intersetorialidade marcou a pauta da agenda da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” possibilitou ampliar o debate para além do campo sanitário, convocando outros atores sociais que não estão diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas que apresentam indignações e propostas no campo da saúde mental. Os três grandes eixos de discussão da conferência permeou os seguintes debates: (1) Políticas sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; (2) Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais e (3) Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

## **Saúde Mental na Atenção Básica**

### **⊕ Centro de Convivência**

Como dispositivo de integração comunitária os Centros de Convivência e Cultura, estão incluídos no componente da atenção básica, da rede substitutiva em saúde mental. Este dispositivo coloca o “pé para fora” da rede sanitária, oferecendo espaço de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. São, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura (Ministério da Saúde, 2003).

Apesar do Centro de Convivência ter sido incorporado como mais um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Básica, ainda não existe uma política nacional específica de financiamento a esses equipamentos. O Ministério da Saúde vinha articulando junto ao Ministério da Cultura a inserção desses dispositivos no Programa de Pontos de Cultura do MINC. Em 2007 o Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental - LAPS da FIOCRUZ coordenou a oficina “Loucos pela Diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura” com o objetivo de subsidiar a indicação de políticas públicas culturais para pessoas em sofrimento psíquico e em situações de risco social. A oficina foi estruturada tendo como base três eixos focais: Patrimônio, Difusão e Fomento articulando o debate e promovendo interface com os temas: a) Pontos de Cultura; b) Linhas de pesquisa prioritárias para apoio e financiamento e c) Editais e prêmios (Amarante e Lima, 2008)

Dados do MS de 2007 revelam registro de apenas 51 Centros de Convivência cadastrados no país e em sua grande maioria localizados na região sudeste.



## ⊕ **Atenção Básica e Núcleo de Apoio a Saúde da Família**

Retomando a rede sanitária, na atenção básica, foi criada a Portaria n° 154 de janeiro de 2008, que instituiu os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Esses núcleos têm por “objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”. Compostas por equipes multidisciplinares: médico (acumputurista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, veterinário) assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, arte-educador, essas equipes têm a função de apoiar as equipes de saúde da família, na integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS complementando o trabalho das equipes de saúde da família. O documento estabelece certa ‘prioridade’ na assistência a saúde mental ao recomendar que “cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais”. O NASF pode ser de dois tipos: NASF 1 e NASF 2 de acordo com a carga horária semanal de trabalho e abrangência de equipes de saúde da família o qual está vinculado, conforme apresenta quadro abaixo.

Quadro 9 – Diferenciação de modalidades de NASF

<b>NASF 1</b>	<b>NASF 2</b>
I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais	I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais
II - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.	II - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
III – Vinculado a no mínimo 8 e no máximo 15 equipes de PSF e/ou AB Municípios com menos de 100.000 hab – mínimo 5 e no máximo 9 equipes	III – Vinculado a no mínimo 3 e no máximo 7 equipes de PSF

Criado a partir da Portaria n° 154 de Janeiro de 2008

Esses núcleos receberão financiamento específico diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, para cada equipe implantada, variando de R\$20.000,00 NASF 1 a R\$6.000,00 NASF 2. Esse financiamento integrará a parte variável do PAB compondo o bloco financeiro da atenção básica. Assim como os demais procedimentos produzidos na atenção básica, serão informados ao SIA/SUS, mas não geraram créditos financeiros.

Em 2010, como parte integrante do Plano de Enfrentamento ao crack, foi criado a partir da Portaria nº 2.843 a modalidade de NASF 3 com prioridade para atenção integral à usuários de crack, álcool e outras drogas. O repasse de custeio mensal para ações dessa modalidade de NASF foi estabelecido no valor de R\$6.000,00. Em 2011 com o advento da Portaria 3.088 esse tipo de NASF se transformará automaticamente em NASF 2.

O financiamento do SUS em sua grande maioria era realizado pela modalidade de procedimentos e diárias. Em trabalho anterior, denominei a modalidade de pagamento dos CAPS classificando-o como “diária psicossocial” (Freire, 2004). Pelo que discutimos até o presente momento, podemos observar que o financiamento é destinado aos serviços da rede, o que poderá imprimir certo caráter de fragmentação da gestão. O cuidado em saúde mental pautado no projeto terapêutico singular do usuário poderá, em certo sentido, extrapolar as ações do serviço ao qual o usuário está vinculado. O caminhar do usuário pela rede, seu nomadismo, o percurso que vai tecendo, parece não ser acompanhado pelo financiamento por não haver flexibilidade na condução dos recursos, mas sim “amarramento” da remuneração na modalidade de procedimento. Observamos que o financiamento não é centrado no usuário, no seu projeto terapêutico singular, mas no procedimento a ele vinculado que justifique a ação assistencial. A proposta do orçamento global utilizada pela co-gestão do Cândido Ferreira, a parte as dificuldades com os valores orçamentários, parece imprimir certo grau de flexibilidade e autonomia no investimento da rede como um todo e não em equipamentos separados.

Ressalto ainda, que estamos vivenciando uma transição na modalidade de financiamento do SUS e da rede de saúde mental em que essas questões estão sendo

apontadas com novas formatações de alocação de recursos aos equipamentos de saúde mental.

#### ⊕ **Consultório na Rua**

A política nacional de atenção básica institui equipes para atenção a populações específicas. Dentre essas populações estão incluídas a população de rua que em sua grande maioria são usuários de drogas em condições de maior vulnerabilidade social, mas também pessoas com transtorno mental e pessoas em situação de rua em geral. Como estruturação de linha de cuidado as ações voltadas para população de rua foi regulamentado através das Portarias nº 2.488 de 2011 e nº 122 de 2012, estabelecendo a criação de equipes de Consultório na Rua que são dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidado em seus próprios contextos de vivência na rua. As ações das equipes tendem a promover acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania.

As equipes deverão realizar suas atividades no território, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF) e dos CAPS, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil. As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. (Brasil, Portaria 2.488 de 2011). Essa é mais uma ação de atenção que prevê o trabalho de forma intersetorial.

O financiamento das primeiras iniciativas de Consultório de Rua deu-se via edital lançado pelo Ministério da Saúde com a “Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos” que teve 3 versões. Dados do Ministério da Saúde demonstrado no Relatório de Gestão de 2007 – 2010 apresenta o

funcionamento de 92 equipes de Consultório de Rua ao final de 2010, somando um total de gastos na ordem de R\$16.300.000,00. A partir de 2011 essa proposta de atenção à população de rua foi incorporada a atenção básica e em 2012, como mais uma política de saúde mental foi regulamentada através da Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2012. O projeto passou a ser denominado de equipes de Consultório *na* Rua sendo formatadas em 3 modalidades, devendo o incentivo de custeio ser incorporado no bloco da atenção básica repassado mensalmente de acordo com a modalidade de cada equipe.

Quadro 10 – Modalidades de Equipes de Consultório na Rua com seus respectivos Financiamentos

<b>Tipo de Modalidade</b>	<b>Equipe Mínima</b>	<b>Recurso de Custeio</b>
Modalidade I	2 profissionais de nível superior 2 profissionais de nível médio	R\$9.500,00
Modalidade II	3 profissionais de nível superior 3 profissionais de nível médio	R\$13.000,00
Modalidade III	4 profissionais de nível superior, sendo 1 médico 3 profissionais de nível médio	R\$18.000,00

Criado a partir da Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2012

Os profissionais que podem compor as equipes de Consultório na Rua são: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal.

#### **ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

A rede de urgência e emergência conta com os serviços do SAMU, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de

risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Os CAPS realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado. (Brasil, Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011)

### **ATENÇÃO DE CARÁTER RESIDENCIAL TRANSITÓRIO:**

#### **⊕ Unidade de Acolhimento**

O fortalecimento da rede de cuidados a usuários de crack, álcool e outras drogas, é o foco do componente da atenção residencial de caráter transitório que compõe a RAPS. A Unidade de Acolhimento (UA) se caracteriza como um dos dispositivos de residencialidade a usuários de drogas que funciona em período integral 24 horas sem interrupção nos finais de semana, podendo manter a moradia no período de até 6 meses. Tem como proposta oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. (Brasil, Portaria 3.088 de 2011 e Portaria 121 de 2012)

Essas unidades deverão estar vinculadas aos CAPS que são responsáveis pela elaboração do PTS (Projeto Terapêutico Singular) do usuário, priorizando a atenção à saúde em serviços comunitários.

A regulamentação e normatização de financiamento desse dispositivo foi objeto da Portaria nº 121 de 25 de Janeiro de 2012 que institui duas modalidades de acolhimento: (1) UA Adulto com disponibilidade de vaga para 10 a 15 usuários e (2) UA Infante-Juvenil com vagas para 10 usuários. O art. 5º deste instrumento ressalta que

esse equipamento poderá ser constituído por estados e municípios como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos. Nesse caso ONGs poderão atuar com esses serviços sendo financiadas com recursos públicos.

O recurso de incentivo para implantação da UA será transferido em parcela única no valor de R\$70.000,00 devendo ser utilizado para reforma e adequação da casa, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica. No que se refere ao recurso de custeio foi instituído no art.13 o valor de R\$25.000,00 mensais para UA Adulto e R\$30.000,00 para UA Infanto-Juvenil.

A UA Adulto é referência para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes e UA Infanto-Juvenil para municípios ou regiões com população acima de 100.000 habitantes. A equipe dessas UA deverão funcionar no mínimo com 1 profissional de nível superior em saúde presente todos os dias da semana das 7h às 19h e pelo menos 4 profissionais de nível médio presente todos os dias da semana 24h.

O município ou região que criar UA deverá contar minimamente com 5 leitos psiquiátricos de internação para pessoas com necessidades de atenção a saúde decorrentes do uso de drogas, cadastrados em enfermaria especializada ou em serviço hospitalar de referência. Os profissionais de nível superior que poderão compor a equipe interdisciplinar da UA deverão ser das seguintes especialidades: assistência social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico.

#### ⊕ **Comunidades Terapêuticas**

Outra modalidade de residencialidade a pessoas com necessidades advindas do uso de drogas são as Comunidades Terapêuticas. Essas instituições que já existem em funcionamento no terceiro setor em diversas localidades do país estão sendo incluídas como parte da rede de atenção psicossocial com destinação de financiamento público.

A regulamentação do financiamento público as Comunidades Terapêuticas contrariou propostas aprovadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial ao recomendar que o “Ministério da Saúde deverá manter a decisão de não remunerar Comunidades Terapêuticas, ECT (eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva”. (Relatório IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010, p.58)

O instrumento normativo que regulamenta e destina recurso financeiro a esses serviços é objeto da Portaria nº 131 de 26 de Janeiro de 2012. A partir das diretrizes de funcionamento fica estabelecido que os usuários que integram esses serviços poderão permanecer residente na Comunidade Terapêutica até 9 meses.

Essa portaria leva em consideração a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 448, de 6 de outubro de 2011, que resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial no que se refere ao não-isolamento de indivíduos e grupos populacionais. Há certa contradição no encaminhamento dessa política, pois ao mesmo tempo em que a portaria aponta para um caráter de *não-isolamento* nas práticas de cuidado, sugere que as CT possam ser serviços complementares a rede de atenção a pessoas com necessidades decorrentes ao uso das drogas, mesmo tendo como lógica de funcionamento o isolamento e a internação sem possibilidade de comunicação com o mundo externo, fazendo parte da terapêutica da instituição.

O incentivo de custeio para um módulo de 15 vagas é da ordem de R\$15.000,00, tendo um limite de dois módulos para cada beneficiário (CT). Esse recurso será transferido fundo a fundo incorporado ao bloco de Média e Alta Complexidade – MAC.

A política nacional de residencialidade de caráter transitório tanto no que se refere as Unidades de Acolhimento (UA) quanto as Comunidades Terapêuticas (CT) abre brecha para uma lógica de atuação de projeto neoliberal, liberando espaço para o terceiro setor na execução de práticas de cuidado que deveriam ser operadas por

equipamentos públicos integrantes da rede de saúde mental. Mais adiante retomaremos essa discussão ao pautarmos o tema que envolve o debate sobre a privatização do SUS.

### **ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL:**

O componente da RAPS que trabalha na perspectiva da Reabilitação Psicossocial direciona suas ações a projetos de Geração de Trabalho e Renda e a Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. Esses projetos são frutos de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego através da Secretaria Nacional de Economia Solidária. Essa parceria viabilizou o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho com o intuito de proporcionar às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de drogas uma melhoria nas condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários e familiares, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho (Brasil, Portaria 3.088 de 2011).

No período de 2005 a 2010 foram desenvolvidas 640 iniciativas de geração de renda em todo território nacional (MS, Saúde Mental em Dados, 2012). Dentre as várias iniciativas destaca-se o “Armazém das Oficinas” com o tema Saúde Mental e Inclusão Social pelo Trabalho desenvolvido por trabalhadores da Rede de Saúde Mental de Campinas-SP. Os produtos vendidos no Armazém das Oficinas são produzidos a partir do Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira e foi “criado para atender a necessidade de trabalho da população de baixa renda que apresenta quadros de doença mental, vulnerabilidade e não tem oportunidade de inserção no mercado de trabalho, ficando assim excluídas das oportunidades de convívio social e exercício de cidadania<sup>27</sup>”.

A política de financiamento para estratégias de reabilitação psicossocial foi instituída pela Portaria nº 132 de 26 de Janeiro de 2012 destinando recursos de incentivo para projetos com valores diferenciados de acordo com o número de usuários beneficiados.

---

<sup>27</sup> Retirado do site do Armazém das Oficinas [www.armazemoficinas.com.br](http://www.armazemoficinas.com.br) que apresenta a proposta do projeto bem como o catálogo de produtos vendidos na loja



- I. R\$ 15.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários
- II. R\$ 30.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários
- III. R\$ 50.000,00 para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários

A transferência do recurso será realizada fundo a fundo em parcela única, não sendo incorporado ao teto de Média e Alta Complexidade (MAC), visto não se tratar de recurso de custeio, mas de investimento.

#### **2.2.4. GASTOS COM SAÚDE MENTAL**

Os gastos vêm acompanhando o comportamento de mudança da rede assistencial em saúde mental. A tabela 4 apresenta a série histórica do comportamento dos gastos referentes a medicamentos essenciais e excepcionais, procedimentos ambulatoriais (psicodiagnóstico, consulta em psiquiatria, terapias individuais, terapias em grupo, oficinas terapêuticas), hospitais-dia, Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial, além de gastos com incentivos financeiros para a implantação de CAPS, Residências Terapêuticas, ações de inclusão social pelo trabalho e de qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial. Também estão incluídos gastos com o Programa de Volta Para Casa e convênios.

Em 2002 os gastos com ações hospitalares somaram um total de 465.98 milhões representando 75,18% dos gastos, enquanto que os gastos com as ações e programas extra-hospitalares totalizou um valor de 153.31 representando um percentual de 24,82%. A tendência de investimento na rede extra-hospitalar acentuou em 2006, e por outro lado, se manteve no custeio da rede hospitalar.

O ano de 2006 apresenta um marco no indicador macropolítico de reversão do modelo assistencial. Pela primeira vez os gastos extra-hospitalares

superaram os gastos hospitalares, de 55,92% na rede extra-hospitalar para 44,08% na área hospitalar. Nos anos seguintes o comportamento dos gastos continuou seguindo essa ascendência na rede substitutiva. O ano de 2011 fechou em 71,20% na rede extra-hospitalar e 28,80% na rede hospitalar. Se analisarmos com cautela os valores absolutos desses dados, veremos que de fato há um aumento nos gastos da rede substitutiva que passa de 153,31 milhões em 2002 para 1.290,70 milhões em 2011, um incremento de 841%. Já os gastos com a rede hospitalar não apresentam um comportamento de diminuição como deveria, uma vez que acompanha o fechamento dos leitos psiquiátricos. Observamos que em 2002 se gastava com a rede hospitalar que contava com 51.393 leitos o valor de 465,98 milhões, e em 2011 o total de leitos diminuiu para 32.284, no entanto os gastos somaram um valor de 522,07 milhões. Ou seja, diminuíram-se os leitos e paradoxalmente aumentaram-se os gastos com a rede hospitalar. Esse comportamento poderá estar atrelado à atualização dos valores da tabela de procedimentos do SUS.

Tabela 5 - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	226,00	287,35	406,13	541,99	760,47	871,18	1012,35	1.280,60	1.290,70
Ações e programas hospitalares	465,98	452,93	465,51	453,68	427,32	439,90	458,06	482,83	534,25	522,07
<b>Total</b>	<b>619,29</b>	<b>678,94</b>	<b>752,85</b>	<b>859,81</b>	<b>969,31</b>	<b>1.200,37</b>	<b>1329,24</b>	<b>1495,18</b>	<b>1.814,85</b>	<b>1.812,77</b>
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75,24	66,71	61,83	52,77	44,08	36,65	34,46	32,29	29,44	28,80
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24,76	33,29	38,17	47,23	55,92	63,35	65,54	67,71	70,56	71,20
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293,33	30.226,28	36.538,02	40.794,20	46.185,56	49.489,37	54.120,30	62.919,10	67.339,28	78.561,27
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2,19	2,25	2,06	2,11	2,10	2,43	2,46	2,38	2,70	2,31
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293,34	27.181,16	32.703,50	37.145,78	40.750,59	45.803,74	48.670,19	58.270,26	61.965,20	72.332,28
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPs	2,55	2,50	2,30	2,31	2,38	2,62	2,73	2,57	2,93	2,51

1. Valores em milhões de reais

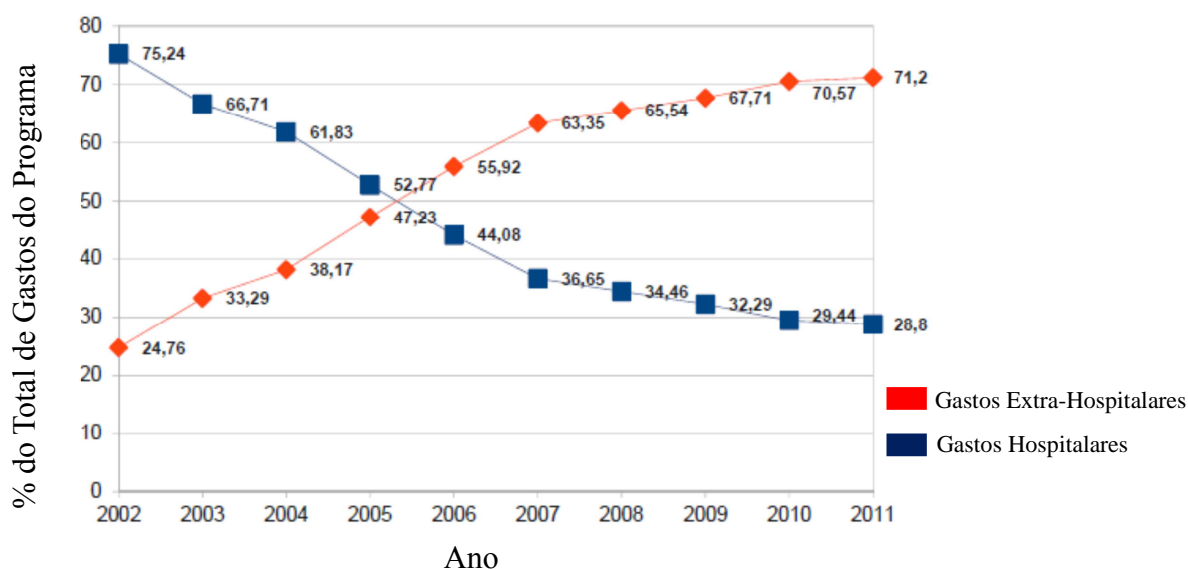
2. Empenhado

3. Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza)

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Coordenação Geral de Saúde Mental / DAPES/SAS/MS, retirado da publicação: Saúde Mental em Dados 2012

O gráfico abaixo visualiza a curva descendente do investimento de recursos na rede hospitalar e a curva ascendente da destinação de recursos na rede extra-hospitalar.

