



9º Encontro Internacional de Política Social
16º Encontro Nacional de Política Social
Tema: A Política Social na Crise Sanitária revelando Outras Crises
Vitória (ES, Brasil), 13 a 15 de junho de 2023

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das Políticas Públicas.

Serviços e Financiamento: Uma análise da Política de Saúde Mental entre 2001 a 2016

Maria Luiza Lopes da Conceição¹

Resumo: O presente artigo apresenta considerações acerca da Política de Saúde Mental do período de 2001 a 2016, procurando revelar as tendências inseridas nessa política a partir de análise das correlações de forças existentes. Para tanto foi realizado um resgate dos principais marcos regulatórios e uma revisão de literatura acerca da implementação dos serviços psicossociais e da organização dos gastos em Saúde Mental no período analisado. Percebe-se que apesar dos avanços contidos nos primeiros quinze anos de Reforma Psiquiátrica, há tendências de uma neoinstitucionalização e de práticas conservadoras que se distanciam da Luta antimanicomial *paripassu* que se legitimam no modo de produção capitalista.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental; Neoinstitucionalização; Gasto Público; Reforma Psiquiátrica.

Services and Financing: An analysis of the Mental Health Policy between 2001 and 2016

Abstract: This article presents considerations about the Mental Health Policy ranging the period from 2001 to 2016, seeking to reveal the trends inserted in this Policy based on the analysis of existing correlations of forces. To this end, a review of the main regulatory milestones and a literature review were performed regarding the implementation of psychosocial services and the organization of expenditures on Mental Health in the analyzed period. It is noticed that despite the advances contained in the first fifteen years of the Psychiatric Reform, there are trends towards neo-institutionalization and conservative practices that distance themselves from the *paripassu* anti-manicomial struggle that are legitimized in the capitalist mode of production.

Keywords: Mental Health Policy; Neoinstitutionalization; Public Spending; Psychiatric.

1 Introdução

A Política de Saúde Mental, não diferente das demais Políticas Sociais, está atravessada por determinações estruturais e conjunturais de natureza e características do sistema capitalista. Na história de construção dessa política no Brasil, essa inserção impôs e impõe definições e condicionalidades próprias, que são acompanhadas pela realidade política, econômica, social e cultural da terra brasileira.

Na atual fase de desenvolvimento global do capital, que movimentava interesses de classes e instituições divergentes, além de moldar as idéias dominantes, as

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação de Política Social da Universidade Federal Fluminense.
Email: mluizalopes@gmail.com

análises das Políticas sociais devem extrapolar os temas convencionais e submetê-los a análises atualizadoras, sem, contudo, deixar de lado os pressupostos críticos da análise da economia política (PEREIRA, PEREIRA, 2021). Para Pereira (2020), apesar de parecer truísmo, a política social não é o que parece ser e nisso se encontra seu caráter dialético.

As Políticas Sociais, com maior ou menor intensidade, são instituídas como direito no Segundo Pós Guerra (PEREIRA, PEREIRA, 2021). No Brasil, o processo de redemocratização, traz reivindicações de movimentos sociais e de trabalhadores para novas formas de cuidado e assistência às Políticas Sociais. Na Saúde Mental, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e o Movimento Antimanicomial endossaram a luta em direção a Reforma Psiquiátrica a qual propunha novas formas de enxergar o processo de saúde e doença; a dita loucura; os serviços e o manejo e cuidados destinados aos usuários (TENORIO, 2002).

O termo luta, anteriormente mencionado, dimensiona os desejos antagônicos os quais perpassam o campo da saúde mental: De um lado, encontrava-se dimensões progressistas, de cuidado e atenção comunitária e familiar e de abordagem psicossocial, do outro, o modelo hospitalocentrico, historicamente dominante, com ênfase no cuidado médico psiquiátrico e na medicalização (TENORIO, 2022).

