


## A SAÚDE MENTAL NO ORÇAMENTO DA SAÚDE

## MENTAL HEALTH IN THE FEDERAL HEALTH BUDGET

Edineia Figueira dos Anjos OLIVEIRA\* 

Maria Lucia Teixeira GARCIA\*\* 

**Resumo:** Esse artigo, partindo da inserção da política de saúde mental no plano orçamentário do Ministério da saúde (a partir de 2010), analisa a tendência assumida pela ação orçamentária entre 2010 e 2022, considerando o planejado e executado. Trata-se de pesquisa documental, recorrendo aos dados do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento do Governo Federal (SIOP). Para análise utilizamos a estatística descritiva. Identificamos que entre 2013 e 2017 houve ampliação de ações orçamentárias no orçamento do Ministério da Saúde, voltada para a saúde mental, específicas para o enfrentamento às drogas, o que possibilitou a implementação de novos dispositivos assistenciais na RAPS. Entretanto, a partir de 2018 identificamos a extinção de ações orçamentárias e, conseqüentemente a supressão de recursos destinados à saúde mental. Constatamos que a implantação de medidas de ajustes fiscais restritivas, impostas pelos governos neoliberais, provocou retrocesso na política de saúde mental que avançava na direção da Lei 10.216/2001.

**Palavras-chave:** Saúde. Saúde Mental. Política de drogas.

**Abstract:** This paper, based on the inclusion of the mental health policy in the Ministry of Health's budget plan (from 2010 onwards), analyzes the trend assumed by the budgetary action between 2010 and 2022, considering what was planned and executed. This is a documentary research, using data from the Federal Government's Integrated Budget and Planning System (SIOP). For analysis we used descriptive statistics. We identified that between 2013 and 2017 there was an expansion of budgetary actions in the Ministry of Health budget, focused on mental health, specifically for combating drugs, which enabled the implementation of new assistance devices in RAPS. However, from 2018 we identified the extinction of budgetary actions and, consequently, the suppression of resources destined to mental health. We found that the implementation of restrictive fiscal adjustment measures, imposed by neoliberal governments, caused a setback in the mental health policy that advanced in the direction of Law 10.216/2001.

**Keywords:** Health. Mental health. Drug policy.

Submetido em 12/04/2023. Aceito em 12/04/2023.

\*\* Graduada em Serviço Social, com mestrado, doutorado e Pós-doutorado em Política Social (Ufes). Pesquisadora do grupo de estudos Fênix. E-mail: [oliveiranjos@yahoo.com.br](mailto:oliveiranjos@yahoo.com.br)

\*\* Assistente Social, Mestre (Ufes) e Doutora em Psicologia Social (USP) e Pós-doutora em Política Social da Ufes. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social (Ufes). Pesquisadora do grupo de estudos Fênix (Ufes) e bolsista Pq2 do CNPq. E-mail: [maria.garcia@ufes.br](mailto:maria.garcia@ufes.br)



## Introdução

Esse trabalho parte do debate sobre os gastos executados pelo executivo federal em saúde mental. Pesquisa de Oliveira (2017) apontou que no orçamento da saúde, até 2010 não haviam ações e planos orçamentários específicos para atenção pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Entretanto, a partir de 2010, com a implantação do Programa Crack é possível vencer e com o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Ministério da Saúde amplia as ações orçamentárias no campo da Saúde Mental com garantia de recursos específicos para a atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas dentro da Rede de Atenção Psicossocial (OLIVEIRA, 2017; GARCIA; OLIVEIRA, 2017).

De acordo com o registro do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento do Governo Federal (SIOP), antes de 2010, no orçamento do Ministério da Saúde, havia três ações orçamentárias voltadas para a Saúde Mental, a saber: a ação **6233** designada para Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, prevista para estabelecimentos de convênios; a ação **20B0** designada para Atenção Especializada em Saúde Mental, prevista para pagamento de novos pontos de atenção da rede psicossocial; e a ação **20AI** prevista para pagamento do Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS do Programa de Volta para Casa. Mas, a partir de 2010, com a implementação do Plano Crack é Possível Vencer, foram incluídas no orçamento da saúde/saúde mental a ação orçamentária **8585** designada Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, definida no plano orçamentário 000F – Rede de Atenção Psicossocial – RAPS / Crack e plano orçamentário 0002-Crack é Possível Vencer. Também houve a inclusão da ação **20AD** designada Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família, definida no plano orçamentário 007 Crack é possível vencer-consultório de rua (OLIVEIRA, 2017). Para algumas dessas ações, o repasse passa a ser feito de forma mais efetiva a partir do segundo semestre de 2012 e 2013. Assim, o Ministério da Saúde, passa a definir ações orçamentárias específicas com garantia de repasse de recursos para a política de saúde mental, contemplando no orçamento da saúde/saúde mental a atenção voltada para os usuários de álcool e outras drogas.