Gráfico 5 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011



Fonte: Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados 10 (2012)

Em relação aos gastos totais do Ministério da Saúde, os recursos do Programa de Saúde Mental continuam menores que o desejável, na proporção de 2,5% do total do orçamento do MS. Observa-se que o ano de 2010 apresentou um aumento no percentual dos gastos chegando a 2,93%. Segundo informações do Ministério da Saúde (2012) esse aumento se deu devido a aquisição de recursos extraordinários decorrentes da Medida Provisória nº 498 de 28 de julho de 2010 que destinou R\$35 milhões para ações em saúde relacionadas ao crack, álcool e outras drogas. É grande o desafio de aumentar estes recursos, num contexto geral de desfinanciamento do SUS, conforme vimos no capítulo 1 sobre a regulamentação da Emenda Constitucional 29. (Ministério da Saúde, 2010). Como salientamos anteriormente, a OMS sugere que 5% do orçamento da saúde seja destinado a saúde mental.

Os incentivos de implantação de novos serviços e os gastos com o programa de volta para casa têm contribuído para o aumento dos gastos na rede extra-hospitalar. Na avaliação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o Pacto pela Saúde Mental deve assegurar a manutenção e ampliação progressiva do financiamento da rede extra-hospitalar, garantindo que os recursos totais não sejam reduzidos por conta da

desejável mudança do modelo assistencial, que desloca recursos financeiros e humanos do componente hospitalar para o comunitário (Ministério da Saúde, 2007).

A expansão da rede de atenção psicossocial e a inversão dos gastos em saúde mental como indicador macropolítico da reversão do modelo assistencial, não revela necessariamente uma mudança na constituição do paradigma de cuidado na saúde mental. Os números não dão conta de expressar a micropolítica do cuidado na vida das pessoas em sofrimento mental. Penso aqui no cuidado com a vida e não no cuidado restrito apenas ao campo da saúde, enquanto território de práticas e saberes estruturados, território da clínica. O cuidado em saúde mental me leva a imagem de produção de ondas de afetamentos que no encontro entre o trabalhador e o usuário potencializem os modos de caminhar a vida dos loucos. Aumentar a potência de produção de vida extrapola a constituição de uma rede sanitária, por isso um convite ao vazamento dessa rede, no entanto não negando-a, nem muito menos desconsiderando sua importância.

É importante refletir se estamos produzindo micropoliticamente nos processos de trabalho e de cuidado redes afetivas produtoras de lógicas antimanicomiais, como nos ajuda a pensar Peter Pal Pelbart

É preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente "esticado" através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (Pelbart, 1993 p.706)

Para além da desmontagem dos manicômios, da diminuição dos leitos hospitalares, da criação de CAPS, da construção de residências terapêuticas... se nós enquanto atores políticos de luta por uma sociedade mais justa e solidária com os loucos e com a diferença, não nos liberarmos dos nossos manicômios mentais, nossos desejos

de manicômio, não produziremos substitutividade na lógica de cuidado em saúde mental.

### **2.2.5. PACTO PELA SAÚDE: CENÁRIO ANTECESSOR A REGULAMENTAÇÃO DO SUS – IMPRESSÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

As questões mais importantes do financiamento que o Pacto pela Saúde inaugurou na saúde mental estão relacionadas ao Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC) e Bloco de Gestão.

O financiamento do bloco de gestão é responsável pelos recursos de implantação, expansão e qualificação de políticas específicas do SUS. Analisando os componentes referentes à saúde mental, estão assegurados nesse bloco recursos para:

- a) Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- b) Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- c) Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- d) Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- e) Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

Recursos de investimento para expansão da rede de atenção psicossocial estão assegurados nesse bloco de financiamento. O grande desafio que o Pacto pela Saúde impõe no campo da saúde mental está relacionado aos recursos de custeio. Como já havíamos referido no primeiro capítulo e ainda nesse atual capítulo, vimos que em 2002 com a Portaria 336/02 e 189/02 os CAPS passaram a ser financiados com recursos extra-teto integrando o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O mecanismo de financiamento pelo FAEC destina verba a mais nos já programados tetos

financeiros dos municípios que contam com CAPS credenciados e com informação da produção de procedimentos realizados mensalmente.

Esse mecanismo de financiamento impulsionou a expansão de implantação de CAPS em todo o país. Os gestores do SUS que não demonstravam comprometimento com a política de reforma psiquiátrica se viram motivados, a partir do novo mecanismo de financiamento, a aderir à política de saúde mental. No entanto, cabe ressaltar que implantar CAPS não significa construir rede substitutiva em saúde mental. A rede substitutiva além de contar com outros equipamentos de saúde mental, vaza o próprio campo da saúde ao pensarmos na relação com a educação, ação social, habitação, projetos de geração de renda, projetos culturais, etc. Para os municípios comprometidos com a proposta de reversão de lógica de cuidado com a loucura e constituição de rede substitutiva em saúde mental, o novo mecanismo de custeio dos CAPS e investimento na rede de atenção psicossocial, contribuiu para o fortalecimento de processos já existentes e não como disparador de uma política a ser construída.

O Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC), conta com dois componentes: (1) Limite financeiro de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar que já compunha os tetos financeiros dos municípios, e (2) Componente financeiro dos recursos alocados no FAEC. Esse bloco incorporou nos tetos municipais grande parte dos programas estratégicos do Ministério da Saúde, contudo não extinguiu de vez esse mecanismo. Alguns procedimentos ainda permanecem sendo financiados pelo FAEC como: nefrologia, transplante e medicamentos para transplante, alguns procedimentos de oncologia, dentre outros.

No campo da saúde mental, a principal mudança se refere aos recursos de custeio dos CAPS que se desvinculou do FAEC e passou a incorporar o teto MAC. Isso significa que os recursos de custeio da produção de procedimentos dos CAPS deverão ser transferidos do FAEC e incorporados ao teto do município, deixando assim de ser um recurso extra-teto.

A Portaria nº 2867 de 27 de novembro de 2008 estabelece recursos a serem transferidos do FAEC para o teto financeiro da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Essa portaria determina que os recursos sejam

baseados em série histórica de produção do período de abril a junho de 2008. Analisando essa forma de transferência a luz da saúde mental, mais especificamente a produção do cuidado nesses equipamentos e que são traduzidos no SUS pela lógica do controle e avaliação, nos deparamos com um nível de problematização que merece atenção. A lógica de cuidado dos CAPS em muito se distâcia da lógica de pagamento por procedimento do SUS. Aproximar o faturamento do SUS a produção de cuidado que esses dispositivos operam, bem como a aposta na política de reforma psiquiátrica de reversão do modelo assistencial leva quase a falácia de uma política de saúde mental que visa a substitutividade do modelo por meio de várias ações de produção de vida das pessoas em sofrimento mental. Delgado (2007) aponta desafios que o Pacto poderá imprimir na saúde mental

É necessário construir uma transição adequada nos blocos de financiamento, para assegurar que a rede de CAPS e outros dispositivos comunitários continuem em expansão (enfrentando consistentemente o desafio do acesso com qualidade). Construir mecanismos transparentes e eficazes para a transição do FAEC é crucial para a Política Nacional de Saúde Mental. No bloco de gestão, estão assegurados os incentivos para a expansão da rede. O desafio é o custeio. (Delgado,2007)

Retomando o tema do capítulo 1, vimos que o pacto pela saúde desfragmenta o financiamento do SUS e gera mais autonomia aos gestores locais no uso dos recursos financeiros, de acordo com a direcionalidade de sua política local. Trabalhadores, pesquisadores, usuários, familiares, gestores, movimento social, atores envolvidos no projeto antimanicomial e de reforma psiquiátrica, devem estar atentos no sentido de garantir a sustentabilidade das redes substitutivas de saúde mental.

A superfície da água na imagem do iceberg divide a ponta do iceberg da sua parte submersa. Mais uma vez essa imagem me ajuda a visualizar que nesse “entre” poderá se conformar uma disputa pelos fundos públicos por dentro do próprio campo da saúde no SUS. Quero dizer com isso que o pacto poderá produzir uma lógica perversa dentro do SUS ao imprimir uma disputa por recursos pelos diferentes programas de saúde. Com o desamarramento do financiamento os gestores poderão fazer suas escolhas de investimentos em determinados programas e com isso deixar de lado outras



políticas. Poderá ser prioridade para determinado município investir no programa de AIDS, por exemplo, a investir no programa de saúde mental. O recurso de custeio das ações assistenciais que integra o bloco MAC não especifica a parcela destinada a cada tipo de programa assistencial. A preocupação apontada acima pelo gestor nacional da saúde mental é legítima ao pontuar a necessidade de expansão da rede substitutiva em saúde mental construindo mecanismos que deem segurança ao custeio destes serviços.

Nesse sentido, procuramos pela lógica do pacto pela saúde, um financiamento como autonomia libertadora e não a produção de um financiamento castrador, minando e definhando as redes hoje constituídas no país e as por virem a se constituir como ação de produção de liberdade dos loucos.

## **2.2.6 – FINANCIAMENTO DA SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE: NOVOS CAMINHOS NA REGULAMENTAÇÃO DO SUS**

Com o advento do Decreto 7.508 de 2011, o SUS passou a ser regulamentado com novo modelo de gestão do sistema, tendo como direcionalidade o fortalecimento da regionalização e constituição de redes de atenção à saúde. A rede de atenção psicossocial é uma das prioridades na constituição de linha de cuidado no desenho de rede da política nacional.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apresenta um forte investimento na atenção a usuários de álcool, crack e outras drogas, decorrentes do plano de Enfrentamento ao Crack instituído pelo Governo Federal em 2010 e que tem norteado a política nacional de drogas. O plano demonstra um caráter intersetorial compondo um comitê gestor com vários órgãos do governo federal: Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério do Esporte, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Das responsabilidades atribuídas ao Ministério da Saúde o Art. 5º do Decreto 7.179 de 20 de Maio de 2010 determina a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários

de crack e outras drogas. Foi destinada a criação de 2.500 leitos em hospital geral, 2.500 leitos em comunidades terapêuticas, 50 CAPS ad III, 225 NASFs, 40 casas de acolhimento transitório. Nesse sentido foi investido um total de recursos na ordem de R\$126.811.200,00 destinado ao financiamento de leitos integrais de saúde mental voltado para assistência à saúde decorrentes das necessidades de drogas, conforme mostra a tabela abaixo:

Quadro 11 - Valor de recurso de investimento em ações voltadas às drogas

<b>Unidades de Serviços de Saúde</b>	<b>Recurso</b>
2.500 leitos em Hospital Geral	R\$40.051.200,00
2.500 leitos em Comunidades Terapêuticas	R\$24.000.000,00
50 CAPS ad III	R\$30.480.000,00
225 NASF	R\$16.200.000,00
40 Casas de Acolhimento Transitório	R\$16.080.000,00
Total de Recursos	R\$126.811.200,00

A rede de saúde mental deverá ser integrada, articulada e efetivada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, devendo considerar as especificidades loco-regionais, com ênfase nos serviços de base comunitária. O propósito da RAPS está voltado para:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Portaria 3.088/2011).

A composição da rede psicossocial está articulada com os três níveis de atenção formando um desenho de rede constituído por diversos dispositivos de cuidado:

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade Básica de Saúde</li> <li>- Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF</li> <li>- Consultório na Rua</li> <li>- Centro de Convivência e Cultura</li> </ul>
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de Atenção Psicossocial – CAPS</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAMU</li> <li>- Sala de Estabilização</li> <li>- Unidade de Pronto Atendimento – UPA</li> <li>- Atenção à urgência em Pronto Socorro</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Acolhimento – UA</li> <li>- Comunidades Terapêuticas – CT</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermaria Especializada em Hospital Geral</li> <li>- Serviço Hospitalar de Referência – SHR</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço Residencial Terapêutico – SRT</li> <li>- Programa de Volta pra Casa – PVC</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geração de Trabalho e Renda</li> <li>- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

As discussões que envolveram o tema do financiamento na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial ocorrida em 2010 pautou o debate em torno da forma de alocação de recursos aos serviços de saúde mental ganhando corpo em várias propostas sugeridas pela conferência:

Garantir que o Ministério da Saúde defina e regulamente, por meio de portaria específica, uma nova forma de custeio dos CAPS, não mais mediante Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), mas através de teto fixo contratualizado, com a destinação de um valor global para as ações, de acordo com estudo técnico sobre o custo real para cada modalidade de CAPS; regulamentar e garantir o

monitoramento dos recursos financeiros destinados ao CAPS, para que sejam transferidos fundo a fundo e utilizados exclusivamente no CAPS (...) Superar o pagamento por procedimento, que tem por base a doença, estabelecendo piso financeiro para todos os CAPS e reajuste do piso da Atenção Básica para ações em Saúde Mental. (Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010, p.28 e 29)

Essas questões pautadas na conferência ganha corpo no cenário pós-decreto que inaugura novas formatações de alocação de recursos aos serviços de saúde mental. Os serviços de saúde eram financiados pela lógica de pagamento prospectivo por procedimento e diária. Esse formato de remuneração de ações de saúde está vinculado ao quantitativo de procedimentos realizados vinculados a noção de doença, ou seja, pagamento por produtividade voltado aos códigos diagnósticos, o que termina por imprimir certa lógica de saúde/doença enquanto produto de mercado (mercantilização da saúde). Com o advento das novas modelagens de financiamento dos serviços de saúde ambulatoriais inaugura-se uma mudança de alocação de recurso *ex-post* para *ex-ante*. A atual formatação da alocação de recursos aos serviços de saúde mental está atrelada a um valor fixo pré-pago anualmente no teto financeiro do gestor. Os gestores de CAPS, SRT, passam a receber nos tetos municipais um valor fixo mensalmente desatrelado do quantitativo de procedimentos realizados pelas APACs. As produções deverão ser registradas, contudo não gera crédito de pagamento, mas gera informações que subsidiam estudos epidemiológicos e dados para o planejamento e a organização da rede de atenção.

O instrumento APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) utilizado com vistas ao pagamento das ações do CAPS e do SRT foi substituído pelo RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde). O RAAS instituído pela portaria 276 de 30 de março de 2012 tem como objetivo incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de um formulário a ser preenchido pelos técnicos do serviço e posteriormente alimentado no programa do SIA – DATASUS (Sistema de Informação Ambulatorial). O formulário RAAS é dividido em quatro eixos: (1) Identificação do Estabelecimento de Saúde; (2) Identificação do Usuário do SUS; (3) Dados do Atendimento e (4) Ações Realizadas.

Em agosto de 2012 o Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção a Saúde publicou diversas portarias alterando e criando novos procedimentos de CAPS (Pt nº 854), SRT (Pt nº 857), Unidade de Acolhimento (Pt nº 855), Comunidades Terapêuticas (Pt nº 856). O formulário RAAS de atenção psicossocial irá substituir as APACs intensiva, semi-intensiva e não-intensiva dos CAPS. O registro de informação que era realizado via APAC informando a modalidade de atendimento ao usuário será substituída pela RAAS que comporta um vasto rol de procedimentos. Ao invés das modalidades de APACs (I, SI, NI) passou-se a ter 21 tipos de procedimentos diferentes que poderão ser utilizados pelos CAPS, são eles:

1. 03.01.08.003-8 Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial – quantidade máxima – 30
2. 03.01.08.002-0 Acolhimento Noturno de paciente em centro de atenção psicossocial - Leito Noturno – CAPS I, II e III - Não deve exceder 14 dias
3. 03.01.08.019-4 Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial – quantidade máxima – 30
4. 03.01.08.020-8 Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
5. 03.01.08.021-6 Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
6. 03.01.08.022-4 Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
7. 03.01.08.023-2 Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial
8. 03.01.08.024-0 Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e /ou familiares
9. 03.01.08.025-9 Ações de articulação de redes intra e inter setoriais
10. 03.01.08.026-7 Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus Familiares
11. 03.01.08.023-2 Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial
12. 03.01.08.027-5 Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
13. 03.01.08.028-3 Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
14. 03.01.08.029-1 Atenção às situações de crise
15. 03.01.08.030-5 Matriciamento de equipes da atenção básica

16. 03.01.08.039-9 Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas
17. 03.01.08.031-3 Ações de redução de danos
18. 03.01.08.032-1 Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial
19. 03.01.08.033-0 Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial
20. 03.01.08.034-8 Ações de reabilitação psicossocial
21. 03.01.08.035-6 Promoção de contratualidade

Esses diversos procedimentos deverão ser informados no formulário RAAS. A APAC (I, SI, NI) englobava em um único procedimento as diversas ações de caráter assistencial aos usuários e de coordenação da rede ao CAPS. Com esta mudança de registro de informação, agora não mais vinculado ao pagamento, poderá levar a uma certa lógica de burocratização e fragmentação das ações desenvolvidas pelo CAPS correndo o risco de assemelhar o trabalho do CAPS ao modelo de ambulatório. Por outro lado, o registro dessas ações proporciona maior visibilidade do trabalho da equipe de CAPS no que se refere ao desenvolvimento de ações para além da assistência *stricto sensu* ao usuário, a exemplo do: matriciamento, acompanhamento de SRT e de serviços de caráter transitório e ações intersetoriais.

O CAPS tem cada vez mais absorvido funções de gestão da rede de atenção psicossocial além da função assistencial. Esse dispositivo deverá promover articulação com atenção básica, com ações de matriciamento, como também na rede hospitalar de referência e na urgência e emergência, acompanhamento das comunidades terapêuticas com reuniões periódicas com o corpo técnico desses serviços e unidades de acolhimento. É importante perceber o investimento institucional de fortalecimento da gestão da rede realizada pelos trabalhadores de CAPS, no entanto não foi pautado o acréscimo no quantitativo de profissionais da equipe mínima que deverá compor o corpo técnico desse serviço. Sabemos que em muitos locais os gestores municipais tendem a criar CAPS com o mínimo de recursos disponíveis, se limitando ao número de técnicos exigido pela regulamentação das portarias.