Em 2001, enquanto materialização desse movimento, é promulgada a Lei 10.216, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Nela se estabelece a proteção e os direitos dos usuários e o modelo de assistência prestada. A prioridade do tratamento passa a ser por serviços comunitários de saúde mental, e a internação, por sua vez, passa a ser recomendada apenas quando os serviços extra-hospitalares forem insuficientes (BRASIL, 2001).

Essa inversão da lógica de cuidado exemplifica a tendência no capitalismo em que a política social é, bem como a própria configuração do Estado, uma relação que passeia entre interesses opostos do capital e do trabalho para, dialeticamente, atender-los conforme o “poder de fogo” que cada um tem em um determinado tempo e espaço (PEREIRA, 2020). Para Fleury (1998), as Políticas Sociais são materialização no Estado da relação de força da sociedade. Dentro do processo de acumulação, elas já nascem com

contingências que delimitam suas ações, mecanismos e amplitudes (FLEURY, 1998)

Assim também no gasto público, essa luta se apresenta mais do que meramente sob o ponto analítico econômico, mas também, e sobretudo, irá refletir a orientação político administrativa de como o Estado direciona os recursos públicos (SALVADOR, 2012). Isso porque no capitalismo ocorre uma disputa em direção ao fundo público e o orçamento público é esse espaço de conflito entre diferentes forças que buscam ter atendidos seus interesses (SALVADOR, 2012).

Esses pressupostos iniciais sustentam o mirante sob o qual se pretende trazer as contribuições do debate da Política Social para reflexões sobre a Política de Saúde Mental. Assim, pretende-se trazer os principais marcos regulatórios da Política de Saúde Mental, não apenas como marcos estatísticos ou lineares, mas de maneira que extrapole os seus aspectos técnico-gerenciais de cunho institucional/estatista a fim de encontrar a natureza contraditória e complexa dessa política.

Para tanto, será realizada uma análise do período de 2001 a 2016 – cujo marco compreende a Lei que inaugurou a legislação da Reforma Psiquiátrica, de 2001, e seus desdobramentos até 2016, com o impeachment da ex presidente Dilma Roussef e o marco de uma reorientação da Política de Saúde Mental, a qual os autores chamam de “marchar para trás”, (DELGADO, 2019), “retrocessos” (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2019), “marcha ré” (CAMPOS, 2019) e “remanicomialização dos serviços e de mercantilização da vida” (SANTOS; MORAES, 2022).

Contudo, dentro desse modo de produção, se tem contradições² que caminham lado a lado: ainda que se tenha momentos de alguma organização dos movimentos sociais (DUARTE, 2016; TENORIO, 2002), de reorganização do fundo público em direção às demandas das pautas dos intelectuais, militantes e usuários (OLIVEIRA, 2017), e dos progressos legislativos que caminham em uma direção mais progressista da Política de Saúde Mental, concomitantemente, há investidas neoliberais que tensionam o tempo todo esses processos, assumindo ora ganhos e ora retrocessos.

² O elemento da contradição encontra-se no bojo do método dialético de Marx (1982)

Essas investidas desenharam, em alguma medida, os acontecimentos a partir de 2016. Nossa análise incide sobre esse movimento que assume a política de Saúde Mental.

2 Os marcos regulatórios e o panorama da Política de Saúde Mental: Novos serviços, velhas práticas?

O período de 2001 a 2015 foi um período marcado pela implementação e ampliação de serviços substitutivos e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da redução de leitos psiquiátricos e da reversão dos gastos em saúde mental.

O período de 2001 a 2014 foi marcado pela redução dos leitos psiquiátricos. Nesse período, os 53.962 leitos psiquiátricos de 2001 transformaram-se em 25.988 no ano de 2014 (FIOCRUZ, 2015). Os processos de auditorias que levaram o encerramento de hospitais psiquiátricos que não atendiam os requisitos mínimos para funcionamento, as denúncias de violação dos direitos humanos e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foram elementos de apoio a essa redução considerável (FIOCRUZ, 2015).