Em 2019 foi incluída a ação **20YI** no plano Orçamentário 000J designada implantação de políticas para RAPS CRACK (que substituiu a ação 20BO - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental). Também foi incluída a ação **8535** designada Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial RAPS/CRACK no plano orçamentário 000B (em substituição da ação 8585). Em 2021 foi incluída a ação **21CD** designada implantação de políticas de Atenção Estratégica de Saúde no plano orçamentário 0003 implantação de políticas para a RAPS/CRACK.

Consideramos que a garantia e ampliação das ações orçamentárias voltadas para a saúde mental no orçamento da saúde implica em avanço no processo de implementação da Política de Saúde Mental, tanto do ponto de vista da garantia do financiamento, quanto da possibilidade de monitorar os recursos direcionados garantindo transparência e controle social.

O recorte temporal deste estudo compreende o último ano do segundo governo Lula, o primeiro governo Dilma e o início do seu segundo mandato que culminou em seu *impeachment*, o governo Temer e o governo Bolsonaro. O período demarca três processos eleitorais com sérias polêmicas em torno da política de drogas implantadas pelos governos do Partido dos Trabalhadores.

O recolhimento dos dados foi feito no Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento do Governo Federal (SIOP), banco de dados onde identificamos o orçamento do Ministério da Saúde ano a ano por programa, ação e plano orçamentário. Os bancos de dados do governo federal são importantes ferramentas de transparência orçamentária e controle social. Possibilitam ao cidadão o acesso às informações orçamentária da União, estados e municípios. Essas ferramentas facultam aos conselhos gestores, nesse caso os Conselhos de Saúde, bem como à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos e constitui um importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois as informações sobre recursos alocados no setor oferecem subsídios para a discussão sobre o financiamento e o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2017).

Para análise dos dados utilizamos a estatística descritiva que nos possibilitou compor série histórica do orçamento planejado e executado entre 2010 e 2022. Os dados foram organizados em variáveis: gastos planejados e executados por ação orçamentária. Essas variáveis foram medidas em percentual observando se há tendência crescente e a variação desses valores. Os valores foram deflacionados utilizando o fator IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas por meio da ferramenta “Calculadora do Cidadão do Banco Central”.

A análise do orçamento da saúde mental requer considerar o modo particular de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), num cenário de contrarreforma de direitos sociais e consolidação do ideário neoliberal. Tal cenário implicou recursos insuficientes para a implantação do SUS, desde a sua constituição e, a partir de 2000, o (des) financiamento por parte da esfera Federal (MARQUES; MENDES, 2010; PIOLA et al, 2013; CARVALHO, 2013). Declaramos nossa defesa por garantia de financiamento público para implantação das políticas sociais e, em especial, aqui a política de saúde mental. Assim, nesse trabalho propomos analisar a tendência assumida pelas ações orçamentárias destinadas pelo Ministério da Saúde à Saúde Mental, entre 2010 e 2022, considerando o planejado e executado.

## **1. A saúde mental e o seu financiamento**

A saúde mental ganhou expressão no planejamento orçamentário do SUS com o incremento do combate ao Crack e outras drogas alimentado, a partir de 2009, no cenário pré-eleitoral marcado pela disputa entre PT (manutenção da presidente Dilma Rousseff), e PSDB (candidatura de José Serra) (OLIVEIRA, 2019). A disputa pré-eleitoral manteve como uma das pautas prioritárias a guerra contra as drogas colocando na agenda de governo a necessidade de garantir ações orçamentárias para o desenvolvimento de ações na área da saúde mental no combate ao uso do Crack e outras drogas. O cenário pré-eleitoral impulsionou o

Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, lançado pelo Governo Lula no final de seu segundo mandato, a partir do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010).

Para Pedro Gabriel Delgado<sup>1</sup>, que ocupou a coordenação Nacional da Saúde Mental entre os anos 2000 e 2010, nos anos de 2008 e 2009, a agenda da Reforma Psiquiátrica foi impactada pela correlação de forças entre o Executivo e Legislativo que colocaram as drogas como pauta prioritária, com foco no Crack. Os parlamentares constituíram uma Frente Parlamentar Anti-crack mantendo o tema Crack como central, sustentando a pauta conservadora que dominou a agenda política em 2010. Na avaliação de Delgado, para equilibrar o jogo político o governo lança o Plano Crack no final de 2010, abrindo espaço para as Comunidades Terapêuticas (DENADAI, 2015).

É importante ressaltar que o uso do Crack foi colocado pela mídia como epidemia exigindo intervenção imediata das autoridades governamentais, sustentado num discurso conservador que ocupou a rede nacional (PRATES, 2013). Instaurou-se um pânico moral que reforçou preconceitos em relação aos usuários de drogas, vistos como responsáveis pelo aumento da criminalidade. Ignora-se nesse discurso o fundamento das desigualdades sociais, dado pela apropriação da riqueza social, que sustenta um processo de exclusão social protagonizados por esses usuários que buscam nas drogas a superação de conflitos (PITTA, 2012).

Após ganhar as eleições, o governo Dilma Rousseff não operou mudança na direção da política de combate ao consumo do Crack e outras drogas seguindo a mesma diretriz norteadora, mantendo a guerra contra as drogas e o consumo de crack como central no seu projeto de governo (RODRIGUES, 2012). Em seu primeiro mandato (com início em 2011), o governo Dilma lançou oficialmente a “Política Nacional de Atenção aos Usuários de álcool, Crack e outras Drogas”, demarcando um programa de prevenção, cuidado e repressão às drogas (RODRIGUES, 2012).