O segundo bloco desse capítulo apresenta o marco regulatório e os instrumentos do Ministério da Saúde em relação ao financiamento dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. Abordamos a estrutura de financiamento da rede de saúde mental antes e depois da regulamentação do SUS. O quadro abaixo apresenta os principais instrumentos reguladores dos serviços de saúde mental referentes ao financiamento.

Quadro 12 – Portarias que regulamentam a Rede de Atenção Psicossocial

<b>Atualização Financiamento Rede Hospitalar</b>	
Portaria/GM nº 2.644 de 28 de outubro de 2009	Reagrupamento de Classes para os Hospitais Psiquiátricos – estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte, reagrupando em NI, NII, NIII, NIV, reajusta o incremento para o procedimento 03.03.17.009-3 Tratamento em Psiquiatria (por dia) e estabelece incentivo adicional de 10% no valor do serviço Hospitalar e Serviço Profissional para as classes NI e NII. As alterações foram inseridas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para a competência novembro/2009
Portaria/GM nº 2.629 de 28 de outubro de 2009	Reajusta os valores dos procedimentos 03.03.17.008-5 Tratamento em Psiquiatria – em Hospital Geral (Por Dia) para R\$ 56,00 e 03.03.17.001-8 Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Psiquiatria para R\$ 55,00. A referida portaria estabelece ainda incentivo de 10% no valor de Serviço Profissional e Serviço Hospitalar para o procedimento 03.03.17.008-5 – Tratamento em Psiquiatria – em Hospital Geral (por dia) para internações que não ultrapassem a vinte (20) dias e que informe o motivo de saída – “Alta de Paciente Agudo”, com data de entrada do paciente a partir de novembro de 2009.
Portaria/SAS nº 423 de 30 de novembro de 2009	Define as novas regras dos Hospitais Psiquiátricos, para serem inseridas nos sistemas (SIH e SIGTAP): exclui da tabela de procedimentos do SUS o procedimento de código 03.03.17.007-7 – Tratamento em Psiquiatria (Classificação da Portaria GM/MS nº 251/2002); exclui as habilitações referentes a Atenção em Saúde mental determinadas pela Portaria GM/MS nº

	251/2002; inclui na Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do SCNES as habilitações dos estabelecimentos de saúde definidas pela Portaria GM/MS nº 2.644/2009; define as regras para o pagamento do incentivo de 10% para as internações.
<b>Atualização Atenção Básica</b>	
Portaria nº 2.843 de 20 de setembro de 2010	Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
<b>Regulamentação Pós Decreto 7.508</b>	
Portaria/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).
Portaria/GM nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Portaria/GM nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
Portaria/GM nº 3.099 de 23 de dezembro de 2011	Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012	Define critérios de cálculo de equipes de Consultório de Rua



Portaria nº 130 26 de janeiro de 2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
Portaria nº 131 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial
Portaria nº 132 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial
Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012	Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio
Portaria 1.615 de 26 de julho de 2012	Altera a Portaria 148 incentivo de investimento de implantação de leitos
Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012	Altera e cria novos procedimentos de CAPS
Portaria nº 855 de 22 de agosto de 2012	Cria procedimentos para Unidade de Acolhimento
Portaria nº 856 de 22 de agosto de 2012	Cria procedimentos para os serviços residenciais de caráter transitório, Comunidade Terapêutica
Portaria nº 857 de 22 de agosto de 2012	Altera os procedimentos de SRT

### **2.2.7 - PÚBLICO E PRIVADO – DILEMAS DOS CAMINHOS DA PRIVATIZAÇÃO E TERCEIRIZAÇÃO DO SUS NA SAÚDE MENTAL**

É notória a expansão do investimento de recursos financeiros na rede de atenção psicossocial do SUS. Percebe-se um forte investimento em ações voltado as políticas de álcool e drogas. No entanto é curioso ressaltar que os serviços de caráter residencial destinado a usuários com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas são os equipamentos que permite o deslocamento do financiamento público para o setor privado, dando legitimidade à incorporação das Comunidades Terapêuticas na rede assistencial. Uma política neoliberal que tem sido feita no enfrentamento as drogas,

como ressalta Marilena Chauí<sup>28</sup>, ‘o encolhimento do espaço público e alargamento do espaço privado’. Este movimento de transferência de responsabilidade do setor público para o setor privado chama-se privatização.

Os processos de terceirização da força de trabalho e de gestão privada das unidades públicas combinados com a estrutura neoliberal de produção de serviços de saúde, dentro e fora do SUS, formam uma paisagem em que a saúde passaria a ser entendida como um bem de consumo, e não um direito fundamental do ser humano (...) considerando que o fim de todo processo privatizante é tornar a saúde um bem de mercado.

Todos os passos em direção a terceirizações, subfinanciamento, financiamento público do setor privado, deterioração das unidades públicas e geração de crises pela mídia parecem combinados num mesmo plano neoliberal, que seria de transformar o SUS num sistema residual anexo ao subsistema privado. (BORGES, et al, 2012, p.96 e 97)

Podemos compreender as comunidades terapêuticas como serviços em que o Estado tem terceirizado e que funcionam nos moldes das Organizações Sociais (OS). O Estado outorga determinado serviço de relevância pública para que uma organização de direito privado sem fins lucrativos, reconhecida pelo poder público como uma OS, exerça certas funções do Estado (BORGES et al, 2012)

Dentre vários fatores esses autores ainda apontam que as OS além de terceirizar a gestão ainda viabiliza a mercantilização da saúde no sentido em que essas organizações fragmentam o sistema no momento em que estabelece o duplo comando, tanto pela organização contratada, quanto pela rede pública regionalizada, que deveria teoricamente sobrepor-se as OS, mas não conseguem pelo *lobby* dos dirigentes. Nesse sentido as OS formam o arcabouço institucional para a privatização do SUS atendendo aos interesses corporativistas. Essa lógica produz uma fragmentação do sistema, um desmantelamento da força de trabalho e se coloca a favor dos objetivos do setor privado fabricando procedimentos, ou seja, mercantilizando a saúde (BORGES et al, 2012).

---

<sup>28</sup> Fala de Marilena Chauí no debate “Ascensão Conservadora” em São Paulo no dia 28 de agosto de 2012

Em debate realizado pela Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da UFRJ transmitido pelo Blog Saúde Brasil em 2011, Emerson Merhy associa as comunidades terapêuticas as ‘novas prisões do século XXI’ embasada em uma política de saúde mental focada numa lógica de polícia sanitária com internações compulsórias de usuários de drogas. Nas reflexões do autor as comunidades terapêuticas contém dois fortes elementos anti-SUS: são entidades privadas financiadas por recursos públicos nos moldes das OS e trabalham o cuidado pela via do aprisionamento e não pela implicação do usuário em seu próprio tratamento. Não é possível operar a produção do cuidado nesses moldes.

A instalação de forma sistemática de uma política higienista que associa internação compulsória à limpeza das áreas públicas de usuários de drogas, trará repercussões que ultrapassam muito o âmbito da saúde. Desde 2003 a política em construção para usuários de álcool e drogas é referenciada na Reforma Psiquiátrica e as ações têm como pressuposto a garantia de protagonismo dos usuários da rede frente ao próprio tratamento. Isto implica em voluntariedade, compreensão da complexidade do fenômeno de uso de drogas, garantia dos direitos civis dos usuários e, principalmente, fortalecimento de uma face protetora do Estado (KIMATI, 2011).

A partir de 2010 a política ganha outros rumos com caráter de sequestro dos usuários de drogas e utilização de instituições como as comunidades terapêuticas, legitimadas agora pelo Estado, na condução do tratamento dos usuários. Essas instituições são pautadas no paradigma da abstinência, do isolamento com o mundo externo e no caráter de religiosidade.

A adoção de uma política pautada na internação involuntária é uma declaração de que, para o Estado, os usuários de drogas estão sujeitos a perderem o protagonismo da própria vida remetendo a lógica de exclusão social, paradigma que fundou a psiquiatria asilar com Phillipe Pinel no século XVII a partir do método científico-experimental das ciências naturais com os pressupostos do isolamento, do tratamento moral e da relação vertical de autoridade com os doentes.

Na análise de Amarante (2011) é necessário reconhecer a importância de se definir uma política sobre o uso das drogas, no entanto questiona o financiamento

público a essas instituições as quais são geridas por entidades religiosas venha a ser um dos principais aspectos do plano de enfrentamento as drogas do governo federal. “O mercado é uma estratégia fundamental de regulação das relações público-privado. Neste sentido, tudo é mercado, e o resto também é mercado. O mercado das terapêuticas, das religiões, da mídia”.

Estudos realizados por Vasconcelos (2008) demonstra que o terceiro setor no Brasil apresenta sérios riscos por ser uma proposta que se desenvolve em contexto de neoliberalismo e desinvestimento em políticas públicas, levando a concepção de um estado mínimo, com desresponsabilização das obrigações estatais para demandas sociais.

A atuação do terceiro setor como provedor direto de serviços sociais, de forma massiva, implica uma fragmentação da agenda e da ação pública, dificultando uma ação coordenada, coerente e capaz de cobertura universal, e é muito vulnerável a sua apropriação por interesses particulares, privatistas, assistencialistas e até mesmo, no extremo, por elementos corruptos, exigindo um incisivo processo de coordenação, avaliação e controle. (VASCONCELOS, 2008, P.104)

No campo da saúde mental ao trazer para análise ONGs (Organização Não-Governamental)<sup>29</sup> que operam na rede substitutiva de saúde mental em consonância com o projeto de reforma psiquiátrica, atuando na desburocratização do aparelho estatal, como também na promoção de ações de qualificação da expansão da rede antimanicomial, Vasconcelos (2008) aponta três posições que se polarizam no debate em torno das ONGs com o terceiro setor:

- (1) Posição antiestatista – inspirada em radicalizações teóricas de ideias da esquiwoanálise faz críticas ao terceiro setor pelo seu processo de elevada profissionalização e institucionalização interna, de sua articulação com o Estado

---

<sup>29</sup> O autor traz como exemplo duas ONGs que atuam no campo da reforma psiquiátrica: O IFB (Instituto Franco Basaglia) no Rio de Janeiro que atua na formação de recursos humanos, divulgação de informação com produção de boletins informativos, livros, cartilhas, etc, implementação de projetos em defesa dos direitos dos usuários, assessoria e projetos de implantação e consolidação de novos serviços substitutivos na rede de saúde mental. Outra ONG citada na pesquisa se refere ao INVERSO (Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social) localizada em Brasília criada com a proposta de ser o Inverso das estruturas e práticas institucionais de tratamento da doença mental, informal e aberto, de recreação de novas formas de conviver no mundo.

e de sua perda de autonomia e independência política, ao se transformarem em ‘mais um braço do aparelho do Estado’;

- (2) Posição estatista ortodoxa – inspirada em visões do marxismo enfatiza sua crítica ao terceiro setor como uma manifestação das ideologias neoliberais e de suas práticas de terceirização, desinvestimento em políticas sociais e de precarização dos direitos trabalhistas dos servidores públicos. Nessa visão, a expansão dos programas sociais deveria ter um perfil exclusivamente estatal e não precário, como os desenvolvidos pelo terceiro setor;
- (3) Posição intermediária – avalia o terceiro setor e as ONGs como um fenômeno histórico progressivo, apresentando por um lado aspectos emancipatórios muito positivos, e por outro, riscos que devem ser cuidadosamente monitorados e criticados. (VASCONCELOS, 2008, P.109)

O debate em torno da privatização esteve presente nas reflexões realizadas pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) em 2011 ao analisar politicamente o processo de reforma sanitária e construção do SUS elaborando documento intitulado ‘35 Anos de Luta pela Reforma Sanitária: Renovar a Política Preservando o Interesse Público na Saúde’. O documento ressalta a necessidade de reversão da tendência atual de privatização dos serviços públicos de saúde por meio de diversas estratégias desde a valorização de “parceiros estratégicos” privados, das relações “filantropistas” e da adoção das OSS (Organizações Sociais de Saúde) e OSCIP (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público). Reverter esta tendência significa apostar nas diretrizes constitucionais de gestão única do sistema único, de prioridade para a rede dos serviços públicos e caráter estratégico complementar dos serviços privados (CEBES, 2011).

A transferência de responsabilidade do setor público ao terceiro setor na saúde mental se dá justamente aos serviços de caráter residencial que requer uma atenção mais intensiva, com internações prevendo um tempo de permanência considerável (9 meses). Esses serviços assistenciais exige certa delicadeza nas práticas de cuidado para não correr o risco de produzir uma institucionalização alicerçada na lógica manicomial.

A Comunidade Terapêutica é uma experiência de reforma psiquiátrica que emerge no cenário pós-guerra na Europa com o propósito de repensar o funcionamento do hospital psiquiátrico. A gestão dessas instituições encontrava-se em falência e a solução seria introduzir mudanças institucionais de tal forma que tornasse a instituição efetivamente terapêutica. Essa experiência ganhou maior amplitude com os trabalhos desenvolvidos por Maxwell Jones, a partir de 1959, que tinha como proposta a *democratização* e a *liberdade* de comunicação dentro do hospital, além de trabalhar na perspectiva de construção coletiva entre equipe e clientes no funcionamento da instituição. (AMARANTE, 2007).

Para Maxwell Jones (1984) a Comunidade Terapêutica só tem relevância se o seu funcionamento estiver a favor de um modelo para a mudança, com efeito positivo na saúde das pessoas envolvidas, em resposta ao abuso de poder por delegação de responsabilidade. Seu quadro conceitual de liderança múltipla, democrática, aprendizagem social, crescimento e criatividade reflete uma abordagem para o dilema cultural de nosso tempo (JONES, 1984).

Ao se referir as atuais comunidades terapêuticas existentes no Brasil Amarante (2007, p.43) ressalta que “essa proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica”.

O projeto neoliberal de lógicas privatizantes no SUS tem entrado no campo da saúde mental pela porta das comunidades terapêuticas. Tal proposta envolve ainda maiores preocupações por se tratar de instituições que passam a integrar a rede complementar de atenção psicossocial do SUS que operam na contra mão dos princípios basilares de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.

Finalizo as reflexões desse capítulo com o poema de um usuário que ecoa a voz de sua experiência vivenciada nos serviços de saúde mental de álcool e outras drogas.

## **Diferentes Atitudes**

Ah! Liberdade.

Como é bom a liberdade

Se já ouviu dizer?

Se nessas comunidades

De terapia forçada

Que por você é sonhada

Pois eu lhe digo que não

Por que não há nem respeito

Por pagar pelo trabalho

Que tens que fazer direito

Sendo que estando preso

E sem outra saída

Tu aguentas calado

Tudo que ali lhe é falado

E quando é dispensado

Pensa logo em recaída

Enquanto isso no CAPS

Você é tratado bem

Sempre sendo respeitado

E todo tempo está livre

Dando direito a você

Fazer, o que melhor

Lhe convém.

*Cássio usuário do CAPS ad de Natal*

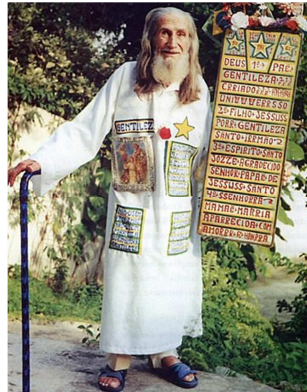
Seguimos então, na produção dessa tese, com a *liberdade* como aposta de cuidado de si e potencialização da vida nos encontros afetivos que o campo da clínica e

do cuidado na atenção psicossocial poderão produzir no projeto antimanicomial. Com essa proposta inauguramos o próximo capítulo.



## CAPÍTULO 3

### UM CASO EM ESTUDO: A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA COMO ANALISADORA TRANSVERSAL DO FINANCIAMENTO EM SAÚDE MENTAL E DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



Gentileza gera Gentileza  
Cuidado gera redes de Cuidado

Profeta Gentileza! O dito louco que escolheu as ruas da cidade como univvverrso de disseminação de sua profecia: Gentileza gera Gentileza. José Datrino a ‘graça’ com o qual foi batizado era um homem que andava pelas ruas do Rio de Janeiro difundindo amor e gentileza, e quando lhe chamavam de louco dizia: “sou maluco para te amar e louco para te salvar”. Amor palavra que liberta. Ainda dizia o profeta: “quanto mais eu dou mais eu tenho”. Em um dos seus 56 escritos no viaduto do Caju, na entrada da cidade, ele faz um convite ao encontro consigo mesmo, uma espécie de chamado dirigido às pessoas, retomando a ideia filosófica da cultura de si, do conhecimento de si, que produz o cuidado de si.

TODOS → VÓS → TEM → QUE → SABER → QUEM → SOU → E → O  
SABERAS → QUEM → SÃO → VÓS → TODOS → VÃO → TER → QUE  
MECONHESERR → E → CONHESERR → A → TI → MESMO → POIS  
TODOS → SOMOS → UM → DEUS → NOSSO → PAI → GENTILEZA

É para um mergulho em si mesmo, em cada um de nós, que ele nos dirige; para uma forma de encontro que nos possibilite uma outra relação com o mundo

(GUELMAN, 2009). Como diria Foucault ‘ocupar-se consigo mesmo’ como arte da existência e de cuidado de si. Assim como o profeta Gentileza nos inspira com ‘gentileza gera gentileza’ a produção do cuidado gera redes de cuidado fazendo metástases nas redes quentes de encontro com a loucura, agora não mais institucionalizada em serviços de saúde, mas no mundo da vida dos ditos loucos, em sua casa, na rua, na cidade. *A verdadeira cidade deve propor aos cidadãos o amor pela liberdade* (DELEUZE, p.38).

Inauguramos esse terceiro capítulo com questões relativas às moradias no campo da atenção psicossocial, tendo como reflexões os achados na pesquisa sobre Residência Terapêutica (RT), parte que integrou pesquisa mais ampla sobre Atenção Domiciliar no SUS<sup>30</sup>.

A atenção domiciliar vem apontando potencial de se concretizar como uma das modalidades substitutivas de cuidado. A operação do cuidado no domicílio das pessoas, envolvendo todo o contexto singular do usuário (sua casa, sua família, seu espaço, seus pertences, seus vizinhos, seus amigos), possibilita a produção de cuidado mais próximo e individualizado. Esse novo *setting* de trabalho (a casa) tem proporcionado às equipes um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista do que ocorre no hospital, e mais subjetivado, isto é, mais próximo e envolvido com todo o contexto individual, familiar e social do usuário. Merhy e Feuerwerker (2007) trazem para discussão a desinstitucionalização nas práticas do cuidado realizadas no domicílio.