Outra característica da reorientação refere-se ao porte dos hospitais psiquiátricos. O desestímulo financeiro aos grandes hospitais, somado a desinstitucionalização de pacientes de internações de longa permanência forçaram a inversão de proporções dos portes hospitalares. A FIOCRUZ (2015) oferece um importante panorama do cenário: Os hospitais de grande porte, com mais de 400 leitos, em 2002, representavam 30%. O número foi reduzido de forma gradual e em 2011 esse modelo de hospital representava 10,5%. *Vis a vis*, os hospitais menores que representavam 22% do total de leitos, em 2011 já representavam 52%.

Concomitantemente, foram criados os serviços de cuidado de base territorial, próximo a comunidade e a família, os chamados serviços substitutivos. Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) constituíram o núcleo fundamental desses serviços, tendo sido projetados para atender às principais demandas de assistência aos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. Os CAPS foram criados em 2002, inicialmente com três classificações as quais indicam o porte do equipamento – I, II e III- com indicações de implementação conforme tamanho do território a ser inserido. Posteriormente, foram criados os CAPS I, para atendimento de crianças e adolescente e

os CAPS AD para atendimento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Como estratégias de desinstitucionalização de pacientes com histórico de internação de longa permanência, foram criadas as Residências Terapêuticas para acolhimento de paciente que não conseguiram retornar para o seio familiar e tampouco conseguiram se autossustentar. Também foi instituído, em 2003, o programa De Volta para Casa, que oferece auxílio financeiro para pacientes internados ininterruptamente durante, no mínimo, o período de um ano (FIOCRUZ, 2015).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, meio de controle e participação social, que aconteceu em 2010 teve como tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O título do evento já direcionava o desejo popular dos usuários e dos profissionais na permanência dos avanços e na resistência à retrocessos.

O período de 2011 a 2016 marca o governo presidencial de Dilma Rousseff. Em 2011 a Lei 3.088, conhecida como Lei da Rede de Atenção Psicossocial é instituída. Nela se estabelecem os componentes da Rede conforme nível de atenção (BRASIL, 2011):

Quadro 1 - Componentes da RAPS

Nível de atenção	Componentes
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Centros de Convivência.
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)- Divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento e SAMU
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infante Juvenil e Comunidade Terapêutica
Atenção Hospitalar	Leitos e Enfermarias Especializadas

Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas

Fonte: Elaboração própria, 2023³

Com exceção dos Centros de Convivência, Comunidades Terapêuticas e das Cooperativas, todos os outros equipamentos apresentam, na Portaria, orientações mínimas de abrangência populacional que justifiquem sua implementação (BRASIL, 2011).

Apesar das taxas positivas de crescimento da rede substitutiva, até 2012, por exemplo, existia uma assimetria entre as regiões do Brasil (BRASIL, 2012). A região Sul apresentava maior crescimento, enquanto a região Norte, crescia em lentidão menor em relação as demais regiões federativas (BRASIL, 2012). Dados do Ministério da Saúde de 2012, indicam que a cobertura nacional dos CAPS era 72%, ou seja, a 28% era negado o direito de acesso a serviços de saúde mental (BRASIL, 2012).

Somado a isso, desde 2015 o acesso aos dados oficiais do Ministério da Saúde encontra-se fragilizado. Delgado (2019) afirma que algumas pesquisas apontam que os serviços comunitários têm mostrado uma importante debilidade institucional com financiamento inadequado e na sua legitimação enquanto assistência psicossocial.

Em Duarte (2016), ao se propor a análise dos rumos da Política de Saúde Mental na perspectiva dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica e as suas bandeiras de luta, se destaca dentre outras questões, o processo de neoinstitucionalização. Em sua dissertação, a autora sinaliza que ainda que haja um aumento dos números de CAPS e serviços substitutivos, bem como desospitalização dos usuários, há uma tendência a uma nova institucionalização por meio das Comunidades Terapêuticas. Correntes ainda mais críticas, defendem que esse processo ocorre também com os leitos de saúde mental, ainda que gire em torno de internações de curta permanência, mas que se afastam de uma sociedade sem manicômios (DUARTE, 2016).