Em suma, o posicionamento da mídia, somado à pressão dos parlamentares ligados às Frentes Parlamentares "Anticrack", garantiu espaço para as comunidades terapêuticas que aumentaram a pressão na disputa por recurso do fundo público para estas instituições (DENADAI, 2015). De modo que, em 2012 o governo lança a Portaria GM/SM Nº 131 instituindo incentivo financeiro de custeio para apoio aos serviços de atenção em regime residencial, incluindo às comunidades terapêuticas (OLIVEIRA, 2017). Tal portaria possibilitou que as CTs passassem a disputar recursos do Fundo Nacional de Saúde garantidos na Ação orçamentária 20BO, prevista para pagamento de novos pontos de atenção da rede psicossocial. Por meio de editais lançados pelo Ministério da Saúde as Comunidades Terapêuticas passaram a disputar recursos da saúde, desde que cumprissem alguns critérios estabelecidos, estrategicamente, pela Coordenação Nacional, como forma de controle dos serviços prestados por essas instituições<sup>2</sup>. As exigências resultaram em baixa

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mírian Cátia Vieira Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas”.

<sup>2</sup> Afirmação contida na entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mírian Cátia Vieira Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas”.

aprovação dos projetos apresentados pelas instituições que concorreram, o que dificultou o acesso dessas instituições aos recursos do MS (OLIVEIRA, 2017).

O Conselho Federal de Serviço Social se pronunciou em nota contra a regulamentação das Comunidades Terapêuticas (CFESS, 2019). O CFESS defende que o tratamento de pessoas por uso abusivo de drogas ou por dependência, seja realizado, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios na rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001. O CFESS se pronuncia contra a imposição de credo religioso como prática evidenciada nas comunidades terapêuticas, compreendendo como uma violação dos direitos das pessoas que são atendidas nessas estruturas, afirmando que o recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado (CFESS, 2019).

### ***1.1 O plano de enfrentamento ao crack e outras drogas e as prioridades na agenda do governo federal***

Para essa análise é preciso considerar o direcionamento dado pelo Executivo Federal à política de saúde mental, a partir de 2010 com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010).

A garantia de ações orçamentárias para a saúde mental inscreve a política como prioritária no plano do governo, considerando que como uma peça de cunho político, os gastos orçamentários definem as prioridades do Estado e sua forma de ação não somente econômica, mas principalmente escolhas políticas, desvelando as forças sociais em disputas e hegemônicas na sociedade (SALVADOR, 2010). Na saúde mental essa correlação de forças coloca de um lado o Movimento pela Reforma Psiquiátrica que defende o processo de desintitucionalização dos sujeitos (VASCONCELOS, 2016) e; de outro, grupos conservadores que impõem uma nova forma de institucionalizar, visão religiosa que coloca algumas famílias de usuários em defesa de intervenções conservadoras, interesses da indústria da loucura em busca de lucros, entre outros (GARCIA, 2016). Por fim, ambas as forças constroem argumentos e tentam mobilizar a opinião pública em torno do tema. Enfim, a luta no processo de implementação das ações na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é tensionada por diferentes sujeitos contrários e a favor do projeto de implementação da reforma da Política de Saúde Mental (OLIVEIRA, 2021).

Estudo realizado sobre a inserção da Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira por Oliveira (2021) evidenciou avanços e retrocessos da Reforma Psiquiátrica a depender da correlação de forças dos sujeitos envolvidos nesse processo. A análise do planejamento das ações no campo da saúde mental apontou que o projeto de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de 2012, foi duramente tensionado. Sujeitos contrários a este projeto abriram espaço no planejamento para inserir demandas de ampliação e instituição de serviços dispostos por grupos de interesse no campo da saúde

mental. Forças ultraconservadoras<sup>3</sup> ascenderam a partir de 2016 redirecionando a Política de Saúde Mental em direção contrária as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA. 2021).

Assim, parafraseando Gilson Carvalho, nos interessa aqui refletir sobre os rumos dos recursos orçamentários da saúde mental, resultado da correlação de forças que acirra a disputa pelos poucos recursos disponíveis à saúde mental.

## **2. A saúde mental no orçamento da saúde: o que dizem os dados?**

O montante de recursos destinados à saúde mental, por meio das ações orçamentárias, se mantiveram de forma mais expressiva entre os anos 2013 e 2017, em especial para a ação **8585** (PO 000F e 0002), que contemplou o maior volume de recursos, seguindo tendência decrescente após 2017, com extinção de algumas delas entre 2019 e 2022 (Gráfico 1).