Historicamente, vimos que esse modo de cuidado no domicílio se presentificava nas práticas da medicina de séculos passados. Para Foucault (1981) o atendimento médico realizado na casa se dava pela figura do médico de família. Até então, o hospital não tinha caráter terapêutico e de cura. Em sua concepção, o hospital nasce como instituição religiosa, filantrópica, de caridade, de assistência aos pobres e desamparados, que tinha a função de promover aos seus ‘hospedes’<sup>31</sup> uma boa transição entre a vida e a morte, proporcionando a salvação espiritual. Mais que essa função de

---

<sup>30</sup> A pesquisa Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS: modelagens a partir das experiências correntes” foi demandada pelo Ministério da Saúde à Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde integrante do Departamento de Clínica Médica da UFRJ

<sup>31</sup> O termo hospital vem do latim *hospitale*, que significa hospedaria, hospedagem, ou aquele/ aquilo que pratica a hospitalidade, que é hospitaleiro (AMARANTE, 2003)

‘morredouro’, essa instituição tinha a missão de ‘limpar’ as cidades de suas mazelas, varrendo das ruas os pobres, loucos, leprosos, prostitutas, desabrigados, e hospedando-os no hospital. A exclusão e a segregação eram uma forte característica dessa instituição até o século XVIII. O hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar.

A medicina no hospital remonta a uma prática muito recente, datada do final do século XVIII. O grande médico dessa época não aparecia no hospital, era um médico de consultas privadas e visitas domiciliares (FOUCAULT, 1981). A assistência domiciliar era uma modalidade de cuidado bastante praticada. Com a medicalização, o cuidado às doenças tornou-se território privilegiado de atuação dos médicos e o hospital, lugar privilegiado de sua realização, esvaziando a prática de cuidado no domicílio. Assim, a medicina hospitalocêntrica se transformou na prática hegemônica de atuação das profissões da saúde. Segundo estudos realizados por Donnangelo (1979), ao se debruçar sobre o fenômeno da medicalização, a autora traz a pertinência em apontar que as raízes da medicalização não se localizam exclusivamente no ato do cuidado médico, mas, sobretudo, no campo da normatividade das ciências da saúde, através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e de novas formas de controle da medicina pela sociedade, na organização das populações e das condições gerais de vida.

Atualmente observamos movimentos iniciais do que pode vir a ser uma outra transição tecnológica, de via inversa a que nos apresenta Foucault, com substituição da lógica do cuidado hospitalar/ambulatorial para o domicílio. Vale pontuar, que não se trata de uma desassistência, nem tão pouco de uma desospitalização irresponsável e prematura, mas da possibilidade de reestruturar o modo de operar o cuidado (reestruturação produtiva), tanto no que se refere ao seu espaço físico, quanto à lógica do cuidado. Merhy e Franco (2003) definem a reestruturação produtiva como

Modo de produzir saúde, diferente de certo modelo adotado anteriormente, que impacta processos de trabalho, sem, no entanto, operar uma mudança na composição técnica do trabalho. Contudo, para que se instaure uma transição tecnológica é necessário que haja mudanças no modo de produzir saúde, impactando processos de trabalho, alterando a

correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado (...) deve-se configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto aos usuários na resolução dos seus problemas”. (Merhy e Franco, p.320).

Esse esforço de mudança do modelo assistencial vem se apresentando de forma mais consistente em algumas áreas, como é o caso da saúde mental, que há duas décadas tem investido em uma radical transformação de seu modelo assistencial, acumulando experiência na construção de uma rede substitutiva ao modelo médico hegemônico e ao aparato de serviços hospitalares/ manicomiais.

A reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, com um desejo coletivo de trabalhar na construção por uma sociedade sem manicômios, têm atuado em um árduo campo de batalha, contra forças hegemônicas manicomiais, inventando novas práticas de cuidado e acolhimento às pessoas em transtorno mental, sendo acompanhado de um forte investimento para implantação de uma rede substitutiva em saúde mental. Trata-se de uma rede com vários pontos de conexões, que se conectam entre si e com diversos setores de organização da sociedade, extrapolando o campo estrito da saúde, redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social. A produção de cuidados implica em diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro através da ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes. Isso significa ir em busca dos recursos escondidos na comunidade. (MERHY, 2007; YASUI, 2010; SARACENO, 2001). Produzir conectores com setores de habitação, lazer, cultura, trabalho, enfim, projetos que possam cada vez mais produzir vida às pessoas, marginalizadas e segregadas da sociedade, têm sido um importante dispositivo de conexão para disparar loucos geradores de vida.

Considerou-se que essa experiência da saúde mental, com um forte caráter de substitutividade em sua proposta, poderia dialogar fortemente com esse movimento de transformação das práticas do cuidado que a atenção domiciliar vem investindo. Esse foi um dos motivos para a inclusão do tema da saúde mental na pesquisa da atenção domiciliar.

O segundo ponto que motivou o grupo de pesquisadores a trabalhar com o tema da saúde mental, refere-se ao programa de Residência Terapêutica, política instituída no SUS. Essas residências são casas inseridas preferencialmente na cidade, fora do espaço físico hospitalar, destinadas a pacientes de longa internação, que perderam vínculo familiar e/ou total capacidade de retorno para a família. Esse dispositivo produz outras modalidades de cuidado e acolhimento à ex-moradores de hospitais, além de proporcionar um espaço de reintegração psicossocial do paciente na sociedade, tendo como eixo o domicílio – Residência Terapêutica. O cuidado e a gestão da vida cotidiana são operados a partir da residência do próprio sujeito.

Nesse sentido, mesmo que de forma distinta da atenção domiciliar, essa não deixa de ser uma prática de cuidado que é disparada a partir da casa. Não podemos negar que um conjunto de pessoas que moram em uma dada residência terapêutica não esteja sendo cuidadas naquele espaço. Mesmo no caso das casas com alto grau de autonomia, que não dispõem da presença de um ‘cuidador’ profissional fisicamente na casa, ainda assim essas pessoas estão sendo apoiadas no gerenciamento de suas vidas, quer seja pelo profissional de referência da casa, ou por um profissional do CAPS, do PSF, do ambulatório, ou até mesmo por um vizinho, um amigo, etc.

Não queremos dizer que estamos operando com a lógica de que a casa (Residência Terapêutica) seria um espaço, ou um ‘serviço’ de atuação de tratamento terapêutico. Antes de mais nada, trata-se de moradia, que por si só atua como potencializador de produção de vida e saúde. Trata-se de um modo singular de operar novas práticas com essas pessoas. Aqui, o cuidado não é apenas realizado nos serviços substitutivos que o morador frequenta, como no CAPS, no centro de convivência, etc, mas há uma lógica de cuidado que é produzida na casa, ou a partir da casa, quer seja na rua, no supermercado, no cinema, no banco, na escola, nas praças, enfim, nos inúmeros lugares de circulação do sujeito pelo território.

### **3.1. A INVENÇÃO DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA COMO NOVOS DISPOSITIVOS EM SAÚDE MENTAL E SUA CONSOLIDAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE NO SUS**

Há pouco mais de 20 anos, deu início no país a construção de novos serviços de assistência à saúde mental para além dos já existentes ambulatórios e manicômios. Inserido no movimento de gestação do SUS (Sistema Único de Saúde), inicia-se, no campo da saúde mental, o processo de remodelagem da rede de cuidado as pessoas em sofrimento psíquico. Lema do Movimento de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica “por uma sociedade sem manicômios”, o coletivo de trabalhadores da saúde mental, militantes políticos da reforma psiquiátrica e sanitária, usuários e familiares de saúde mental, sociedade civil, gestores do sistema público de saúde e integrantes da academia e de núcleos das profissões da saúde, engajam-se na perspectiva de protagonizarem um projeto revolucionário e não apenas reformista na psiquiatria brasileira.

Esse projeto começa a dar corpo no campo sanitário com a tecelagem dos primeiros fios de construção de uma rede substitutiva que inaugura, em 1987, o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo. Passados dois anos, foram criados os NAPS em Santos (Núcleo de Atenção Psicossocial) com uma efetiva política de substituição ao modelo manicomial, tendo como base a desconstrução e fechamento do manicômio Casa de Saúde Anchieta. No final da década de 80 e início dos anos 90, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas instaura o processo de Co-Gestão com o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira e inicia o trabalho de desmontagem do hospício ao mesmo tempo em que investe na invenção de novos dispositivos e novas práticas de produção de cuidado para comporem sua rede substitutiva.

A grande inovação dos serviços substitutivos, no entender de Amarante & Torre (2001), está nas rupturas que operam com o antigo paradigma da psiquiatria clássica, permitindo a construção de um novo modelo que coloque em questão e transforme cotidianamente os saberes, práticas e culturas, produzindo instituições inovadoras de caráter inteiramente substitutivo.

No campo da saúde coletiva, não exclusivamente a saúde mental, Merhy & Feuerwerker (2007) ao trabalharem o campo da Atenção Domiciliar abordam como analisador dessa prática de cuidado o conceito *substitutividade*. Para esses autores a “substitutividade e a desinstitucionalização seriam elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes” (p.15).

Experiências de desinstitucionalização através dos dispositivos de moradias que começaram a surgir no início dos anos 90 nos municípios de Campinas (SP), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Santos (SP), contribuíram para instrumentalizar o Ministério da Saúde a propor a ampliação dessas residências através das portarias 106 e 1.220 ambas de 2000, como parte integrante da política nacional de desinstitucionalização, do SUS. Os lares abrigados, moradias extra-hospitalares, pensões protegidas, todas denominações do que hoje se convencionou chamar de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tornaram-se dispositivos estratégicos dessa política de desinstitucionalização de pacientes de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

A expansão da rede de SRT tomou delineamentos mais substantivos no país após a institucionalização e normatização desses dispositivos com incentivo do gestor federal traçando linhas de financiamento específica direcionada a implantação e custeio dessas residências no âmbito do SUS. Tomando como base o período de 2000 (ano em que foram criadas as portarias) até 2011, constata-se uma expansão de mais de 1000% desses serviços em todo território brasileiro. Em 2000 tinha-se apenas 40 SRT no país, esse número salta para 625 em 2011<sup>32</sup>.

Importante atentar para o fato de que os dados quantitativos, se analisados isoladamente, não traduzem necessariamente o caráter de substitutividade da lógica e das práticas de cuidado. O fato de se ter uma expansão de SRT distribuídos pelo território geográfico-administrativo brasileiro não significa dizer que o paradigma da desinstitucionalização e da substitutividade esteja instituído.

---

<sup>32</sup> Dados divulgados no Relatório de Gestão (2003-2006) da Coordenação Nacional de Saúde Mental

Milton Santos encampa o movimento de renovação por uma nova geografia, ampliando o entendimento da geografia para além do território físico, mas também como uma ciência de transformação social – geografia humana. Para o autor, não basta descrever o território como lugares físicos, é mais que isso, é detalhar suas interinfluências recíprocas com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social (SANTOS, 2001). Seguindo a concepção da nova geografia Amarante (1994) entende o território como uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam.

Para os esquizoanalistas o conceito de território contém em si a compreensão dos processos de subjetivação. Trata-se de um território existencial constitutivo da subjetividade e da multiplicidade que o desejo convoca. Para Guattari e Rolnik (1986),

A noção de território é entendida num sentido amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (Guattari & Rolnik, 1986 p.323)

Nesse sentido, analisar o caráter de substitutividade dos SRT, requer um olhar para além de sua expansão no território físico. Essa experiência nos convoca a uma aproximação com a micropolítica dos encontros e do desejo diante desse novo espaço de moradia e de convívio com a cidade. São nesses espaços cotidianos de vida, de construção de relações e de interação com o *socius* que a concepção de substitutividade surge como analisador das práticas de cuidado. Como nos apontam Merhy e Franco (2003; 2008), para que haja uma transição tecnológica é necessário que



a reestruturação produtiva se faça presente. Em outras palavras, é imprescindível que haja uma reestruturação na lógica de se produzir o cuidado, caso contrário, corre-se o risco de se produzir no SRT o paradigma das práticas manicomiais.

### **3.2. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E A ESCOLHA DAS EXPERIÊNCIAS**

Segundo Minayo (1994;1998) metodologia se refere ao caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Para esse estudo utilizamos como suporte metodológico a abordagem da pesquisa qualitativa, levando em consideração que pesquisas desse tipo respondem a questões muito particulares, com nível de realidade que não pode ser quantificado.

Nosso interesse em apreender a micropolítica do trabalho e do cuidado nos SRT nos fez enveredar pela investigação qualitativa dado que essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aparições, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Das cidades que abrangem o campo da Atenção Domiciliar selecionamos as que apresentavam expressiva experiência em programas de Residência Terapêutica, elegendo Belo Horizonte e Rio de Janeiro para comporem a pesquisa em saúde mental. O município de Campinas-SP, a posteriori, foi incorporado ao estudo levando-se em consideração sua relevância no projeto de construção de rede substitutiva e importância no processo de reforma psiquiátrica, além de ser um dos municípios pioneiros a inaugurar novas formas de residencialidades no país, denominadas à época de ‘moradias extra-hospitalares’.

A entrada no campo foi instrumentalizada por questionários seguindo o formato de entrevista semi-estruturada. Em cada cidade foi mapeada a rede de saúde mental e focalizada a coleta de dados nos programas de Residência Terapêutica. O

questionário seguiu a seguinte estrutura: (1) Identificação: contextualização da rede de saúde mental; (2) Serviço Residencial Terapêutico: arranjos; (3) Equipe/cuidador; (4) Cuidado; (5) Racionalidade Financeira; e (6) Avaliação do SRT.

De posse do ‘Kit Pesquisador’ composto por: carta de apresentação; termos de consentimento livre e esclarecido; roteiro de entrevista para o gestor da rede de saúde mental, gestor do programa de SRT, trabalhadores e cuidadores dessas moradias, fomos adentrando nessas experiências tendo como ‘falantes’ os sujeitos envolvidos na macro e micropolítica do trabalho e do cuidado nos dispositivos residenciais terapêuticos.

Trabalhamos na perspectiva de construção de casos traçadores como método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário. O traçador é um conceito originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, que pode ser aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde (KESSNER et al., 1973; TRAVASSOS, 1985).

Para esta pesquisa elegemos como caso traçador não o estudo de caso de um paciente, mas, trouxemos para o centro da cena a conformação de um SRT. Portanto, nosso caso traçador foi o dispositivo ‘casa’, ‘moradia’ e as conexões que são agenciadas a partir do espaço de residência, e não exclusivamente um paciente/morador.

Ainda como respaldo metodológico, nos embasamos na noção de cartografia tal como Suely Rolnik (2007) nos convida a experimentar. Guiados pela bússola do desejo no território dos afetos, navegamos pelas experiências de residências terapêuticas nas três cidades, sendo conduzidos pelo mapa geográfico dos afetos que cada experiência desses programas marcava em nosso corpo vibrátil. No texto “Fale com ele ou como tratar o corpo vibrátil em coma”<sup>33</sup>, Suely Rolnik apresenta à noção de corpo vibrátil ligado a ideia de conhecimento do mundo como campo de *força* e não de *forma*, que convoca a sensação engendrada no encontro entre o corpo e as forças do mundo que o afetam. Essa sensação traz para a subjetividade a presença viva do outro, presença passível de expressão, mas não de representação. São os afetos

---

<sup>33</sup> Disponível no site <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf>

experimentados no corpo das sensações e não no corpo dos sentidos. Já no texto *Cartografia Sentimental* da mesma autora, utiliza a imagem de “olho vibrátil” para falar do movimento desejante do cartógrafo. O “olho vibrátil” diferente do “olho retina” que focaliza a visão no que é enxergado fisiologicamente, diz respeito ao olhar das sensações, das vibrações, que são experimentadas pela intensidade dos afetos no encontro dos corpos e suas relações. O olho vibrátil enxerga o invisível.

A multiplicidade do desejo e a singularidade na produção do cuidado notadamente nos direcionaram para a escolha das experiências como casos traçadores. Nosso olho vibrátil nos levou a selecionar as residências que nos contextos locais operavam linhas de fuga na constitutividade desses programas de moradias nos municípios. Para um estudo focado nesses dispositivos levamos em consideração a singularidade que cada experiência vivenciava nas suas formas de inventividades de modelagens de moradias e cuidado. O olhar para a diferença direcionou a escolha das residências.

Sendo assim, após o mapeamento dos programas de residência terapêutica nas três cidades, escolhemos como caso traçador em Belo Horizonte uma residência construída para apenas um morador com cuidados intensivos. Dar concretude ao projeto de uma casa para Pedro<sup>34</sup> fez parte de um processo de experimentação de vida fora dos muros do hospício. Após ter sido desospitalizado, Pedro demonstrou intensa dificuldade no convívio com outras pessoas. Vários foram os arranjos experimentados no intuito de possibilitar vida fora do espaço asilar, desde morar em um SRT com outras pessoas, a passar longos períodos no leito noturno do CERSAM a até reinternação no hospital psiquiátrico. Com todas essas tentativas de reinserção sem êxito foi viabilizado em seu projeto terapêutico uma casa com cuidador constante.

De um extremo a outro, em Campinas o SRT escolhido foi a ‘República dos 23’<sup>35</sup>, uma mansão que comportou os últimos 23 pacientes moradores da ala primavera do Serviço Dr. Cândido Ferreira. Esses foram os últimos pacientes desinstitucionalizados do serviço.

---

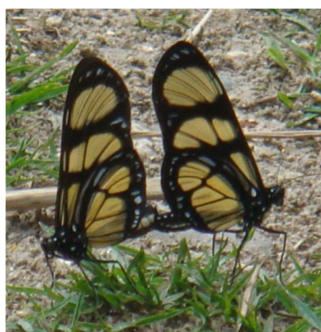
<sup>34</sup> Para preservar a identificação do paciente optamos por usar nome fictício

<sup>35</sup> Denominação que demos a essa casa-república por acolher 23 pessoas

Já no Rio de Janeiro a equipe do programa de residência terapêutica do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira apostou como nova possibilidade de moradia alugar uma vaga para o paciente em uma pensão no bairro próximo a Colônia Juliano Moreira.

Esses foram os três casos que focamos de moradias atípicas dos programas de residência terapêutica das cidades pesquisadas. Diante desses modos singulares de constituir espaços de moradia refletimos sobre alguns analisadores que apresentamos na sequência.

### 3.3. A ARTE DE ESTAR JUNTO: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA E O CUIDADO NO ESPAÇO DE MORADIA



Borboletas em Cópula

*Quando dois é o singular*, essa foi a expressão de Elizabeth Pachêco<sup>36</sup> ao apreciar essa foto, ao que de pronto respondi-lhe: “*é a crase*” ( $a + a = à$ ).