Outra questão pertinente em Duarte (2016) refere-se a questão cultural, pois um reordenamento do pensamento sobre a loucura permanece no campo do ideal,

³ A partir da portaria 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011).

prevalecendo o preconceito e práticas estigmatizadoras. Na pesquisa a autora sinaliza que os próprios CAPS apresentam, muitas vezes, características de uma lógica de cuidado que perpetua uma cultura de manicômio, transformando o CAPS em um “Capsicômios” ou “manicômios de portas abertas” (DUARTE, 2016, p. 99).

O próprio enfraquecimento do poder de organização dos movimentos sociais em favor da Saúde Mental são pontos de análise em Duarte (2016), os quais aparecem como menos articulados após a aprovação da Lei de 2001, chegando a perder espaços decisórios, como a Coordenação Nacional de Saúde Mental, que até 2015, era gerenciada por militantes da área.

Entre o final de 2015 e início de 2016, Valencius Wurch, é nomeado como coordenador nacional da Saúde Mental, no Ministério da Saúde. O então coordenador já havia sido diretor do maior hospital privado da América latina e o maior hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro no período de 1990, o Hospital Dr. Eiras (DUARTE, 2016). O mesmo hospital que fora sucessivamente denunciado por maus tratos, mortes, descaso com os pacientes, dentre outras violações de direitos humanos. Assim, a nomeação de Valencius e seu currículo antagônico a luta antimanicomial já expressa e tendenciona os possíveis caminhos que a política de Saúde Mental assumiu nos anos seguintes. Surge nesse período a luta “Fora Valencius”, a qual critica e se opõe a nomeação de Wurch. Essas características parecem indicar que dentro dos até então novos serviços existem/existiam antigas práticas.

Para Fleury (1998), as concepções sobre a vida, o bem-estar, a saúde, a cidadania, a cultura, a educação, os bens públicos, e aqui inserimos a saúde mental, de maneira geral, sofrem alterações redefinindo seus significados, a partir de sua conexão com os diferentes projetos de hegemonia em vigor. Essa batalha ideológica, que não exime o conteúdo técnico articulado dessas disputas – é ao mesmo o processo de formação e construção dos sujeitos sociais (FLEURY, 1998). Para a autora, “da mesma maneira que se diz que não há cidadãos antes do exercício da cidadania, também não existem sujeitos prévios ao enfrentamento de seus projetos, o que quer dizer que os sujeitos sociais se constituem na relação que estabelecem nas disputas pelo poder” (FLEURY, 1988, s/p).

Dessa maneira, a loucura e o dito louco - o usuário em uso abusivo de substâncias psicoativas ou o sujeito com transtornos mentais - é parte de constantes investidas de projetos hegemônicos distintos que tencionam a formação da política. Não por acaso, ainda que se tenha avanços, a questão da loucura é atravessada por momentos de perdas, estagnação e retrocessos, como é o caso da neoinstitucionalização, a questão cultural das práticas conservadoras e a formalização material disso impressa em representes do próprio governo assumindo cargos importantes de gestão da Política de Saúde Mental.

Ao tomar como exemplo a infância, Fleury (1998) observa que a margem desta questão estão diferentes grupos sociais como –

ONG's, igrejas, grupos de voluntários, a burocracia encarregada dos programas governamentais, universidades, organizações internacionais de cooperação, a justiça, a polícia, etc. Cada um deles participa na disputa de significados e definições do conteúdo dessa questão social, tal como se demonstra na sucessão de qualificativos e/ou sinônimos concorrentes à infância: menor, dependente, vulnerável, carente, desamparado, abandonado, de rua, marginal, infrator, cidadão e outros. Na disputa por significados e conteúdos se constituem diferentes atores, em um processo de mútua interpelação

Da mesma maneira, a questão da saúde mental reúne distintos grupos sociais que compreendem o processo de adoecimento, o tratamento, o direito e o próprio sujeito de maneiras diferentes, e por muitas vezes, de maneira irreconciliável. A associação Brasileira de Psiquiatria, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, e as associações religiosas neopentecostais são exemplos desses grupos no campo da Saúde Mental. “Ou seja, não só se atribui significados como também se criam, reforçam e refazem identidades” (FLEURY, 1998, s/p).