A ação 8585 contempla recursos para Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, que a partir de 2013 se definiu no plano orçamentário 000F (Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/CAPS) e plano orçamentário 0002- Crack é Possível vencer, previsto para implantação e custeio de CAPS, SRTs, UA e outros dispositivos da RAPS. Essa ação, que contemplou a maior parte dos recursos destinados à saúde mental nos anos de 2013 e 2017, possibilitou o direcionamento de recursos para os serviços habilitados com base nas Portarias GM/MS nº 130 de 26/01/12, que redefine incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPSad III; Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12, que institui Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack; Portaria GM/SM nº 148 de 31/01/12, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e, institui incentivos financeiros de investimento e de custeio, bem como a Portaria GM/MS nº 349 de 29/02/12 e Portaria GM/MS nº 1.615 de 26/07/12, que altera a Portaria 148/12 (leitos de SM em HG); Portaria GM/MS nº 854 de 22/08/12, que altera a tabela de procedimentos realizados em CAPS; Portaria GM/MS nº 857 de 22/08/12, que habilita na Tabela de Incentivos Redes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos Centros de Atenção Psicossocial e garante incentivos aos SRTs tipo I e tipo II.

A partir da edição dessas portarias os serviços existentes iniciaram um processo de habilitação para pleitearem o recurso. Entretanto, como já afirmado, o número de serviços habilitados com base nessas portarias é inferior ao número de serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. O que confirma a existência de serviços implantados sem a garantia do recurso. Mas, a despeito de existirem serviços ainda não habilitados, registrou-se a partir de 2016 redução do valor na execução da ação, em

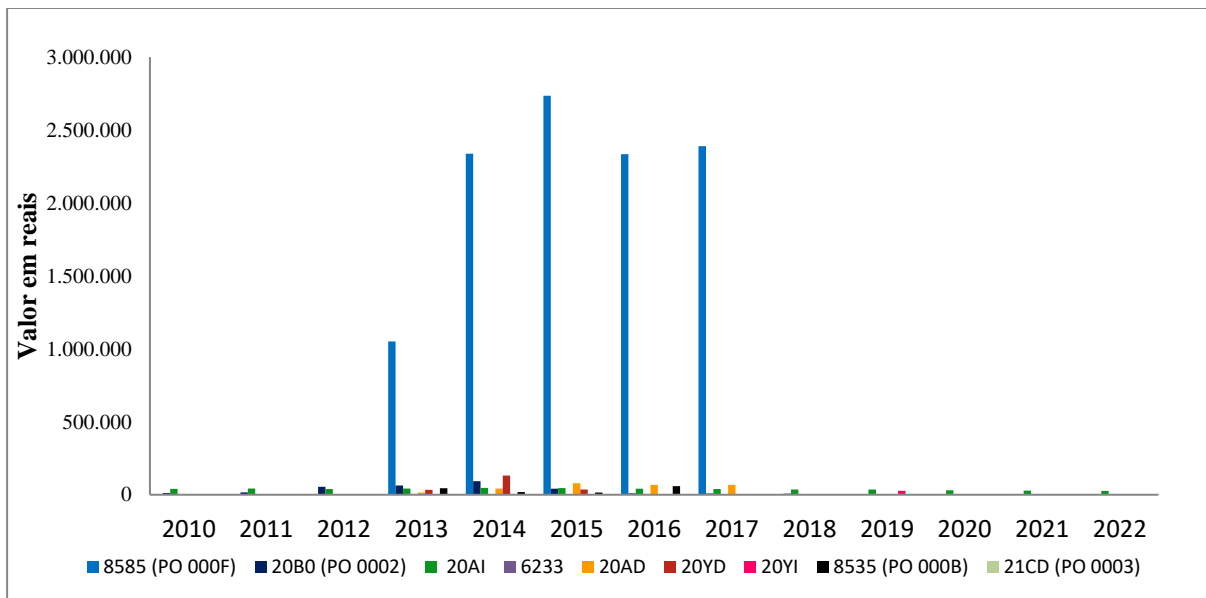
---

<sup>3</sup> Ultraconservador porque não se trata de um conservadorismo no sentido tradicionalista da palavra, nostálgica do passado, mais de um autoritarismo violento que alimenta o nacionalismo xenófobo, o ódio à esquerda, ao feminismo, aos homossexuais, a intolerância religiosa ou étnica (racista) contra o "outro" e a violência policial/militar como única resposta aos problemas sociais e à criminalidade (LOWY, 2018).

relação a 2015, o que, além de afetar a possibilidade de novos serviços serem habilitados, os serviços já habilitados podem sofrer redução e/ou não terem correção dos procedimentos realizados.