Na História da Sexualidade 2 dedicada ao tema *o cuidado de si*, Foucault (2007) utiliza o conceito “*crase*” em analogia ao que vem desenvolvendo sobre a afeição conjugal. Em seu trabalho de historiador, Foucault encontra em Plutarco três tipos distintos de casamento: o primeiro refere-se aqueles que são contraídos para os ‘prazeres da cama’, este tipo de casamento conserva os elementos separados, onde cada um dos cônjuges guarda sua individualidade; o segundo são os casamentos que ocorrem por ‘razões de interesse’, são combinações onde os cônjuges formam uma nova e sólida

---

<sup>36</sup> Elizabeth Pachêco é psicóloga, doutora pela PUC-SP pelo Núcleo de Estudos de Subjetividade, trabalha com o tema da clínica e do corpo, na ocasião era minha terapeuta.

unidade, mas que a todo o momento podem ser dissociados uns dos outros; o terceiro é denominado por Foucault de ‘fusão total’ – a ‘crase’. Esse tipo de casamento assegura a formação de uma nova unidade que nada mais pode desfazer, só os casamentos por amor, onde os esposos são ligados pelo amor, podem realizá-lo. Nas palavras de Foucault,

A arte de ser casado não é simplesmente, para os esposos, uma maneira racional de agir, cada qual por seu lado, visando um fim que os dois parceiros reconhecem e onde se reúnem; trata-se de uma maneira de viver como casal e de ser apenas um; o casamento exige um certo estilo de conduta em que cada um dos cônjuges leva a própria vida como uma vida a dois, e em que, juntos, eles formam uma existência comum. (...) Esse estilo de existência se marca, antes de mais nada, por uma certa arte de estar junto. (Foucault, 2007 p.161)

*Arte de estar junto.* Essa passagem por Foucault na sua proximidade com o ‘casamento em crase’ me remete analogamente para uma ‘arte de cuidar’. A clínica e o cuidado pressupõem um *estar junto*, um certo “casamento”, um encontro entre “O Eu e o Tu<sup>37</sup>”, uma singularização que se dá no encontro entre dois corpos, e nesse encontro-presente, que acontece em ato no trabalho vivo entre o trabalhador de saúde e o usuário produz-se expressões de vida. É dessa biopotência, potencialização da vida, que pretendo trilhar pela discussão que a clínica e o cuidado na atenção psicossocial poderá nos encaminhar junto à loucura. Uma clínica/cuidado como forma de potencialização de vida a partir do espaço de moradia das pessoas com transtorno mental.

As Residências Terapêuticas são dispositivos que vislumbram a superação do paradigma manicomial. O manicômio, para Goffman (1999), entendido como instituição total, impõe uma barreira ao intercâmbio social com o mundo exterior. Essa instituição é caracterizada como espaço de segregação, isolamento, tutela. A ‘mortificação do eu’, processo vivenciado no interior das instituições totais, refere-se ao despojamento de valores e subjetividades a que o paciente é submetido ao ingressar no manicômio, onde passa a viver não mais seus valores pessoais, mas os valores regidos pela instituição. “O interno passa a aprender, quando sair, que sua posição social do

---

<sup>37</sup> “O Eu e o Tu” é uma obra de arte de Lygia Clark produzida em 1967

lado externo nunca mais será a mesma que era antes do seu ingresso” (Goffman, 1999 p.31). O manicômio, instituição que se apodera da doença mental e da periculosidade, fere os direitos humanos e não dá conta da solução do binômio pelo qual foi criado problema-solução / doença-cura. O manicômio tem se apresentado como uma instituição falida na psiquiatria clássica por não conseguir cumprir com sua promessa: a cura. É essa instituição que é preciso ser negada.

O que era a instituição a ser inventada? Para os italianos a desinstitucionalização não se refere ao fechamento de leitos, nem a uma reforma administrativa de desospitalização como ocorreu nos Estados Unidos, mas refere-se, sobretudo, a uma reconstrução da complexidade do objeto que o manicômio havia simplificado com seu método naturalista de conhecimento das doenças e da clínica com o tratamento moral. Com essa mudança as novas instituições devem reinventar o objeto. Assim para Basaglia, Rotelli, Dell’Acqua o objeto da psiquiatria deixa de ser a “doença” enquanto objeto de periculosidade e desrazão e passa a ser por definição “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Essa é a base da instituição inventada para a Reforma Psiquiátrica Italiana. Há uma inversão do olhar, um deslocamento do foco do objeto, desloca-se o debate da doença mental para se centrar no projeto de invenção de saúde e reprodução social do louco enquanto sujeito cidadão.

Em busca do desmonte da ficção do objeto inventado, Basaglia se ocupa do sujeito e não da doença. A constituição da psiquiatria, com o princípio do isolamento, demonstra quase que a negação do processo de subjetivação do louco diante do tratamento terapêutico, ao mesmo tempo em que se debruça, quase que exclusivamente, na clínica dos sinais e sintomas, na clínica da doença e não na clínica do doente. Sendo assim, Basaglia (2005) propõe colocar a “doença entre parênteses” para se ocupar do sujeito, de “um homem doente” e não da doença enquanto fim nela mesma.

Se quisermos enfrentar cientificamente o problema do doente mental será preciso, em primeiro lugar, pôr “entre parênteses” a doença e o modo pela qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que –

justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis (Basaglia, 2005 p.36)

Ao colocar a doença entre parênteses Basaglia propõe dar visibilidade ao sujeito social e político, e ao dar voz aos doentes mentais, se ocupa do terreno da cidadania a essas pessoas excluídas e marginalizadas da sociedade. O método de inversão de Basaglia parece apontar para o exercício político como forma de produção de subjetividade dos loucos. Em certo sentido um fazer Clínico e não uma Clínica como Política. O tema da reprodução social do paciente é pedra preciosa na reforma psiquiátrica italiana.

Ao formular a noção de Clínica do Sujeito Campos (2005) baseado nas construções de Basaglia sugere uma reforma na clínica moderna que venha a produzir um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, sujeito esse portador de alguma enfermidade. Na análise do autor, colocar a doença entre parênteses é um exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda ao enfermo. “Evita que sofra iatrogênia, intervenções exageradas, mas não necessariamente melhora sua relação com o mundo”. Seguindo a formulação de Basaglia, não descartando sua importância, é importante buscar uma nova dialética entre sujeito e doença, diz Campos

Nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos, nem a revolta ao extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o ‘silêncio dos órgãos’. (...) Pôr a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar a olhar também para a doença do doente concreto (Campos, 2005 p.55)

Como forma de elucidar as construções conceituais de Franco Basaglia, Amarante (1996) esclarece que

A operação de colocar a doença entre parênteses é, muitas vezes, entendida como negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado. Significa, tão somente, que a psiquiatria construiu conceitos de sintomas e doenças sobre fenômenos que são absolutamente incompreensíveis (...) colocar entre parênteses seria uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (Amarante, 1996, p.79-80)

A noção de doença deverá ser posta em análise e conseqüentemente seu modelo clínico fundado no olhar patológico dos sintomas. “Na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito” (Amarante & Torre, 2001 p.78) Especialmente na psiquiatria o delírio e a alucinação podem ser “sintomas” que dizem da produção de subjetividade do paciente, negá-los ou reduzi-los a um olhar patologizante classificando-os na lista dos CID (Código Internacional de Doença), significa desapropriar o sujeito de sua própria experiência de vida.

Como a doença tem sido questionada, do mesmo modo a clínica também tem sido objeto de análise. Amarante (2003) inspirado por Basaglia propõe colocar a clínica entre parênteses, no sentido de desconstrução, de transformação de suas estruturas, visto que ao suspender a doença à relação clínica a ser estabelecida deverá se dar com o sujeito da experiência. A descentralização da doença enquanto objeto patológico leva a um convite de invenção de outros modos de se pensar a clínica enquanto possibilidade de vida dos sujeitos em sofrimento mental. Há de se promover uma radical transformação no modo de se pensar a clínica.

É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético (Amarante, 2003 p.59)



O autor anuncia a necessidade de mudanças paradigmáticas centradas na clínica e aponta, mesmo que timidamente, o cuidado como certo paradigma a ser pensando no campo da saúde mental. Em suas reflexões Amarante ressalta que: “parece estranho ter que dizer que a clínica não deveria ficar restrita a dimensão clínica” (p.60). Esse estranhamento parece encaminhá-lo às especialidades profissionais da saúde, sublinhando que são muitas profissões que estão criando competências em lidar com a loucura nos dispositivos da rede substitutiva de atenção psicossocial. Salienta que o fundamental é que os técnicos/profissionais (psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeiros, etc) não reduzam suas intervenções a uma única corrente clínica teórica de intervir, como por exemplo, no caso do núcleo psi: a psicanálise. É necessário estabelecer rupturas não só com a doença, mas também com a terapêutica e técnica como ação produtora de cuidado no campo da saúde. (AMARANTE, 2003)

Nesse sentido a operação da *clínica entre parênteses* estaria relacionada a colocar o olhar técnico das especialidades da saúde, fundada pelas profissões, em suspensão para produzir o encontro com o sujeito em sofrimento. Adiante retomaremos esse debate quando estivermos nos aproximando das questões constitutivas do cuidado que envolvem tanto as práticas das profissões de saúde fundadas no paradigma clínico, quanto práticas de cuidados de modos de produção de vida que não necessariamente se assentam nos núcleos das profissões de saúde, ou seja, saberes técnicos/profissionais e sabedorias não técnicas/profissionais como produtores de cuidado.

O debate que envolve um novo paradigma na constituição da clínica segue no campo da saúde coletiva, agora não mais restrita ao campo da saúde mental. Campos (2000; 2005) se dedica a reformular questões nesse campo apontando para duas variações da Clínica Oficial que denomina de “Clínica clínica”. Como alteração desta aponta a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito). A primeira (Clínica Degradada) procura reconhecer que os contextos socioeconômicos exercem influências tão potentes sobre a clínica que terminam por diminuir a sua potência de resolutividade dos problemas de saúde (CAMPOS, 2005). Por exemplo, algumas das imposições postas pelas empresas médicas que cessam a liberdade de atuação clínica dos médicos impondo restrições muitas vezes no consumo de determinados insumos ao tratamento do paciente. A segunda, Clínica do Sujeito que o autor convencionou

denominar em seus trabalhos de Clínica Ampliada tem sido o foco de suas construções teóricas na reformulação da clínica. Na Clínica Ampliada sugere-se, como o próprio nome remete, a uma ampliação do objeto de saber e de intervenção na clínica. “Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas da Clínica” (CAMPOS, 2005 p.57)

Em contraponto a formulação de Amarante da *clínica ente parenteses*, que sugere suspender o olhar especializado para dar-se o encontro com o sujeito, Campos em sua teoria da ampliação sugere incluir o sujeito e seu contexto social dentro do mundo da clínica. Ou seja, o sujeito agora é visto pelas lentes da clínica. Para o autor “o objeto da Clínica do Sujeito (Ampliada) inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (p.64). Os programas sociais como cooperativas de trabalho, apoio educacional, viagens, habitações coletivas, seriam alguns dos benefícios que essa clínica ampliada ofertaria aos usuários (CAMPOS, 2005)

Aqui apresenta-se um ponto de tensão sob as reformulações da clínica. Sob essa ótica corre-se o risco de ‘clinicalizar’ a vida (Amarante, 2003,2007). “A clínica ampliada amplia a tal ponto que tudo pode ser clínica” (Amarante, 2003). Fazendo alusão aos CAPS Amarante salienta que

É importante refletir sobre qual o modelo assistencial e quais as propostas ético-políticas que são a sua fundamentação. Dessa forma, evita-se cair em uma ampliação da clínica, exportando o modelo clínico para outras áreas da experiência social, política e humana, pois assim estaríamos alargando a rede de captura da medicalização” (Amarante, 2007 p.174)

Quando a clínica não pode tanto: é o que remete Paulon (2004) ao refletir sobre a necessidade de limites de uma clínica adjetivada pela “ampliação”. Valendo-se da imagem da porosidade, a autora traz para análise a totalidade da clínica, fazendo aparecer *uma outra cheia de poros e brechas que a façam exercer sua potência de desindividualização* e de invenção de novos mundos como tarefa clínica. Pelas “brechas” e “poros” a clínica faz vazar certas demandas do contemporâneo que escorregam as

capturas do poder sobre a vida e solicitam uma potência de invenção nos processos de subjetivação. Sob essa perspectiva Paulon compreende que

A clínica aqui passa ser entendida como tecnologia da subjetividade inventando sempre novas formas de reordenar a existência. Uma clínica comprometida em remexer as formas de estar no mundo, fazendo-as sempre potencializadoras de vida, produtoras de uma nova saúde. Como se pode daí deduzir, tal concepção da Clínica não cabe em um só campo disciplinar, não pode ficar circunscrita a um só saber, muito menos ser comprometida com a lógica médico-patologizante de um clínico<sup>38</sup> (...) Potencializar seu caráter desviante passa por arriscar-se mais nos limites que fazem borrar as fronteiras disciplinares e anunciam os pontos de esgarçamento do que já não se conforma aos contornos restritos de uma certa instituição (Paulon, 2004 p.7)

Há um prenúncio de “brechas”, “poros”, “esgarçamento” que tem se anunciado na tarefa clínica. Na recolocação da clínica tem emergido questões que trazem para o debate outros saberes para além do fundado como objeto de constituição da medicina como doença e clínica enquanto terapêutica e cura. Nesse novo lugar se ensaia a colocação não mais restrita ao olhar sobre a doença, mas sim sobre a vida; e não mais o olhar clínico patologizante como dispositivo produtor de terapêutica-cura, mas sim potencializador de modos de vida, de invenção de mais saúde.

Saúde como capacidade de “outrar-se”<sup>39</sup>, ou seja, capacidade de descobrir outros dentro de nós mesmos, desviando-se da mesmice dos contratos sociais pré-estabelecidos que nos são colocados. Ainda, o ato de “outrar-se” instiga a nossa capacidade de criação, de desbravamento, de curiosidade diante do mundo, de ativar nossa potência de si diante da vida. “Achar um jeito outro de trabalhar, amar, viver passa a ser um privilégio dos fortes, daqueles que souberam se lançar às incertezas do desconhecido, que ousaram experiências de estranhamento” (Paulon, mimeo). Processos

---

<sup>38</sup> O termo *Klinicos* do latim dá origem a palavra Clínica, que significa leito ou cama. Pela origem da palavra no latim, Clínica tem o sentido de inclinar-se no leito, de escutar o doente na cama e buscar soluções para seu tratamento

<sup>39</sup> Expressão utilizada por Fernando Pessoa que Simone Paulon traz como ponte para pensar a saúde

intensivos de viver, na produção de entornos criativos pelos modos imprevistos de viver afirmando a vida como obra de arte da existência (Merhy & Ceccim, 2009). A esses novos modos de subjetivação, de relação com o mundo e com a vida como estética da existência, a clínica deverá se ocupar, sem a pretensão de querer ser tudo.

Então, o que pode a clínica? Questão de análise que Passos & Benevides (2004) pautam ao se debruçarem sobre as limitações no terreno da clínica. Reconhecendo limites da clínica questionam quais seriam esses limites e ao atravessar suas fronteiras se deparam com o terreno não-clínico.

O plano da clínica se estende por hibridações, estando sempre na passagem de seu domínio para outro, isto que chamamos de transdisciplinaridade. Forçando sempre os seus limites ou operando no limite, a clínica se apresenta como uma experiência do entre-dois que não pode se realizar senão neste plano onde os domínios do eu e do outro, de si e do mundo, do clínico e do não-clínico se transversalizam (Passos & Benevides 2004, p.6)

Para os autores o campo da clínica é transdisciplinar, uma clínica que se faz na transversalização com outras disciplinas: clínica e arte, clínica e filosofia, clínica e política. Seria uma clínica que opera com o “fora” da clínica. A transversalização do clínico e não-clínico parece transvazar para fora do campo da clínica, impondo certos questionamentos do que seria ou não objeto desse campo. As transgressões que a clínica tem operado “pulando a cerca” e passeando por outros terrenos que não mais do domínio “bio”, no sentido médico, a levam a campos de saberes estruturados, das disciplinas (por isso transdisciplinar), mesmo que estes não sejam saberes técnicos dos núcleos das profissões da saúde. Ainda assim, por mais que ela ouse passear por outros vilarejos seu habitat continua se assentando nas terras da saúde.

Na perspectiva de Merhy (2002; 2005) o campo da saúde é o lugar de produção de práticas de cuidado. Para esse autor o foco do debate na saúde se situa no Cuidado e não na Clínica. A clínica ainda com suas porosidades não deixa de habitar o terreno tecnológico dos saberes adquiridos pelos núcleos das profissões. Interessa na concepção de Merhy não só os saberes tecnológicos estruturados/clínicos, mas também

os não estruturados, os não clínicos, “saberes” e “sabedorias” que circulam no campo da saúde, mas que em certo sentido só é possível se assentar no mundo do cuidado.

No desenvolvimento de sua construção teórica Merhy elabora três tipos de tecnologias que são utilizadas no processo de trabalho em saúde: “tecnologias duras<sup>40</sup>,” que se referem aos equipamentos tecnológicos advindos do trabalho morto<sup>41</sup> como: as máquinas de exames, as portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços. As “tecnologias leve-duras”, que são associadas aos saberes estruturados dos núcleos profissionais, como a epidemiologia, a clínica do médico, do psicólogo, terapeuta ocupacional, etc. Essa tecnologia é composta em parte pelo trabalho vivo, por isso ser “leve” e em parte pelo trabalho morto com os saberes científicos estruturados das profissões com seu componente “duro”. Por fim, as “tecnologias leves” que são associadas às relações, que se dá no trabalho vivo em ato, ou seja na micropolítica do encontro entre o trabalhador e o usuário na produção do cuidado. Nesse espaço relacional das tecnologias leves se opera a produção de vínculos, acolhimento, gestão coletiva do cotidiano dos serviços, que na atenção psicossocial por vezes se opera juntamente com os usuários nas assembleias gerais, por exemplo. (Merhy, 2002)

Nesse sentido a micropolítica do cuidado tanto pode ser operada pelos “saberes” que são estruturados pelas profissões, quanto pelas “sabedorias” que não tem a ver com aquisição de conhecimento científico das profissões de saúde. Portanto, a cozinheira de uma Residência Terapêutica com sua sabedoria de vida e de produção de vínculo também opera produzindo cuidado e não clínica nos seus encontros cotidianos com o morador daquela casa, ou seja, ela não carrega nos seus atos a obrigatoriedade do

---

<sup>41</sup> Na construção do conceito de trabalho vivo e trabalho morto, Merhy (2003) utiliza-se da produção de trabalho de um artesão-sapateiro para exemplificar suas formulações. Para fabricar um sapato o artesão se vale de instrumentos (prego, martelo, cola) e materiais (couro, borracha, linha) para produzir o sapato. Esses instrumentos e materiais são produtos acabados, ou seja, o martelo e o couro já foram produzidos anteriormente e agora se traduzem em forma de produto finalizado que servirão para fabricar o sapato. A esses produtos finalizados Merhy chama de Trabalho Morto. Se pensarmos no campo da saúde, visualizamos como produtos do Trabalho Morto por exemplo equipamentos/máquinas, protocolos, normas, portarias, medicamentos. Contudo para que o produto seja finalizado e se transformado em Trabalho Morto, houve um processo de produção anterior. Voltando ao artesão, quando o sapato estiver acabado ele se transformará em Trabalho Morto, no entanto o trabalho do artesão na fabricação do sapato é vivo, o sapato ainda está sendo criado, está em produção, portanto trata-se de um Trabalho Vivo. O Trabalho Vivo produz o Trabalho Morto que por sua vez alimenta, com seus instrumentos e materiais, o Trabalho Vivo, um ciclo. Na saúde a produção do trabalho, o ato em si da criação, o momento em que ele está sendo produzido, seja tanto na gestão das organizações de saúde quanto na produção dos modelos assistências as quais remetem as lógicas de cuidado, é considerado como Trabalho Vivo em Ato.

terapêutico, fato impossível para o agir clínico. Sob essa perspectiva, presenciamos um certo “vazamento” que o cuidado produz no campo da saúde. Segundo Merhy

A soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm. Olhando de outro lugar, o do usuário, por exemplo, estas lógicas não podem ser plenamente capturadas por ações tecnológicas profissionais centradas, elas as extrapolam. Elas colocam o cuidado em outro lugar, que não só o da intenção de um ato tecnológico de um agir profissional sobre um objeto, como o corpo que sofre. Elas colocam o cuidado como referente simbólico do campo da saúde. Produzem-no como um outro tipo de objeto. Não aquele da ação que visa à realização de um ato de saúde, como o corpo alvo do cuidado, mas aquele que é prometido simbolicamente como a alma do campo da saúde, enquanto um lugar que cuida. (Merhy, 2005)

No campo da atenção psicossocial, enxergar com as lentes do cuidado parece, aí sim, ampliar a visão sobre a produção de biopotência – potência da vida, dos sujeitos em sofrimento mental. No cotidiano dos serviços da rede substitutiva em saúde mental não é possível desconsiderar que o porteiro do CAPS, a assistente de serviços gerais da Residência Terapêutica, a dona da pensão que aluga vaga para moradia de usuários de saúde mental, não sejam também cuidadores e co-participantes dos projetos terapêuticos dos usuários. Suas “sabedorias”, e não “saberes”, não se assentam no mundo da clínica, mas no espaço da vida, das relações com o outro, no encontro onde remete a uma certa *arte de estar junto*, na produção do vínculo, na sua arte de cuidar com as sabedorias do viver e da ética da vida no encontro com o usuário.