3 O Gasto Público em Saúde Mental

Para discutir financiamento, Salvador (2012) elenca três dimensões a serem consideradas: A primeira refere-se a Dimensão Tributária que possibilita a análise das fontes de financiamento das políticas sociais, o qual permite averiguar se os impostos, as taxas e as contribuições indicam uma redistribuição de renda e uma justiça fiscal. A

segunda refere-se a financeira, a qual permite a análise da gestão financeira dos recursos às demandas e aos gastos sociais, possibilitando uma análise político-administrativa e sua relação com a política, a descentralização e as relações federativas, bem como do controle social do orçamento. Por último, a terceira análise refere-se ao financiamento indireto da Política Social, que pode acontecer por meio de Renúncias Tributárias, o qual permite a transferência indireta e extraorçamentária para o setor privado de recursos públicos.

Salvador (2012, p. 10) sinaliza que, no Brasil o Fundo público poderia ser definido em uma única frase: “ela pode ser feita em uma única frase: o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital”.

Desde a implementação da Lei 10.216 (2001) até 2014, os recursos financeiros destinados a rede hospitalar foram progressivamente realocados para os serviços substitutivos. Segundo os dados da FIOCRUZ (2015), os gastos hospitalares que representavam 95% do recurso total utilizado em saúde mental transformaram-se em 30%. Essa informação, dita desta maneira, parece revelar apenas um lado da moeda: O gasto em saúde mental caminhou apenas em direção a Reforma Psiquiátrica. Mas como revela Pereira (2020), a política social, e aqui inserimos o financiamento dessa política, não é o que se apresenta na superficialidade.

No estudo sobre gasto público com ações e serviços de saúde mental, entre 2001 e 2016, Oliveira (2017) sinaliza que o Ministério da Saúde destinou em média 2,4% do orçamento do SUS com a Saúde Mental. Até 2006 esse gasto era majoritariamente destinado a ações hospitalares e, a partir de 2006, os gastos extra hospitalares foram maiores. Essa tendência crescente manteve-se até 2010, quando de 2010 a 2014, a tendência foi decrescente, com retorno ao aumento em 2015, mas em 2016, os gastos extra hospitalares representaram menor destinação desde 2008.

O financiamento de leitos psiquiátricos privados, a destinação de recursos a Comunidades Terapêuticas, os gastos com medicações, a desarticulação das equipes e a insuficiência de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais são elementos que se afastam

das orientações previstas na Lei da Reforma. Oliveira (2017) sinaliza que a proporção dos gastos em Saúde Mental em relação aos gastos em saúde, diminuiu de 2,4% em 2001 para 1,6% em 2016.

Na análise do mesmo período, a autora também avalia uma tendência de redução gradativa de investimento em ações e a criação de serviços assistenciais de reinserção social, enquanto os gastos com medicações consumiram mais de 33% dos gastos com ações extra-hospitalares e, em determinados períodos, assumiu maior investimento, inclusive, que os CAPS (OLIVEIRA, 2017). Nesse sentido, a avaliação da destinação do orçamento Público à Saúde Mental não parece apontar para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

A definição orçamentária para a Saúde Mental é uma questão que vai além da organização matemática do processo. A definição da destinação do Fundo Público à saúde mental e a maneira que ela é gerenciada revela como o Estado e sua forma de ação se direciona, não somente economicamente, mas também, e especialmente, politicamente, descortinando as forças sociais que disputam na sociedade (SALVADOR, 2010).

No campo da saúde mental essa disputa se apresenta em movimentos contrários. De um lado, grupos em direção a Reforma Psiquiátrica, a qual defende a desinstitucionalização do sujeito, a desmercantilização dos serviços e a desmedicalização da vida. De outro lado, grupos tradicionais e conservadores que desejam novas formas de institucionalização, com visão religiosa e moralizante, o qual muitas vezes submete os usuários e familiares a intervenções que isolam, anestesiaram e/ou criminalizam, numa “indústria da loucura em busca de lucros” (OLIVEIRA, 2017).