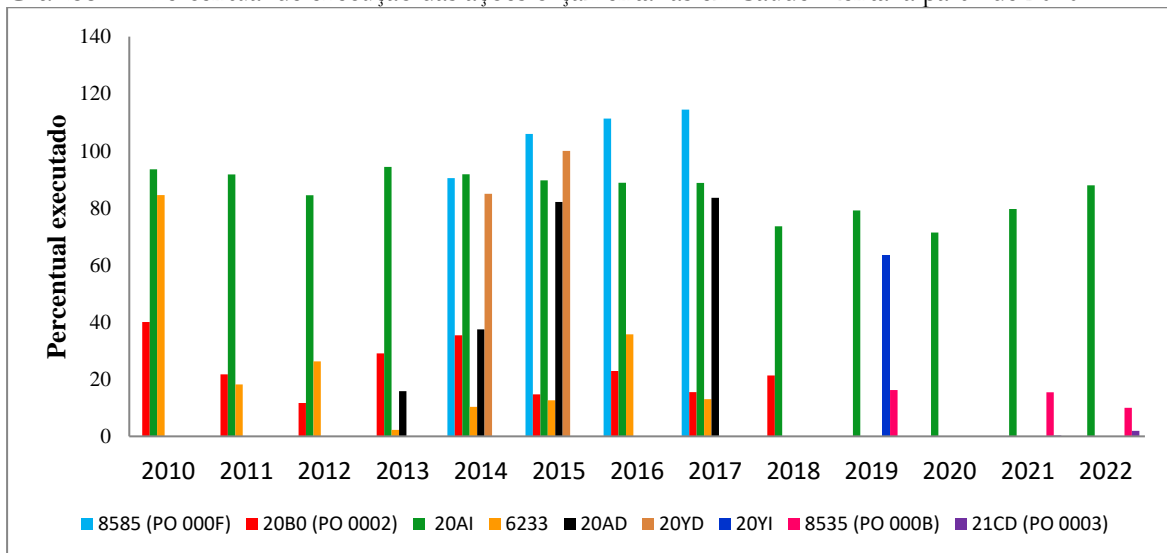
O percentual executado dessa rubrica esteve acima do recurso programado entre 2015 e 2017, o que certamente significa que novos serviços foram habilitados, entretanto, a partir de 2018 essa ação foi extinta (Gráfico 2).

**Gráfico 1-** Recursos destinados às ações orçamentárias 2010-2022



Fonte: SIOP/planejamento, 2022 (valores corrigidos pelo IGP DI- Calculadora do Cidadão)

**Gráfico 2 –** Percentual de execução das ações orçamentárias em Saúde Mental a partir de 2010



Fonte: SIOP/planejamento, 2022.

Quanto a ação **20B0** designada Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental, essa garante recurso para a saúde mental no plano orçamentário 0002 -Crack é Possível Vencer (com a definição

desse plano orçamentário a partir de 2013), previsto para custeio de CAPSad III, Unidade de Acolhimento e credenciamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais. Essa ação, com montante de recurso maior entre 2012 e 2014 (Gráfico 1), teve o percentual de execução abaixo de 30%, com exceção de 2014 (35%). Nos anos que se seguiram seguiu tendência decrescente executada em 14% em 2015; 22% em 2016; 15% em 2017, sendo extinta em 2018 (Gráfico 2). Assim, essa ação, definida para implantação de novos pontos de atenção, em todos os anos foi executada abaixo do planejado, também se sustenta nas Portarias GM/MS nº 130 de 26/01/12 (CAPS ad III) e GM/SM nº 121 de 25/01/12 (Unidade de Acolhimento). A execução orçamentária abaixo do previsto pode ser explicada pelo fato de estados e/ou municípios não constituírem, em tempo hábil, projetos para implantação dessas unidades e/ou considerarem não ser viável a implantação das mesmas, após avaliarem o custo, tendo em vista que o repasse do governo federal custeia parte do projeto, ficando para o ente federado que habilitou o serviço, a responsabilidade da maior parte do custeio. Em 2019 essa ação é extinta e substituída pela ação 20YI designada Implantação de Políticas de Atenção à Saúde no plano orçamentário 000J-implantação de políticas para RAPS/CRACK, que só perdurou em 2019 com percentual de execução dos recursos em 63%.

De modo geral, como podemos observar no gráfico 1, a partir de 2018 (governos Temer/Bolsonaro), os recursos destinados à saúde mental dentro das ações orçamentárias são quase que totalmente extintos, com exceção da ação orçamentária **20AI** que garantiu orçamento em todos os anos estudados (gráfico 1).

A ação **20AI** designada Auxílio Reabilitação Psicossocial aos egressos de longa internação psiquiátrica foi a única ação que se manteve, com execução acima de 90% até 2016 (gráfico 2). A partir de 2017 os recursos para essa ação seguiu tendência decrescente. Essa ação garante o pagamento de auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas aos usuários contemplados no Programa de Volta para Casa. A execução dessa ação ficou próxima do que foi planejado em todos os anos e pelo montante previsto, comparado as outras ações, observa-se que o processo de planejamento para aumento de cobertura de beneficiários do PVC se deu de forma tímida, ou seja, não houve por parte do governo Federal a pretensão de estender a cobertura de forma significativa. O comportamento do gasto com essa ação aponta que não houve extensão de cobertura entre 2017 e 2022, ou seja, o aumento do número de beneficiário não foi expressivo nos últimos anos, o que para nós pode significar um retrocesso na política, considerando a dívida que a sociedade tem com esses sujeitos esquecidos.