### **3.4. A IMPLICAÇÃO DOS TRABALHADORES COM O PROJETO DESINSTITUCIONALIZANTE**

As novas práticas de atenção à saúde mental tem se apresentado como um verdadeiro exercício de criação de ferramentas de trabalho para as equipes. A mudança do modelo assistencial coloca os trabalhadores em constante busca de novas formas de

se produzir cuidado aos mais diferentes casos singulares de sujeitos em sofrimento psíquico.

A radicalidade da mudança de paradigma do modelo assistencial, a construção de uma rede substitutiva, o trabalho desinstitucionalizado, a apropriação do território, da rua, da cidade como *lócus* de atuação, parece apontar para a constituição de um trabalhador implicado com seu agir militante. Esse processo nos leva a refletir em uma aposta feita pelos trabalhadores em sustentar o projeto “por uma sociedade sem manicômios”. Por acreditar na viabilidade desse projeto, os trabalhadores em seus agires coletivos, vão inventando e experimentando nos encontros, novos modos de produção de vida desinvestindo no hospício. Essa aposta os convoca a todo momento ‘vazar’ do campo da saúde e trilhar com os usuários/moradores caminhos outros que os levem a novas experiências de mundo e de vida. Em busca dos recursos escondidos na comunidade<sup>42</sup>, a trilha percorre o campo da educação, da cultura, do lazer, da habitação, da geração de renda e emprego, dos grupos comunitários, da igreja, do clube... e muitos outros espaços que convidam à produção de vida.

As experiências de residências terapêuticas que nos aproximamos nessa pesquisa falam de uma invenção, de outro modo de produção e criação de formas singulares de moradia e operação do cuidado. Nicácio (1989) defende a tese de que é necessária a negação da instituição e a instituição inventada, instituição que possa responder (não solucionar) em movimento às necessidades e possibilidades concretas e complexas dos sujeitos com os quais se relaciona.

A inventividade da ‘República dos 23’ é fruto de uma aposta do coletivo de trabalhadores em desinstitucionalizar a última ala<sup>43</sup> de pacientes moradores de longa permanência do Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Tratava-se em sua maioria de pacientes idosos com ausência de vínculos familiares e alto grau de dependência e comprometimento clínico. Na impossibilidade de distribuir o grupo de pacientes em três residências, devido a insuficiência de recursos humanos (cuidadores) para as casas, a equipe apostou na invenção de uma casa-república. Os profissionais e cuidadores que

---

<sup>42</sup> Nomenclatura utilizada por Benedetto Saraceno para trabalhar com a idéia de que o serviços de saúde mental devem ir em busca de recursos que existem na comunidade e que muitas vezes não são acessados pelas equipes

<sup>43</sup> Esse setor do hospital era chamada de Ala Primavera

trabalhavam no hospital foram juntamente com os pacientes deslocados para a casa, que tem características de alta complexidade, com cuidados intensivos e presença de cuidadores 24horas. O responsável por esta residência fala de seu entendimento na construção desse dispositivo

(...) então é mais um dispositivo que a gente vem fazendo hoje tentando criar mesmo – criativamente, tirar da cartola possibilidades, situações que possibilitem a saída das pessoas (...) não é o paciente que tem que se adaptar a moradia, é a moradia que tem que se adaptar as necessidades que cada grupo de pessoas apresenta. A gente queria montar aqui para eles uma casa com todos os recursos de que eles necessitavam (Técnico da ‘República dos 23’)

Partindo para uma reflexão da gestão e organização de serviços no SUS, salientamos que esta moradia não é reconhecida pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Campinas como SRT devido ao elevado número de moradores. A regulamentação do SUS para funcionamento dos SRT preconiza até no máximo 10 moradores por casa. O faturamento desta casa é realizado através de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) por intermédio do SIH (Sistema de Informação Hospitalar). Para o sistema onde se processa o credenciamento e faturamento do SUS trata-se de um hospital, para ‘a vida como ela é’ trata-se de uma casa com todos os seus modos de vivência que uma moradia possibilita.

A invenção de novas práticas conduzida pelo desejo do coletivo de trabalhadores que aposta em um projeto desinstitucionalizante produziu linhas de fuga desterritorializando o que foi instituído pela normatização das portarias de SRT. Propor uma residência terapêutica para 23 moradores é um projeto revolucionário: “o desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos” (Deleuze & Parnet, apud Rolnik, 2007). Essa moradia só foi possível naquele espaço, naquele momento, com os agenciamentos que ali operavam. Com isso não queremos dizer ou torná-la ‘receita’, destacamos aqui que se trata de uma experiência singular e única em que a equipe, diante do cenário apresentado trabalhou seu potencial de inventividade.



Entendendo com Rotelli *et al* (1990) o processo de desinstitucionalização tem como ator central os técnicos que trabalham nas instituições os quais transformam as organização, as relações e as regras do jogo. Produzir o novo é inventar novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. É produzir novos sentidos para o viver. “A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum” (Pelbart, 2003, p.23)

A potência de invenção traz para cena a implicação dos trabalhadores em saúde mental rumo ao projeto desinstitucionalizante. Produzir um espaço de residencialidade fora do hospital psiquiátrico para 23 pessoas foi naquele momento a possibilidade de construir porta de saída para os pacientes com maior grau de dificuldade de reinserção social. Por outro lado, construir como possibilidade de moradia, como no caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro, o aluguel de vaga em uma pensão também diz das alternativas em buscar outras formas de produzir espaço de residencialidade fora do manicômio. Ainda para Rotelli (op cit), a verdadeira desinstitucionalização será o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto – a loucura. É necessário imaginar a desinstitucionalização como a invenção de um outro modo de produção de vida, de criação de oportunidades e de probabilidades para o sujeito. Ato que implica em produzir novos espaços para acontecer os encontros e seus processos micropolíticos.

### **3.5. O FINANCIAMENTO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS E A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO**

O financiamento federal desses dispositivos de moradias foi instituído inicialmente enquanto política pública de saúde do SUS no ano 2000 por intermédio das portarias 106 e 1.220. A Portaria 106 regulamenta as diretrizes dos SRT apontando também para questões relacionadas à reorientação do financiamento dessa estratégia.

Ressalta que a cada transferência de paciente de longa permanência do hospital psiquiátrico para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. A esse respeito a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial propõe,

Garantir que os recursos referentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) decorrentes do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos retornem aos municípios de origem dos pacientes para serem utilizados nas ações e serviços substitutivos em Saúde Mental. (Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, p.28)

Trata-se de uma diretriz apontada pela política de desinstitucionalização do SUS que prevê a realocação do recurso financeiro do teto hospitalar municipal/estadual para o teto ambulatorial com vistas ao custeio da assistência no campo da atenção psicossocial.

As Residências Terapêuticas estão inseridas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), cujo faturamento se dava, até 2011, através dos procedimentos de APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo) financiando o custeio desses serviços, onde o valor da diária era objeto da Portaria 1.220. O pagamento deste serviço se dava através do procedimento nº 38.041.01 – Acompanhamento em Residência Terapêutica em Saúde Mental é destinado à remuneração das moradias em que a diária equivale ao valor de R\$23,00. Esse procedimento diz respeito ao conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (Portaria 1.220). Levando-se em consideração 30 diárias/mês, calculamos que o SUS fatura um total de R\$690,00 para custeio do morador na residência. No âmbito hospitalar, considerando o valor médio da AIH (R\$28,41) de acordo com a classificação e porte do hospital segundo portaria 53/2004, calculamos que o valor do faturamento dos hospitais por 1 mês de internação equivale a R\$852,30. De acordo com esses dados, a média de

pagamento dos SRT alocado pelo gestor federal é 20% inferior a média paga aos hospitais especializados em psiquiatria. O que levaria a essa desproporção de valor? Poderíamos levantar algumas hipóteses que nos levaria a essa questão. O hospital conta com serviço profissional 24 horas, já o SRT seguindo estrutura indicada pela regulamentação do Ministério da Saúde, segue o funcionamento de casas com moradores mais autônomos, não necessitando, portanto de cuidados 24 horas, o que termina por diminuir os custos da residência. No entanto, ao pensarmos em casas de alta complexidade, com baixo grau de autonomia dos moradores, necessariamente haverá indicação de equipe de cuidadores continuamente na casa, o que eleva os custos da residência.

O financiamento dos SRT foi alterado tanto no que diz respeito à forma de alocação de recursos quanto aos valores de custeio. Conforme apresentamos no capítulo 2, o novo financiamento das residências terapêuticas passou a vigorar em 2012, tendo como instrumento normativo a portaria 3.090 de dezembro de 2011. Do ponto de vista da modalidade de alocação de recursos, os SRT passaram a ser custeados não mais na forma de produção de diárias (procedimentos), inaugurando a modalidade de pré-pagamento, com um valor global fixo transferido fundo a fundo mensalmente. A remuneração passou a ser estabelecida a partir de grupos de moradores, no mínimo um grupo de 4 moradores e no máximo um grupo de 8 moradores, para uma residência do tipo I. Para 4 moradores o ministério da saúde transfere o valor global por mês referente a R\$5.000,00 e para no máximo 8 moradores o valor de R\$10.000,00. O pagamento individual do morador é de R\$1.250,00. Um aumento bastante significativo tendo como base o valor pago anteriormente que era de R\$690,00. No caso do SRT tipo II que apresenta maior complexidade por ser destinado a moradores com grau de dependência mais elevado, essas casas podem comportar até 10 moradores, alcançando um valor máximo de remuneração na ordem de R\$20.000,00 e mínimo com 4 moradores na ordem de R\$8.000,00. O valor de pagamento individual por morador nessa modalidade de residencialidade está na ordem de R\$2.000,00. O SRT II com maior complexidade exige um maior número de profissionais/cuidadores na casa, o que reflete em um valor melhor remunerado.

Dados<sup>44</sup> do caso traçador de Belo Horizonte, a casa de Pedro, apresenta um custo mensal no valor das despesas de R\$1.595,38, levando a conclusão de que o gestor municipal contribui com aproximadamente 130%<sup>45</sup> do custeio, com vistas a sustentabilidade do projeto. Em Campinas, estudo apurado de custos, desenvolvido pela equipe do Cândido Ferreira, apresenta que a 'república dos 23' tem um custo mensal de R\$39.074,14, o que equivale a R\$1.698,88 por morador. Vale ressaltar que esses dados foram apurados em 2006 onde ainda não havia inaugurado a mudança na forma de financiamento.

Esses dados nos mostram que a residência terapêutica de alta complexidade não é um equipamento de baixo custo. Se formos priorizar a racionalidade econômico-financeira não seria vantajoso investir nesses dispositivos e na implantação de uma rede substitutiva.

A aposta de retirada do paciente/morador do hospício não passa por uma simples racionalização de recursos, ao contrário, o foco está em promover uma possibilidade de reinserção social a essas pessoas, de reconhecimento enquanto sujeito, de exercício de cidadania e da desobjetivação paralisadora que o manicômio produz. Poder retomar o convívio social em uma casa, em uma cidade, reaprender hábitos que há muito foram privados pela estrutura asilar, requer dessas práticas o custo de um valor sem preço.

Ainda, como forma de investimento financeiro na política de desinstitucionalização destinado a ex-pacientes-moradores de hospitais, o governo federal, através do Programa de Volta pra Casa, financia mensalmente uma bolsa no valor de R\$300,00, com o intuito de gerar, por meio de recursos financeiros, maiores possibilidades de reabilitação psicossocial a essas pessoas que trazem consigo longos anos de internação psiquiátrica.

Para Vasconcelos (2006) os SRT têm um papel fundamental no sistema de financiamento do SUS, visto que evita a extinção de recursos na área da saúde mental, pelo fechamento dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados ou pela

---

<sup>44</sup> Os dados se referem ao ano de 2006.

<sup>45</sup> Cálculo feito tendo como referência o valor instituído pela portaria 1.220

morte gradual dos idosos dentro dos asilos. O processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração desses recursos não só como forma de implementar serviços substitutivos acessíveis nos bairros residenciais, de forma descentralizada nas diversas regiões das cidades, mas também como estratégia para evitar que esses recursos sejam apenas extintos.

Baseada nessa concepção de desfinanciamento do setor hospitalar e realocação de recursos para o sistema ambulatorial, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC), instituiu como eixo de sua política, o plano estadual de apoio à desinstitucionalização do estado do Rio de Janeiro atrelado a estruturação da rede substitutiva de saúde mental em base territorial. Por meio da Resolução nº 235 de 3 de março de 2008, o estado determina remanejamento de 100% do valor médio da AIH psiquiátrica, transferindo do teto hospitalar do município onde se encontrava internado o paciente a mais de 2 anos, e realocando para o teto ambulatorial de atenção psicossocial do município em que irá receber o paciente em sua rede substitutiva, seja em residência terapêutica, ou no retorno em seu núcleo familiar. Esse remanejamento de recurso financeiro do teto hospitalar para o teto de atenção psicossocial só se efetuará mediante comprovação pelo CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) de fechamento do leito e deverá ser utilizado para custeio e ampliação da rede substitutiva em saúde mental. Ainda como forma de incentivo a redução dos leitos psiquiátricos, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro investe com recursos próprios, fonte 00, através de co-financiamento, o recurso equivalente a 1/3 do valor médio da AIH (R\$231,00) alocado no teto hospitalar, para cada município que comprovar o fechamento do leito psiquiátrico, possibilitando assim maior barganha na negociação com os gestores, no sentido de não diminuir bruscamente o teto financeiro hospitalar do município.

Experiências como essa que dizem respeito a gestão e novas modalidades de financiamento vivenciada no Estado do Rio de Janeiro ainda é muito incipiente no planejamento e gestão da rede substitutiva de saúde mental no país. Pesquisa publicada por Furtado (2006) sobre ampliação dos SRTs no Brasil indica alguns nós críticos referentes a categoria gestão e financiamento. Para o autor, há um baixo envolvimento do gestor local do SUS; redes municipais de saúde mental incipiente ou inexistente; incompatibilidade entre a gestão de outros serviços do SUS e das residências

terapêuticas; não garantia de acesso e utilização de recursos já existentes (realocação de recursos da AIHs e autorização orçamentária).

Nos achados de nossa pesquisa, outro ponto que merece destaque, diz respeito aos entraves quanto à manutenção e administração do cotidiano da casa, levando em consideração tratar-se de um ‘serviço’ de saúde, portanto atrelado as questões burocratizadas e amarradas do sistema. O que tem a ver o modo de financiamento dos SRTs com a micropolítica do trabalho e o cuidado nesses dispositivos? No campo das práticas substitutivas em saúde mental, o modo de gestão financeira dessas moradias talvez seja um dos analisadores mais emblemáticos que possibilita visualizar os entraves do sistema de financiamento diante de uma proposta revolucionária de moradia aos portadores de transtorno mental. Estamos lidando com espaços de residencialidades, de produções ímpares de reorganização da vida dos sujeitos, e o modo de funcionamento das casas, em muito se distancia da lógica de organização de serviços sanitários, bem como nos leva também ao desafio de cuidar na casa sem, no entanto, torná-la estabelecimento de saúde típico e portanto lugar de outras práticas para além dos territórios tecnológicos consagrados pelo campo da produção do cuidado.

Temos conhecimento de experiências municipais de residências terapêuticas que não avançaram no sentido de buscar linhas de fuga, outros arranjos, no modo de operacionalização do SUS que deem conta das especificidades do cotidiano de funcionamento desse dispositivo de cuidado. Há relatos em que Secretarias Municipais de Saúde enviam para a residência terapêutica diariamente quentinhas para alimentação dos moradores, assemelhando-se assim a lógica de funcionamento dos serviços sanitários. A manutenção da casa, desde reparos hidráulicos, elétricos, a própria organização da alimentação, a lista de compras, as idas ao supermercado, a participação no preparo das refeições, são questões essenciais de organização da vida diária, tanto dentro da casa, quanto nas interações feitas com a comunidade, no exercício cidadão/consumidor, como por exemplo, na relação de compras no supermercado. Como produzir esses espaços de geração de autonomia, de exercício de cidadania se o sistema de saúde não está preparado para lidar com o dispositivo casa? Aguardar a morosidade de processos licitatórios para organização da moradia tem sido um dos entraves para tornar esses espaços de fato um lugar mais próximo de produção de vida

diária. Vidal, Vidal e Fassheber (2006) relatam a experiência de Barbacena atentando para essas questões

Até 2003 as residências terapêuticas foram totalmente administradas pela prefeitura da cidade, razão pela qual houve grande morosidade no projeto, já que toda compra ou atividade desenvolvida era obrigatoriamente objeto de processo licitatório. Estabeleceu-se então uma parceria com organização filantrópica, que determinou um marco importante no dinamismo do projeto pela agilidade decisória da instituição e por sua credibilidade junto ao comércio, ao mercado imobiliário, a comunidade e aos próprios moradores. (p.158)

Estudos publicados sobre a experiência de Santo André-SP relatam parcerias com entidades não governamentais, através da criação de Organização Social, que viabilizou maior flexibilidade nas ações e um atendimento menos burocratizado nas casas (RIBEIRO, 2006), criando o desafio de irmos nessa direção sem cair na privatização que essas organizações têm implicado.