Outra questão importante levantada por Salvador (2012) refere-se à renúncia fiscal. Por meio dessa prática, impostos que poderiam ser direcionados a Seguridade Social, especialmente a tributação das entidades filantrópicas e a indústria farmacêutica, são direcionados ao mercado privado, dando privilégios a diferentes formas de privatização da política de saúde. O que se apresenta, na prática, como uma transferência de recursos pública para o setor privado. Essa renúncia fiscal tende a promover a compra de serviços privados de saúde, e, conscientemente ou não, a lógica de que a saúde do mercado é melhor que o Sistema Público (SALVADOR 2012). Dentro da Política de

Saúde Mental, a compra de serviços previstos na RAPS no setor privado acontece especialmente a partir das vagas em Comunidades Terapêuticas e nos gastos hospitalares.

Em 2012, a Portaria 131 institui o incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório, aqui inclusas as Comunidades Terapêuticas. O incentivo financeiro no valor de R\$15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada 15 (quinze vagas) de acolhimento. Essa Portaria atende as demandas dos Donos de Comunidades Terapêuticas e a bancada evangélica, as quais pressionaram o legislativo/formaram frente para que fossem implementadas o financiamento do serviço pelo poder público (Oliveira, 2017).

A partir da Portaria se tem o custeio mensal de R\$1.000,00 (hum mil reais) por usuário em acolhimento em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2012). Equipamento criticado por diversos autores do campo da Saúde Mental (TENÓRIO, 2002; DUARTE, 2016; OLIVEIRA, 2017) pela lógica em que se dá o tratamento e tratamento do usuário. Mas outro aspecto que parece revelar esse financiamento as CTs é o componente do “uso de drogas” compreendido como “novo risco social”, que nessa lógica passa a ser gerido com majoritariamente por associações prestadoras de serviços, numa prática de micro solidariedade, em ambientes familiares reduzidos e em “ativa reestruturação” (PEREIRA, PEREIRA, 2021). O valor repassado não parece direcionar essa política e esses usuários como prioridade e não parece objeto de grande preocupação financeira, haja vista representar pouco mais de R\$30,00 (trinta reais) por dia. O valor para acolhimento e atendimento de maneira digna de seres humanos parece defasado, ao mesmo tempo que na direção de políticas oitocentista que conforme MORENO (2012 apud PEREIRA, 2021), são firmadas por qualidade duvidosa e focadas em grupos mais pobres, de caráter moralizador, as quais de novidade não há quase nada.

Outro aspecto relevante refere-se aos gastos hospitalares, que no período em análise decresceram 78,41%. Dentre os recursos destinados a essas ações, a maioria encontra-se vinculada a procedimentos realizados em hospitais psiquiátricos, sendo a maioria privada conveniadas ao SUS (OLIVEIRA, 2017). Informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e analisados pela autora, revela no final de 2016, existiam 25.097 leitos em instituições psiquiátricas, deles 15.831

pertencem a instituições privadas conveniadas com o SUS (63,1%), e 9.266 leitos (36,9%) pertencem a órgão público.

Sobre os gastos orçamentários, Salvador (2012) chama atenção de que mais do que o caráter contábil, desvela as prioridades do Estado nas Políticas Sociais. Nele se reflete a correlação de forças e os interesses inseridos no contexto em disputa, bem como a deliberação de quem pagará o ônus do financiamento dos gastos orçamentários. Na Política de Saúde, se vive um paradoxo pois apesar de se ter um sistema universal de saúde, é possivelmente o único país nessa situação com o gasto privado superior ao público (PIOLA; VIANNA, 2008 apud SALVADOR, 2012).