A ação orçamentária **6233** designada Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, teve recursos que oscilaram entre 2010 e 2017 tanto em relação ao montante quanto em termos de percentual de execução, com maior montante executado em 2010 (85%) e, em 2018 a ação foi extinta. Essa ação foi prevista para os eventos e convênios da área, financiando projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais, bem como, eventos e capacitações na área. A relação entre valor orçado e executado com essa ação pode significar baixa concorrência de projetos aos editais e/ou inadequação dos projetos



submetidos e sua extinção em 2018 demonstra a não valorização por parte do governo para outras ações no campo da saúde mental que poderiam ser tidas como exitosas.

Da mesma forma, a **ação 20AD** designada piso de Atenção básica variável-Saúde da Família, no plano orçamentário 007 Crack é possível vencer prevista para implantação de Consultório na Rua para o fortalecimento das ações de combate ao uso do Crack e outras drogas na atenção Básica. Essa ação perdurou entre 2013-2017 (gráfico 1) e teve a execução do recurso abaixo do planejado (gráfico 2). O percentual da execução da ação se apresenta de forma significativa em 2015 (82%) e 2017 (83%) e em 2018 a ação foi extinta.

Destacamos que o Consultório na Rua é um dispositivo para fortalecer as ações de saúde mental na Atenção Básica. Aqui não dá para fazer uma relação dos gastos na Atenção Básica, pois não conseguimos reunir esses dados, mas podemos afirmar que o novo dispositivo assistencial “Consultório na Rua” envolve uma nova perspectiva para responder as demandas de uso de drogas que se apresenta nos grandes centros das cidades.

O recurso para essa ação passou a ser definido a partir de 2013 com execução (15%) irrisória em relação ao planejado. O repasse dessa ação se sustenta nas Portarias GM/SM nº 122 de 2011 e 123 de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCnaR) e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCnaR) por Município. Em 2013 foram constituídas as primeiras equipes com garantia de financiamento com base nessas portarias.

Em 2019 foi garantido recurso para a saúde mental na ação 8535, instituída em 2013, mas sem garantia de recurso em 2017 e 2018. A ação 8535 designada Estruturação de Unidades de Atenção Especializada de Saúde, no plano orçamentário 000B Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial teve orçamento garantido entre 2013 e 2016, mas os recursos foram suspensos entre 2017 e 2018 e retomado em 2019 de forma ínfima, com tendência decrescente. Também com recurso ínfimo em 2021 foi designada a ação 21CD para implantação de políticas de Atenção Estratégica de Saúde, no plano orçamentário 0003-implantação de políticas para a RAPS/CRACK, com recurso irrisório definido em 2021 (98 mil reais) e 2022 (521 mil reais). Assim, as duas ações (8535 PO 000B e 21CD PO 0003), tiveram orçamento e execução financeira muito abaixo da ação extinta (8585), comprovando a redução drástica de recurso para o custeio da RAPS/CRACK.

Por meio das oito ações orçamentárias descritas, identificamos a execução da maior parte dos recursos destinados à saúde mental, mas registramos aqui que nem todos os gastos com saúde mental estão computados nessas ações orçamentárias.

Mas, os dados sinalizam que a racionalidade econômica aprofundada, especialmente após *impeachment político* da presidente Dilma, orquestrado pelo parlamento e pelo vice-presidente Temer, impôs a implantação de medidas de ajustes fiscais restritivas sacrificando apenas os trabalhadores. Tais medidas, aprofundadas no governo Bolsonaro têm produzido a desconstrução da política de saúde e, conseqüentemente da política de saúde mental, impondo a manutenção de um número baixo de serviços

efetivamente substitutivos, como os CAPS III, Serviços Residenciais Terapêuticos e bolsas do Programa De Volta pra Casa. Isso ocorre no momento em que a análise da política de saúde mental apontava para avanços na política sustentada por legislações e garantias, ainda que mínimas, de rubricas orçamentárias destinadas à saúde mental.

Somado a isso, destacamos que a difusão do crack e outras drogas e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, geraram um conjunto de práticas manicomial, com internação compulsória em comunidades terapêuticas de cunho religioso, com práticas que negam os princípios da reforma psiquiátrica defendida pelo movimento antimanicomial. Mas, apesar disso e do subfinanciamento da saúde mental, a suposta “epidemia do crack” possibilitou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, o que contribui no processo de monitoramento dos recursos.

Aqui explicitamos os gastos da saúde mental por 12 anos e, como sugerido por Gilson Carvalho, percebemos um conjunto de avanços e retrocessos que comungam questões históricas da direção da política de saúde e da saúde mental e reflexos dos movimentos sociais nesse campo. Os gastos em ações e dispositivos assistenciais de base extra-hospitalar expressa a luta do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, mas também evidencia atores em disputa pelos recursos que deve ser priorizado para esses serviços. A luta é imensa e encontra-se sob ameaça, em especial com a edição da Portaria 3.588/GM/MS aprovada pela CIT de 21 de dezembro de 2017, que representa retrocessos aos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A portaria 3.588 garante reajuste (em 60%) das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos por internações superior a noventa dias ou para os casos de reinternação no período inferior a 30 dias (BRASIL, 2017). Vale lembrar que como estratégia utilizada para fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos a não valorização para pagamento de AIH foi uma utilizada e, em contrapartida os recursos foram direcionados para construção de uma rede de serviços de base territorial. O contrário disso, ou seja, o aumento de recurso para internações de longa permanência fragiliza a estratégia que vinha sendo adotada de realocação de recursos de ações hospitalares para ações extra-hospitalar. Cabe aqui o registro de que os CAPS não recebem aumento de custeio desde 2011, o que impacta na qualidade do serviço prestado por esse dispositivo assistencial.