A parceria com Organização Não Governamental (ONG) foi constatada nas três experiências de SRT que analisamos como aspecto importante na agilidade dos processos administrativos do cotidiano na casa. Nas três cidades os programas de SRT estão vinculados ao terceiro setor, sendo supervisionados e acompanhados pela Coordenação de Saúde Mental. Mensalmente a Secretaria de Saúde repassa para a ONG/OSS a verba destinada ao programa. Pretende-se com isso que o recurso financeiro fique ‘desamarrado’ dos difíceis processos da gestão pública, agilizando assim um modo tão singular e específico que é prover a manutenção e o cuidado em uma casa.

### **3.6. O CUIDADO NO ESPAÇO INTERCESSOR: *ENTRE CASA E SERVIÇO***

“O cuidado é um acontecimento produtivo intercessor” ressalta Merhy ao formular a ideia de que é no encontro (no espaço intercessor) entre o trabalhador e o

usuário que se produz o cuidado. No mundo do trabalho, no campo da saúde, o produto que se espera alcançar é a produção do cuidado, que em sua fineza é produzido no interior das relações entre trabalhador e usuário. A construção das tecnologias-leves – tecnologias relacionais responsáveis pela produção de vínculo, acolhimento, se processa no terreno fértil do espaço intercessor (MERHY, 2002). O espaço intercessor se produz no encontro e apenas naquele encontro entre trabalhador e usuário, onde um intervém sobre o outro, no trabalho vivo em ato, e não há sua reprodução posteriormente; a temporalidade do momento, do presente é o imperativo no encontro intercessor produtor de cuidado.

Aqui pactuamos com a noção de intercessor de Deleuze (1992) que nos leva a refletir sobre o que se produz no *entre*, como “chegar no entre”, em vez de ser origem ou fim dos processos. Em outras palavras, o que se produz no entre, no espaço intercessor que se estabelece entre o trabalhador de saúde e o usuário? Nesse encontro, quão de afetamento se experimenta na relação do profissional de saúde com o usuário e do usuário com o profissional de saúde. Uma via de mão dupla, no vai-e-vem – o encontro.

Com essa ideia, problematizamos com os achados da pesquisa, que o SRT nem é só Serviço, nem só Residência, nem só Terapêutica. Não achamos viável pensar pela lógica carteziana, de um lado casa (moradia) do outro serviço (terapêutica). Nas experiências que pesquisamos, predominaram as moradias de alta complexidade, o que nos leva a impossibilidade em decantar o SRT em um equipamento puro de moradia. Amorim (2008) defende a ideia de que os SRTs são dispositivos híbridos de serviços de saúde e residências. O termo híbrido designa aquilo que resulta de mistura de espécies diferentes, nesse sentido analogamente o SRT resulta do entrecruzamento entre as demandas de saúde e demandas sociais de toda ordem.

Há certa tensão quando se constrói um SRT, ao se ocupar de um dispositivo como esse de cuidado, que seja para cuidar entre moradia e vidas singulares versus estabelecimento de saúde e vidas objetos de cuidado. Essa é uma disputa constitutiva do campo que está relacionada com a intensidade que cada moradia apresenta, ou seja, o grau de autonomia dos moradores indica estratégias na construção de redes de ajuda entre os moradores e equipes de saúde. Refletir sobre o cuidado nesses



dispositivos nos remete ao espaço intercessor. Como “chegar no entre”, ao invés de partir da concepção polarizada de residencialidade ou de serviço de saúde?

Segundo Foucault a clínica nasce da relação com a doença, é preciso isolar para observar, descrever, comparar, classificar e tratar (clínica). As profissões de saúde fundadas nessa concepção se organizaram em suas diversas especialidades para tratar as doenças por meio da clínica do sintoma.

As residências terapêuticas se constituem como espaços de construção e produção de cuidado que interroga o campo da clínica. Que clínica é essa que se faz em uma casa, na rua, no supermercado, no cinema, na relação com a escola, com o trabalho? Quem são os operadores dessa clínica? O saber estruturado das profissões como da psicologia, psiquiatria, enfermagem, terapia ocupacional, circulam com seu modo de funcionabilidade pela atuação clínica. Contudo, se pensarmos na “alma dos serviços de saúde” como o cuidado que é o constitutivo do campo das práticas de saúde e não a clínica, acabamos por apontar que o cuidado é o próprio referente simbólico do campo da saúde, a alma desse campo de práticas, e que qualquer agir em saúde se dá no campo do cuidado, inclusive a clínica acaba por ocupar esse lugar.

O ato de cuidar engloba tanto os saberes estruturados das profissões, quanto os saberes ‘leigos’, não profissionais, mas que tem sua validade embora não científica, enquanto produtor de atos de cuidado. Sendo assim, no SRT, a cozinheira, a auxiliar de serviços gerais (doméstica) são potentes cuidadores nesses espaços, que atuam no campo da clínica, mas sem dúvida a ultrapassam, como qualquer cuidador o faz, entrando por atos não ordenados obrigatoriamente por agires tecnológicos, pois portam atos que não se prendem a intervenção sobre um outro-seu-objeto-da-ação, mas constroem com esses atos relações e intersubjetividades implicadas com novos viveres e nos modos de caminhar na vida. Estamos então no campo do cuidado, mas não obrigatoriamente no da clínica. Essa linha de fuga é chave na construção desses processos desterritorializantes do manicômio que há nas práticas de saúde diante do louco.

O modo de produzir cuidado na República dos 23 tem permitido aos seus moradores, a cada dia reaprender a viver, desde os pequenos atos de convívio coletivo

na casa até o contato com a cidade, nas idas ao supermercado, nas conversas com a vizinhança. Esse novo modo de viver tem possibilitado aos moradores um ganho de autonomia que faz toda a diferença na vida de cada um. Há moradores que circulam pelo território de maneira mais autônoma, com inserção na escola, no Núcleo de Oficina de Trabalho do Cândido. Outros apresentam maiores dificuldades de gerir mais autonomamente suas vidas, para esses o cuidador está mais presente emprestando parte de sua própria autonomia no andar a vida.

Interessante perceber as relações de afetividade que vão se estabelecendo na casa entre os moradores, juntamente com a solidariedade e até responsabilização de uns com os outros. O envolvimento afetivo de moradores entre si, de moradores e cuidadores, nos diz da implicação, da militância nesse trabalho. Os sentimentos expressos pela auxiliar de serviços gerais, que anteriormente trabalhava como doméstica em casa de família, diz-nos de suas sensações que transcendem o lugar de ‘profissão’ cuidador

Parece que eu tenho paixão por eles, eu quero ser mais amiga deles, quero conversar, eu não estudei muito sabe, mas eu acho que eu me entrego muito pra eles, eu tenho uma coisa com eles (...), acho que nessa casa aconteceu uma coisa muito linda na vida deles (Auxiliar de Serviços Gerais)

A amizade aparece como mais um ingrediente na mistura de afetos que o encontro provoca nesse híbrido espaço intercessor. A amizade é uma forma de subjetivação coletiva e uma forma de vida que permite a criação de espaços intermediários capazes de fomentar tanto necessidades individuais quanto objetivos coletivos, é um convite, um apelo à experimentação de novas formas de vida e de comunidade (ORTEGA, 1999). É uma evidência desse furo no muro dos próprios territórios tecnológicos do cuidado e em particular do mundo da clínica como saber-fazer tecnológico, enquanto tecnologia leve-dura.

# **A**nimalidade da escrita

## **FINALMENTE AS CONSIDERAÇÕES**

*Escrever é uma questão de devir, sempre inacaba, sempre em vias de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de vida que atravessa o vivível e o vivido*

*O escritor é um bruxo, pois vive o animal como a única população frente à qual é responsável (Gilles Deleuze)*

Após muitas idas e vindas, inversões no caminho, desvios, parada longa, movimento de retorno, enfrentamentos militantes, retomada, reconhecimento do novo terreno, reposicionamento... chego a etapa final desta escrita.

No início desse trabalho busquei aproximação com Antonin Artaud para me lançar ao terreno do desconhecido. Nesse momento após um caminho percorrido, questões pontuadas, reflexões pautadas compartilho com Foucault seu pensamento a respeito do tema a Escrita de Si: *escrever é se mostrar, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro* (FOUCAULT, 2006).

Refletindo sobre o A de Animal Deleuze (1996) compreende que o escritor é aquele que força a linguagem até um limite, esse limite não é separado, mas ao contrário, habitado pelo escritor. *Deve-se estar sempre no limite que o separa da animalidade, mas de modo que não fique separado dela.*

Essa concepção deleuziana me leva ao entendimento que Rolnik (2007) chama a atenção para a regra de ouro do cartógrafo: a prudência. O critério do

cartógrafo se refere ao grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento, mas ele nunca esquece que há um limite do quanto se suporta, a cada momento, a intimidade com o finito ilimitado. A regra da prudência está voltada para a percepção de um limite de tolerância do corpo vibrátil. A arte da dose de uma prudência necessária como regra imanente à experimentação, para não correr o risco de uma overdose e virar trapo, corpos esvaziados em lugar de plenos (DELEUZE e GUATTARI, 1999)

A escrita desse texto me levou a acompanhar o processo do financiamento na rede de atenção psicossocial seguindo as transformações da paisagem na macropolítica do SUS com o panorama das formas de financiamento e suas mudanças. Usando a imagem do iceberg, por um lado desenhamos um cenário em que o volume financeiro e suas formas de uso foram pautados a partir do aparato normativo que as portarias estabeleceram como diretriz da política nacional. Por outro lado, analisamos nos três períodos da reforma psiquiátrica, o protagonismo dos trabalhadores militantes e usuários da rede de atenção psicossocial operando no plano de disputa na conformação do uso dos fundos públicos e do modelo tecno-assistencial no campo da saúde mental.

O financiamento do SUS tanto no que diz respeito ao volume de arrecadação de recursos quanto à forma de alocação de recursos aos serviços (pagamento) vem passando por mudanças significativas a partir da regulamentação da lei 8.080 com o decreto 7.508. Com a aprovação da Lei Complementar 141 em 2012 o percentual de recursos destinado à saúde pelo governo federal foi atrelado à variação do PIB (Produto Interno Bruto) e não a um percentual determinado em 10% da receita da União como almejava os militantes da saúde pública brasileira. Os municípios e estados continuam investindo o que já estava previsto em suas receitas. Do ponto de vista do investimento federal na saúde pública percebe-se um desfinanciamento do SUS (CARVALHO, 2012; BAHIA, 2012). O governo federal não se compromete com um percentual fixo de financiamento e opta por vincular o investimento do SUS ao PIB, isso quer dizer que em períodos de recessão econômica no país a arrecadação de recursos para a saúde sofre um decréscimo.

Durante os 22 anos de SUS a forma de pagamento aos serviços de saúde se dava pela modalidade de procedimento e diária hospitalar na média e alta complexidade. Essa formatação de alocação de recursos está pautada em uma relação de compra e venda de produto aproximando os serviços assistenciais a lógica da saúde enquanto mercadoria e bem de consumo. O pagamento prospectivo por procedimento e a diária hospitalar vincula o faturamento à noção de doença. Assim foi financiado o CAPS através do instrumento APAC. O faturamento do CAPS vinculava-se ao quantitativo de produção de APACs gerados a cada mês, na modalidade de pós-pagamento (*ex-post*). Essa modalidade de remuneração dos CAPS foi objeto de análise de trabalhos anteriores. Trouxemos para o debate a necessidade de se financiar o CAPS globalmente, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços, do pagamento por procedimento e da noção de doença. Apontamos para uma ideia de pensar em novos formatos voltados para a lógica de alocação de recursos *ex-ante*, pré-pagamento. Esse novo formato desvincularia a atuação do CAPS da noção de doença e proporcionaria a desvinculação de suas ações em diárias (procedimento), possibilitando o desenvolvimento da complexidade de ações às quais os serviços substitutivos se propõem. Com essa proposta o CAPS seria financiado para realizar ações em seu território, indo além das ações assistenciais, sendo responsável pela clientela a ele adscrita e não pela quantificação de atos produzidos (FREIRE, 2004; FREIRE, AMARANTE e UGÁ, 2005).

Os trabalhadores e usuários em saúde mental debateram na IV Conferência Nacional de Saúde Mental a incoerência do modelo de financiamento dos CAPS apresentando propostas como forma de garantir uma mudança na modalidade de alocação de recursos

Garantir que o Ministério da Saúde defina e regule, por meio de portaria específica, uma nova forma de custeio dos CAPS, não mais mediante Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), mas através de teto fixo contratualizado, com a destinação de um valor global para as ações, de acordo com estudo técnico sobre o custo real para cada modalidade de CAPS

Superar o pagamento por procedimento, que tem por base a doença, estabelecendo piso financeiro para todos os CAPS (IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 2010)

Vimos com a regulamentação do SUS e a constituição das Redes de Atenção Psicossocial que a modalidade de financiamento dos CAPS como também dos demais serviços de atenção psicossocial como os SRT sofreu alteração em sua forma de alocação de recursos. Esses serviços deixaram de ser remunerados pelo modelo de pagamento por procedimento passando a serem financiados pela modalidade de pré-pagamento, se assemelhando ao formato de orçamento global. A vantagem dessa modalidade de pagamento proporciona ao gestor maior autonomia gerencial utilizando o recurso de acordo com as necessidades locais, desvinculando a remuneração da venda de serviços, modelo utilizado pela lógica privatizante em que concebe a saúde como mercadoria e objeto de lucro. Além disso, permite que os serviços de saúde assumam a responsabilidade pela sua clientela, favorecendo a continuidade do tratamento e a prevenção e promoção da saúde, bem como o processo de reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental.

Essa nova modalidade de financiamento – pré-pagamento, centrado na Rede de Atenção Psicossocial, requer um adequado sistema de monitoramento e avaliação com acompanhamento de metas pré-estabelecidas como forma de não correr o risco de cair no outro extremo com a sub-prestação de serviços. O COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde) engloba também a função de monitoramento identificando problemas e apontando soluções, com a avaliação de indicadores, auditoria financeira, adequação da conformidade do gasto com o que estava previsto e pactuado pelo contrato (CONSEMS RJ, 2011). Esse contrato encontra-se em fase de implantação.

O novo instrumento de informação de procedimentos realizados pelos CAPS e SRT foi substituído pelo RAAS (Registro Ambulatorial de Ações de Saúde). No caso dos CAPS esse formulário requer o preenchimento para cada usuário da rede de atenção psicossocial informando os procedimentos realizados ao mês, salientando que não tem finalidade de contabilização de crédito (pagamento), mas com o objetivo de alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial. As três modalidades de APAC que

era destinado aos CAPS foi alterado para RAAS com 21 tipos de procedimentos diferenciados. Foi incorporado como forma de registro de informação procedimentos que se destina a assistência clínica como também a ações de gestão do CAPS no exercício de ordenador da rede de atenção psicossocial, estimulando ações territoriais e intersetoriais. Curioso que a equipe mínima do CAPS não sofreu alteração mesmo com a ampliação da responsabilidade deste serviço mediante sua diversidade de funções com a abrangência da rede de atenção psicossocial. É importante estar atento para que este vasto rol de procedimentos a ser preenchido no formulário RAAS não encaminhe o serviço a uma forma de burocratização das ações desenvolvidas na rede de atenção psicossocial.

Ademais a outra face do financiamento vem operando no exercício micropolítico dos atores envolvidos na invisibilidade, por trás dos números, dos coletivos em disputa pelo modelo tecno-assistencial na conformação do uso dos recursos no campo da saúde mental.

O exercício político dos atores vem protagonizando, com movimentos instituintes, numa arena de disputa pelo modelo de assistência com fortes características antimanicomiais. Os atores em disputa ganham espaço na confecção de uma rede substitutiva de atenção psicossocial apontando indícios no caminho de superação do paradigma racionalista manicomial. Esse espaço de disputa por modelo de assistência tem o financiamento como analisador transversal, enfrentado pontos de tensão com forças conservadoras mais especificamente no que se refere à política de álcool, crack e outras drogas, com a inserção das comunidades terapêuticas como instituições integrantes da rede de atenção psicossocial pela estratégia de serviços residenciais de caráter transitório.

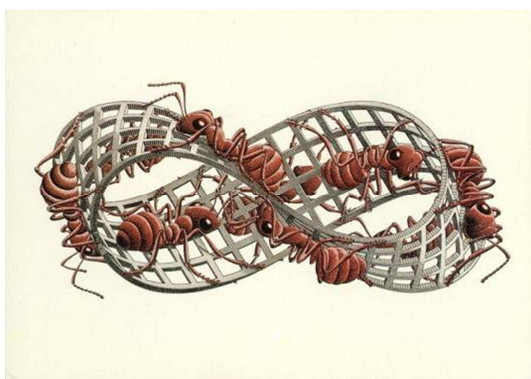
A política do SUS inaugura novas racionalidades nos modos de se pensar as formas de financiamento dos serviços. Por trás dos números, das cifras percebemos coletivos de atores na engrenagem da máquina com seus modos de operação de cuidado. O funcionamento desta máquina ligada na energia do recurso financeiro é posta em operação pelo modo micropolítico que se dá a partir dos encontros afetivos entre trabalhadores e usuários que são experimentados no trabalho vivo em ato na produção do cuidado. O trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a

ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa (FRANCO, 2006).

No caso em estudo, as três experiências de residências terapêuticas, percebemos uma transposição de um paradigma cientificista para um paradigma ético-estético-político. Uma inventividade das equipes num novo modo de produção de cuidado subvertendo a norma estabelecida pelas portarias do financiamento, operando com suas tecnologias leves e leve-duras fazendo furo na regra instituída.

O paradigma ético-estético-político investe em produções singulares de modos de vida singulares, a partir da percepção da diferença do outro, oferta uma multiplicidade de modos de se produzir um espaço de moradia para a loucura. Portanto, a ética está voltada aos valores vitais; a estética sustenta a criação de estilos de viver e a política produz modos de existência atravessados por coletivos desejantes.

A ética e estética da existência me leva ao encontro com as artes ao pensar a residência terapêutica como que em uma dobra, onde em uma face se tem o financiamento como modo de governar o “serviço” e na outra face os agires tecnológicos de produção de cuidado e clínica que se dá no campo relacional e conforma certos modelos tecno-assistencial<sup>46</sup>. A obra do artista plástico holandês Escher, retratada em 1963, a partir da fita de Moebius com as formigas, me oferta essa imagem.