Vale ressaltar que os gastos em saúde, de 2001 a 2016 cresceram 42,22%, enquanto os gastos de Saúde Mental decresceram 5,20% (OLIVEIRA, 2017). Registra-se também que a Organização Mundial da Saúde orienta a destinação de 5% dos gastos totais em Saúde à Saúde Mental, desempenho esse apenas experimentado em alguns países da Europa (OLIVEIRA, 2017). Para que o Brasil chegue a esse nível, deveria dobrar a média do período e mais que triplicar os recursos destinados a Saúde Mental em 2016.

Conclusão

A Política de Saúde Mental, entre 2001 a 2015, teve indiscutíveis avanços. A reorganização dos serviços, a instituição da RAPS, e a inversão da lógica dos gastos são exemplos de ganhos importantes para a Saúde Mental. Contudo, como toda Política Social, a Política de Saúde Mental é fruto de investidas conservadores que tencionam e fragilizam os avanços conquistados.

A materialização desses entraves se manifesta por meio de elementos culturais como velhas práticas em saúde mental, a neoinstitucionalização e a inserção de ideais conservadores nos até então novos dispositivos de Saúde Mental.

Além disso, manifesta-se também pela briga em direção dos gastos do Fundo Público, colocando sujeitos políticos e sociais antagônicos disputando o gasto em Saúde Mental. Dessa maneira há o financiamento de Comunidades Terapêuticas, em detrimento

as críticas dos movimentos militantes antimanicomais; a renúncia fiscal, que direciona para indiretamente uma mercantilização da saúde mental; os gastos com medicações por anos mais altos do que com o próprio CAPS, que tenciona uma maneira de tratar e cuidar dos usuários pautados em práticas por vezes opostas a Reforma Psiquiátrica.

Dessa maneira, encontramos nos primeiros 15 anos de Reforma Psiquiátrica, indícios de uma tendência regressiva da Política de Saúde Mental, a qual irá se consolidar nos anos seguintes e que se sustenta no modo de produção capitalista e suas tendências conservadoras.

Referências

BRASIL, 2001. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001 Seção 1, p. 2.

BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Estabelece os CAPS e dá outras providencias;

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Portaria 3088, 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, nº251. Brasília, 2011.

CAMPOS, R. T. O. Saúde Mental no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública ISSN 1678-4464 35 nº.11 Rio de Janeiro, Novembro 2019

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DELGADO, P; G. Reforma Psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. Editorial. Trab. educ. saúde 17 (2). 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>

DUARTE, S. L. A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Dissertação. 2016. Mestrado em Política Social. UFES. 2016

FLEURY, S. Políticas Sociais e cidadania. Working Paper, September 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.

PEREIRA, P. A POLÍTICA SOCIAL ENTRE DEUS E O DIABO: Determinações e funcionalidades no sistema capitalista. MORAES, C. A. S; SENNA, M. C. M; FREITAS,

R. S. (Orgs.). In: Política Social no Brasil: trajetórias, sujeitos e institucionalidades. Editora CRV, Curitiba, 2020.

PEREIRA, C. P; PEREIRA Potyara A. P. Cobiça capitalista, pandemia e o futuro da política social. ISSN 2176-957 | Argum., Vitória, v. 13, n. 1, p. 40-52, jan./abr. 2021.

OLIVEIRA, E. F. A. Gastos da Política de Saúde Mental e os Rumos da Reforma Psiquiátrica. Tese. 2017. Doutorado em Política Social. UFES. Vitória. 2017

SALVADOR, E. Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 14, N.2, P. 04-22, JAN./JUN. 2012
file:///C:/Users/Lenaura/Documents/UFF/Mestrado/POL%C3%8DTICA%20SOCIAL%20NO%20BRASIL/FUNDO%20PUBLICO%20EVILSASIO%20SALVADOR.pdf

SANTOS, C. M; MORAES, C. A. S. Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. Vértices (Campos dos Goitacazes), v. 24, n. 3, p. 919-931, 2022. DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v24n32022p919-931>. Disponível em:
<https://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/16974>.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Análise. Hist. cienc. saude-Manguinhos 9 (1). Abr 2002.