Constata-se que a partir de 2017 a política de saúde mental, sustentada na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), vem sendo reconduzida pela gestão do Ministério da Saúde, por meio da coordenação Nacional da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Essa recondução que implica um movimento de contrarreforma da política de saúde mental e tem sido alvo de duras críticas feitas por defensores da Reforma Psiquiátrica que declaram repúdio a condução e atuação das gestões nacional da saúde mental nos últimos 07 anos (2016-2022). A denúncia é de que a Coordenação Nacional de Saúde Mental, por meio de portarias, tem fortalecido a expansão de hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, bem como, possibilitado o sucateamento da Rede de atenção Psicossocial.

No início de 2019 a coordenação Nacional de Saúde Mental lançou a Nota Técnica N° 11/2019, que tem como questão central a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com

garantia de reajuste do valor das AIHs. A tomada de decisão se sustentou na afirmação da coordenação de que não há necessidade de se defender uma rede substitutiva, considerando que nenhum serviço substituiu outro. Tal defesa fortalece o hospital psiquiátrico na rede assistencial de saúde mental e direciona que os recursos oriundos de altas ou fechamento de unidades hospitalares sejam realocados na própria rede hospitalar psiquiátrica. Ou seja, a Nota Técnica mina a estratégia que permitiu a criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que teve como principal estratégia o redirecionamento dos recursos da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar.

Apesar de ter sido tirada de circulação pelo Ministério da Saúde em decorrência da pressão social e do movimento organizado do campo da saúde mental que se manifestou amplamente em repúdio às suas determinações, as mudanças legais e os argumentos que justificam essas mudanças, presentes nessa Nota Técnica 11/2019, se mantiveram. Isso por que não foram revogadas as portarias emitidas a partir de 2017, que sustentam essa direção e orienta a política de saúde mental na contramão do que foi preconizado e construído com base na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os gastos observados requerem outras mediações que perpassam o cenário econômico, social e político no Brasil recente. Nos últimos 07 anos (2016-2022) vivenciamos o enfraquecimento da esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que “representou” uma das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização no país. Após 13 anos no governo (2003-2016), apesar de não promover mudança estrutural na relação capital/trabalho, o PT conquistou redução da desigualdade de renda, decorrente da evolução de gastos públicos sociais, via programa de transferência de renda para os mais pobres, e da redução do diferencial de rendimentos de trabalhadores qualificados e de baixa qualificação, com salários no mínimo ou pouco mais que o mínimo (GONÇALVES, 2012; VASCONCELOS, 2016). Entretanto, a crise global de 2008-2009 interrompeu a tendência de queda na desigualdade de renda no Brasil. Tendo como pano de fundo a crise mundial 2008/2009 e um Congresso Nacional atrasado, o PT realizou indiferenciadas coalizões e trocou apoio político abrindo espaço para corrupção no setor público, incluindo financiamento de campanhas. Instaurou-se uma crise econômica, política e ética que se aprofundou a partir de maio de 2015, possibilitando a reorganização de forças políticas ultraconservadoras, que pediram o *impeachment* político da presidente Dilma (GONÇALVES, 2012; VASCONCELOS, 2016).

O ano de 2016 demarcou o início do governo Temer que adquiriu o caráter de *governo de transição* com a missão de reestruturar o capitalismo brasileiro de acordo com a agenda neoliberal. A partir de então assistimos a um novo ciclo político que se empenha a desenvolver estratégias para romper de vez com aquele ciclo criado pela Constituição Cidadã de 1988, que inscreveu direitos sociais defendidos nas lutas sociais na década de 1980. O governo Temer nomeou como Ministro da Saúde um engenheiro que durante o tempo em que esteve na gestão foi alvo de críticas de profissionais da saúde e movimentos sociais, por defender propostas como planos de saúde populares com baixa cobertura. Todo o tempo permaneceu em xeque o princípio de universalidade do SUS, princípio caro ao Movimento pela Reforma Sanitária. Sob

o argumento de que “é preciso rever o tamanho do SUS”, se defendeu o custo da política para o orçamento do Estado, comprometido com a geração de superávit primário a ser direcionado para pagamento de juros e amortecimento da dívida pública.

Esse cenário agravou com a entrada do governo Bolsonaro, eleito em 2018 em uma disputa política antagônica e conjuntura política e econômica instável. O presidente foi eleito defendendo bandeiras autoritárias e conservadoras, apoiado por grupos autoritários de direita e extrema direita, que têm como pauta prioritária a desconstrução de direitos constitucionais da população trabalhadora e menos favorecidas. Esse cenário tem impacto direto sobre a política de saúde mental.