A Fita de Moebius II - Maurits Cornelis Escher (1898-1972)

---

<sup>46</sup> Pensamento inspirado por Emerson Merhy no texto Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves (2002)





O potencial de criação e invenção das tecnologias de cuidado frente à loucura cria novas modalidades de subjetivação com processos de autonomização e autopoiese<sup>47</sup>. As residências terapêuticas me ajudam a visualizar o deslocamento do paradigma cientificista para o paradigma ético-estético, quando por exemplo, os saberes (clínicos) estruturados psicanaliticamente poderá, em determinados acontecimentos, se desmanchar em um possível processo de co-gestão de produção de subjetividade, ao mesmo tempo em que os trabalhadores com suas sabedorias de vida (cuidado) que trabalham na limpeza da casa, na alimentação também contribuem para uma criação de relação autêntica com o morador.

A artista plástica brasileira Lygia Clark inventa a obra “Caminhando” a partir da fita de Moebius, rompendo paradigmas no campo das artes, ao estabelecer uma arte propositiva. A obra Caminhando é caracterizada pela artista como um objeto relacional, ou seja, o sentido do objeto depende inteiramente da sua experimentação enquanto espectador/participador da obra de arte.

Nesse novo paradigma estético da produção artística, Rolnik (2002, p.06) ao se debruçar no estudo da subjetividade na obra de Lygia Clark revela que a obra

---

<sup>47</sup> Matura e Varela (1984) em seus estudos da biologia consideram que os seres vivos se caracterizam por se produzirem de modo contínuo a si próprios, o que convencionou denominar de “organização autopoietica”. Os componentes celulares de uma organização autopoietica deverão estar relacionados em uma rede contínua de interação. As transformações químicas ocorridas no interior da célula são chamadas de metabolismo celular. O metabolismo celular produz componentes que integram a rede de transformações que os produzem. Um desses componentes são as *membranas celulares* que estabelecem uma certa fronteira, um limite para essa rede de transformações. Nesse sentido, a membrana de uma célula produzida por ela mesma (autoprodução – autopoiese), se refere aos limites fronteiros da extensão de sua rede de transformações. A membrana é a delimitação da célula.

opera uma espécie de iniciação do espectador àquilo que a artista chama de experiência do “vazio/pleno”: vazio de sentido do mapa vigente, provocado por um cheio transbordante de sensações novas que pedem passagem.

A esse ponto voltamos ao início desse trabalho com o *I Ching*. O sentido do vazio absoluto que o ideograma *ching* traduz no final do caminho da seda. Um vazio que não indica para o acabado em si mesmo, mas um ‘finito ilimitado’, apontando vetores para um movimento alegre a Seguir/Sui, uma busca por mudança, mutação, metamorfose que o ideograma *I* significa.

No livro *Assim Falava Zaratustra* (1885) Nietzsche traz a imagem das três metamorfoses do espírito: o espírito que se transforma em camelo, que se transforma em leão e que se transforma em criança. Na leitura que Forghieri (2008) experimenta de Zaratustra, essas três metamorfoses propõem infinitas mortes e renascimentos. Propõem crescimento irregular, intensificação da vida, e observa que a libertação só é possível a partir de ações. Em cada etapa observa-se aspectos decisivos para uma compreensão sobre a existência criadora.

Há muitas coisas pesadas para o espírito dócil e forte imbuído de respeito. A força desse espírito reclama por coisas pesadas. Dá-se a primeira metamorfose. O espírito se transforma em camelo, besta de carga, se sobrecarrega de todas essas coisas por mais pesadas que sejam. Assim como o camelo se encaminha para o deserto com sua carga pesada no lombo, o espírito transformado em camelo segue com seu peso no corpo em busca de seu próprio deserto. *O deserto como metáfora de vazio e de desterro pode ser capaz de inspirar uma salutar confrontação consigo mesmo. Pode inspirar, ainda, vontade de potência, dominação; o desejo de ser senhor em seu próprio deserto* (FORGHIERI, 2008 p.36)

Na extrema solidão do deserto ocorre a segunda metamorfose. O camelo se transforma em leão. O rei da floresta diante da experiência que a solidão desértica tatua em seu corpo, parte em busca da presa que se chama: ‘sua própria liberdade’. É seu desejo e não seu dever.

O dragão “Tu deves!” diz ao leão: “em mim brilha o valor de todas as coisas”. Tu deves segui-los, pois não existem outros valores a não ser os meus. Mas o leão quer seus próprios valores ainda por serem criados. “Criar valores novos é coisa que o leão ainda não pode fazer, mas criar a liberdade para criar novamente, isso pode fazer a força do leão. Para criar a própria liberdade e dizer um sagrado ‘não’, mesmo perante o dever, para isso, meus irmãos, é preciso o leão”. (NIETZSCHE, 1885)

Haveremos de enxergar o leão que habita as equipes de saúde na sua constante criação clínica e de produção do cuidado com a loucura, traçando linhas de fuga, do ‘dever’ normatizado que fora instituído, por vezes, pela homogeneização das portarias e do modelo de financiamento. A portaria que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos diz, “Tu deves” implantar residências para até 10 moradores. A equipe de saúde mental diz: “Eu quero” uma residência para 23 moradores! São os leões fazendo furo nas normatizações do trabalho morto e tornando vivo o trabalho e o cuidado na experiência de vida daquelas 23 pessoas.

A terceira metamorfose dá-se com a transformação do leão em criança. A que serve o leão, animal que ataca, se transformar em uma criança? “A criança é inocência, esquecimento, um recomeço, um brinquedo, uma roda que gira por si própria, movimento primeiro, uma santa afirmação. Para o jogo da criação é preciso uma santa afirmação. O espírito quer agora sua própria vontade. Tendo perdido o próprio mundo quer conquistar seu mundo” (NIETZSCHE, 1885). *Um novo começo, um jogo de criação e morte (...) que requer a compreensão da vida como fenômeno estético* (FORGHIERI, 2008)

A luta pela subjetividade do espírito metamorfoseado em criança se apresenta como uma estética da existência, uma experiência ao mesmo tempo ética e política de estar no mundo, uma militância, usufruto de sua própria criação, um artista de si mesmo, conquistando a cada instante o direito à diferença e à metamorfose.

A passagem pela metamorfose Nietzscheana e pelas artes plásticas, especialmente com Lygia Clark, me aproxima do campo da saúde por compreender que a produção do cuidado se dá no espaço relacional entre o trabalhador e o usuário no trabalho vivo em ato. A arte como produção estética sem objetivo terapêutico, a

residência terapêutica como espaço de produção de vida, de uma estética da existência, a partir do dispositivo casa, não tendo um *apriore* terapêutico, mas um efeito terapêutico como consequência da criação do espaço de moradia como potencialização de vida para pessoas há anos enclausuradas no manicômio.

Cartografar o financiamento no campo da saúde mental, com suas modulações, valores, incentivos, disputas, se apresenta no campo da atenção psicossocial como desafios a serem cumpridos por uma política pública no campo da saúde que aposta em configurações tecnológicas do cuidado que vaza para o mundo da vida, em um compromisso antimanicomial, que envolve os sujeitos atores políticos que transversalizam ética e esteticamente a multiplicidade dos modos singulares de produção de vida com a loucura \_\_\_\_

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.13-148

AMARANTE, P; TORRE, E. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em Debate*. Revista do CEBES. Rio de Janeiro, v.25, nº 58, pp26-34, mai/ago, 2001

AMARANTE, P; LIMA, R. (Coord.) *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Relatório final. Rio de Janeiro, 2008.

AMARANTE, P; YASUI, S. Avanço e Retrocesso na Reforma Psiquiátrica: notas para refletir a Lei 10.216. (mimeo)

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª Edição, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998

\_\_\_\_\_. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997

\_\_\_\_\_. Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: FERNANDES, M.I.A et al (Org) *Fim de Século: ainda manicômios?* Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999

\_\_\_\_\_. *Saúde Mental: Políticas e Instituições*, Programa de Educação a Distância da ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

AMARANTE, P. (Coord). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

AMORIM, A.K.M.A. *O Serviço Residencial Terapêutico: Cartografias de um Híbrido no Contexto da Desinstitucionalização em Saúde Mental*. 2008. 176 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008

AROUCA, S. O eterno guro da reforma sanitária. In: *Revista RADIS*: Editora Fiocruz, Comunicação em Saúde, 3:18-21. Rio de Janeiro, 2002.

ARTAUD, A. Para acabar com o julgamento de deus. In: *Escritos de um Louco*. 1948. Disponível em <http://www.sabotagem.cjb.net/>

BARROS, E. O Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, 4. Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS). Brasília-DF, 2003.

BORGES, F.T et al. Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012

BRASIL. *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. 1988

\_\_\_\_\_ Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília-DF

\_\_\_\_\_ Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília-DF, 2011

\_\_\_\_\_ Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília-DF, 2003

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

\_\_\_\_\_ Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2012

\_\_\_\_\_ Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Sobre regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2000

\_\_\_\_\_ Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1991

\_\_\_\_\_ Portaria nº 1220 de 7 de novembro de 2000. Sobre forma de remuneração dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2000

\_\_\_\_\_ Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010

\_\_\_\_\_ Portaria nº 1174 de 7 de julho de 2005. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2005

\_\_\_\_\_ Portaria nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2012

\_\_\_\_\_ Portaria nº 189, de 22 de março de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2002

\_\_\_\_\_ Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011

\_\_\_\_\_ Portaria nº 2.843 de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010

\_\_\_\_\_ Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992

\_\_\_\_\_ Portaria nº 245 de 17 de fevereiro de 2005. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2005

\_\_\_\_\_ Portaria nº 246 de 17 de fevereiro de 2005. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2005

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3.099 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992

\_\_\_\_\_ Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002

\_\_\_\_\_ Portaria nº 841 de maio de 2012. Dispõe sobre a Publicação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012

\_\_\_\_\_ RESOLUÇÃO nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012



CARVALHO, G. Gasto Público Municipal em Saúde. Disponível em [http://www.idisa.org.br/site/documento\\_7730\\_0\\_2012---27---631---domingueira---financiamento-212.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_7730_0_2012---27---631---domingueira---financiamento-212.html). Acessado em julho de 2012

CARVALHO, G; MEDEIROS, J. Redes de atenção à saúde no SUS: financiamento e alocações. In: SILVA, S. (Org) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. pp 137-148. Campinas-SP: IDISA:CONASEMS, 2008

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 35 Anos de Luta pela Reforma Sanitária: Renovar a Política Preservando o Interesse Público na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária. A Questão Democrática na Área da Saúde 1979. FLEURY, S. et al (Org) p. 149-151, Rio de Janeiro, 2007a

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária. A Psiquiatria no âmbito da Previdência Social. Sonia Fleury et al (organizadores) p. 113-116. Rio de Janeiro, 2007b

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). *Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?* Passo Fundo: IFIBE, 2007

CONASS. *Para Entender o Pacto pela Saúde 2006*. Financiamento, Vol 4, Nota Técnica 13, Brasília-DF, 2006

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução n. 322 de 08 de maio de 2003

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL-SES/SP. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de implantação. São Paulo:SES/SP, 1987

COSEMS-RJ. Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde: uma nova forma de implementar o Pacto pela Saúde. Publicação - Cosems RJ, 2011

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. In: *Ciência&Saúde Coletiva*, 12 (Sup): 1851-1864, 2007

Deleuze, F. & Guattari, F. 28 de Novembro de 1947 – como criar pra si um Corpo sem Órgãos. In: Gilles Deleuze e Felix Guattari *Mil Platôs Vol.3*, Rio de Janeiro: Editora 34, 1996

DELEUZE, G. Os Intercessores. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992 p.151-168

\_\_\_\_\_ Espinoza e os Signos. Porto-Portugal: Rés Editora. s/ano

\_\_\_\_\_ Abecedário de Gilles Deleuze. 1996

DELGADO, P.G.G. Política nacional de saúde mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. *Jornal do CONASSEMS*: n. 8. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: agosto de 2007, 8-9 (versão revista).

DELL'ACQUA, G e MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: DELGADO, J. (Org) *A loucura na sala de jantar*. pp. 53-79, Santos/SP. 1991

DIAS, L.C.P. *Noções a respeito da Seguridade Social*. Acessado em 10 de fevereiro de 10 <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2403>

DIMENSTEIN, M; LIBERATO, M Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Anais do I Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME*, Florianópolis, SC, 2008

DONNANGELO, M.C.F. Medicina na Sociedade de Classes. In: *Saúde e Sociedade*. 2ª edição. São Paulo: Duas Cidades, 1979

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. In: *Ciência&Saúde Coletiva*, 8(2):371-378, 2003

FONSECA, T.M.G; KISRT, P,G. O Desejo de Mundo: um olhar sobre a clínica. In: *Psicologia & Sociedade*; 16 (3):29-34; set/dez 2004

FORGHIERI, M. Nietzsche, arte e ética: uma interpretação do belo. In: Revista Filosofia. Ciência&Vida. Nº 18, Ano 2007

FOUCAULT, M Doença Mental e Psicologia. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1984

\_\_\_\_\_ História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978

\_\_\_\_\_ *Microfísica do Poder*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

\_\_\_\_\_ A Escrita de Si. In: MOTTA, M.B. (Org). *Ética, Sexualidade e Política*. Coleção Ditos & Escritos V. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R.A. (Org) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006

FREIRE, F.H.M.A. O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica. Cartografias do Desejo*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1986

GUELMAN, L. *Univvverrso Gentileza*. Rio de Janeiro: Mundo das Ideias, 2009

JONES, M Conversation with Maxwell Jones. In: The Psychiatrist. Psychiatric Bulletin. 8:166-170, 1984

JUAREZ, P.F. A ampliação dos serviços residenciais terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. In: *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez. 2006 p.39-51.

KESSNER, E; KALK, C.Y & SINGER, J. *Assessing Health Quality. The Case for Tracers*. The New England Journal of Medicine. v.2888, n.1, p.1888-194. 1973.

KIMATI, M. Internações Involuntárias, Compulsórias e o Papel do Estado. Publicado no Jornal Fala Rio Grande, em setembro de 2011, disponível em <http://falariogrande.com.br>, acessado em 21/09/2012

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, ADOLFO H. E LIRA, A.M.L. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção a saúde no âmbito do SUS. In: GODIN, R; GRABOIS, V; MENDES, W (Org) Qualificação de gestores do SUS. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2011, p. 121-151

LANCETTI, A; KINOSHITA, R.T. Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos. (mimeo) 1992

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. In: *Ciência&Saúde Coletiva*, 12(2):511-522, 2007

MATURANA, H.R; VARELA, F.J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2001

MÉDICI, A. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, S.F; VIANNA, S.M. (Org) *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 2002, p.23-68

MÉDICI, A. Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil. Ministério da Saúde, 2009

MELLO, C.G de. A Irracionalidade da Privatização da Medicina Previdenciária. In: *Saúde em Debate / CEBES*, 3:8-15, 1977.

MENDES, A; MARQUES, R.M. *Financiamento: a doença crônica na saúde pública brasileira*. 1999

Mendes, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L.M. *Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade*, 2007, disponível em [www.hucff.ufrj.br/micropolitica](http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica)

MERHY, E.E. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo em Ato*. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro (RJ), v. 27, 2003. p.316-323

MERHY, E.E A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de política. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006

\_\_\_\_\_. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivo analisadores. In: MERHY, E.E; AMARAL, H. (Org). *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-66

\_\_\_\_\_. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*. 2004. Disponível em <http://www.uff.br> na página do mestrado em saúde coletiva

\_\_\_\_\_. *O cuidado é um acontecimento e não um ato*. Disponível em <http://www.uff.br> na página do mestrado em saúde coletiva

MINAYO, C. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 9ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF. 2002

\_\_\_\_\_. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF. 2010

\_\_\_\_\_. Revista da SAS. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília-DF, 2005

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados 10. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Ano VII, nº 10, março de 2012, Brasília-DF, 2012

\_\_\_\_\_. De Volta Pra Casa. Manual do Programa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília-DF, 2003

\_\_\_\_\_. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio a Descentralização, Série Pactos pela Vida, Vol 1, Brasília-DF, 2006

\_\_\_\_\_. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico, 3ª edição, Brasília, 2003

\_\_\_\_\_. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília, 2005

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2007, 85p.

NABUCO, E. A Luta Antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos Direitos Humanos. In: CRP-RJ (Org). *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007

NICÁCIO, M.F. Da instituição negada a instituição inventada In: *SaúdeLoucura* N° 1. São Paulo: Hucitec, 1989.

NICHOLS, S. Jung e o Tarô: uma jornada arquetípica. São Paulo: Editora Cultrix, 1980

NIETZSCHE, F. Assim falava Zaratustra. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal I. 2ª Edição. São Paulo: Editora Escala

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental – nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. 1ª edição Portuguesa, Lisboa, 2002

ORTEGA, F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999

PELBART, P.P. Poder sobre a vida, potências da vida. In: *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003. p.19-27

PORTO, S. *Eqüidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde – uma contribuição para o caso brasileiro*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997

RIBEIRO, I.P. Parcerias e iniciativas intersetoriais na montagem dos Serviços Residenciais Terapêuticos: relato de experiência. In: *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez., 2006. p.149-154

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Sulina; editora da UFRGS, 2007

ROLNIK, S. Subjetividade em obra. Lygia Clark, artista contemporânea. In encarte no Jornal Valor, Barcelona-ES, 2002

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In.: NICÁCIO, M.F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2a edição. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, M. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002

SARACENO, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 2001

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atenção em Saúde Mental. SOUZA, M.E. (Org). Belo Horizonte, 2006

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. Resolução SESDEC nº 235/2008. Institui o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro atrelado a estruturação da rede substitutiva de saúde mental em base territorial. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

SERRA, C.G.G; RODRIGUES, P.H. O Financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C; PONTES, A.L. (Org) *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp 195-225

SILVA, S.F. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implantação do Pacto pela Saúde In: SILVA, S. (Org) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA:CONASEMS, 2008, pp 117 – 136

UGÁ, M.A.D. *Sistemas de repasses financeiros a hospitais: o método de pós pagamento prospectivo e sua aplicação através do sistemas SIA e SIH/SUS*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992

\_\_\_\_\_. *Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira*. In: O Financiamento da Saúde no Brasil. OPAS, Escritório Regional da OMS. Série economia e financiamento, nº 4, Representação do Brasil, Brasília, 1994.

UGÁ, M.A.D; PORTO, S.M. Financiamento e Alocação de Recursos no Brasil. In: GIOVANELA, L; ESCOREL, S. et al (Org) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

VASCONCELOS, E.M. Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. Vol. II. São Paulo: Hucitec, 2008

\_\_\_\_\_. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. In: *Cadernos*



*IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.*  
Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez. 2006. p.53-69

VIDAL, C.E.; VIDAL, L.M; FASSHEBER, V.B. Residência Terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. In: *Cadernos IPUP. Desinstitucionalização. A experiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos.*  
Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 22, nov./dez. 2006. p.155-162.

WU, J.C. I Ching: a alquimia dos números. Rio de Janeiro: Mauad, 2001

YASUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010