A conjuntura atual é tensionada por um conjunto de reformas neoliberais, que tem minado de todas as formas a capacidade de articulação das esquerdas em suas estratégias de lutas. Assim, sabemos que a batalha é árdua, por isso é necessário a clareza de que o espaço político e as condições atuais de mobilização requerem estratégias de luta. Assim, cabe a pergunta: quem serão nossos parceiros da luta?

Concordamos com Vasconcelos (2016) quando destaca que nos anos 2000 vislumbramos e vivenciamos avanços no campo da saúde mental, dada a pressão e articulação do movimento antimanicomial. Na atual conjuntura vivemos retrocessos, impondo necessidade de criar estratégias de lutas e resistências. Assim, no cenário econômico, social e político no Brasil dos últimos 07 anos, as forças não encontraram condições favoráveis à ampliação dos recursos para a saúde mental e o planejamento para o início do novo governo do Partido dos Trabalhadores, que se inicia em 2023, não prevê aumento de recursos para as ações orçamentárias da área.

## **Conclusões**

Ante a suposta epidemia do Crack, o Ministério da Saúde amplia a definição de ação orçamentária para a saúde mental e da visibilidade a atenção aos usuários que fazem uso abusivo de drogas, o que representou avanço para a política. Apesar de permanecer subfinanciada, a partir de 2010 a Saúde mental torna seus gastos mais transparentes, possibilitando identificar de forma mais visível se as ações planejadas da saúde mental foram realizadas no período.

Ao analisarmos as ações orçamentárias comprovamos que a política de saúde mental sustentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica sofreu retrocessos, considerando que o aporte de recursos para ações de base comunitária, essencial à consolidação da lei, bem como para a criação de dispositivos assistenciais que promovam o processo de reinserção social, têm sido drasticamente reduzido nos últimos anos.

Assim, nos 22 anos de aprovação da Lei 10.216 identificamos avanços da política pública da saúde mental no que se refere ao financiamento, ampliado a partir de 2010, por meio das ações orçamentárias, ganha destaque no orçamento da saúde. Considerando que qualquer política só pode ser implantada com garantia de recurso, a definição e ampliação das ações orçamentárias para a saúde mental dá a ela status de política

prioritária e permite atentar ao que disse Gilson Carvalho “para saber a prioridade dada a política siga o dinheiro” (CARVALHO, 2013).

O limite desse estudo se dá pelo fato de que as ações orçamentárias analisadas não constituem todos os recursos dispensados à saúde mental, considerando que tanto na atenção básica, quanto na média complexidade, nos procedimentos ambulatoriais, na aquisição de medicamentos, nos serviços de urgência e emergência, por exemplo, são desenvolvidas ações do campo da saúde mental, cujos gastos não podem ser computados separadamente. Entretanto, como já afirmado, a definição das ações orçamentária permite a visibilidade e monitoramento dos recursos específicos voltados para a Saúde mental.

## Referências

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em 23 de junho de 2010.

BRASIL. Casa Civil. **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. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/decreto/decreto\\_7179.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7179.pdf). Acesso em: 12 de abril de 2023.

CARVALHO, Gilson. **Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012**. Disponível em: <http://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>. Acesso em: 23 out. 2013.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Nota sobre lei que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso de álcool e outras drogas**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1579>. Acesso em: 20 de março de 2021.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?** Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

GARCIA, M.L.T.; OLIVEIRA, E. A. An analysis of the Federal funding for mental health care in Brazil. **Social Work in Health Care**, v. 56, p. 1-20, 2017.

GARCIA, M.L.T.; Federal financing for the Brazilian mental health policy. *International Journal of Public Health (Online)*, v. 8, p. 97-105, 2016.

GONÇALVES, R. Redução da desigualdade da renda no governo Lula: análise comparativa. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

LOWY, M. Extrema direita: um fenômeno planetário. **Revista Socialismo e Liberdade**, n. 23, 2018. p. 53-56.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O Financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n.3, May/June, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000300019.25>. Acesso em: 13 de junho de 2012.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica.** Tese (doutorado em política social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Vitória, 2017. 276 p.

OLIVEIRA, E. F. A. A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira. **SER Social** (Online), v. 24, p. 473-495, 2021.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Textos para Discussão, Rio de Janeiro, IPEA, n. 1846, jul. 2013. PITTA, A.M.F. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. Argumentum, v4, n2, jul/dez de 2012.

PRATES, A. O crack pode melhorar a sociedade ou o potencial de cidadania que pode estar contido em algumas “epidemias”. Disponível em: [www.neip.info](http://www.neip.info). Acesso em 10 de maio de 2013.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico: uma guerra na guerra.** 2. Ed. São Paulo: Desatino, 2012, 144p.

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

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, crise e resistência em tempos sombrios: diálogos com o marxismo e o serviço social brasileiro.** São Paulo: Papel Social, 2016. p.228.

---

#### **Contribuições das autoras:**

**Edineia Figueira dos Anjos Oliveira:** Contribuiu com a concepção, o delineamento, análise dos dados e redação do artigo.

**Maria Lucia Teixeira Garcia:** Contribuiu com a redação do artigo ou a sua revisão crítica.

---