



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Weber Gonçalves, Renata; Sulpino Vieira, Fabíola; Godinho Delgado, Pedro Gabriel
Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009
Revista de Saúde Pública, vol. 46, núm. 1, febrero, 2012, pp. 51-58
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240196007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Renata Weber Gonçalves^{I,II}

Fabíola Sulpino Vieira^{III}

Pedro Gabriel Godinho
Delgado^{II,IV}

Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009

Mental Health Policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a evolução de estimativas do gasto federal com o Programa de Saúde Mental desde a promulgação da lei nacional de saúde mental.

MÉTODOS: O gasto federal total do Programa de Saúde Mental e seus componentes de gastos hospitalares e extra-hospitalares foi estimado a partir de 21 categorias de gastos de 2001 a 2009. Os valores dos gastos foram atualizados para valores em reais de 2009 por meio da aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo. Foi calculado o valor *per capita*/ano do gasto federal em saúde mental.

RESULTADOS: Observou-se o crescimento real de 51,3% do gasto em saúde mental no período. A desagregação do gasto revelou aumento expressivo do valor extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do hospitalar (-39,5%). O gasto *per capita* teve crescimento real menor, embora expressivo (36,2%). A série histórica do gasto *per capita* desagregado mostrou que em 2006, pela primeira vez, o gasto extra-hospitalar foi maior que o hospitalar. O valor *per capita* extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0%; o valor *per capita* hospitalar decresceu 45,5%.

CONCLUSÕES: Houve crescimento real dos recursos federais investidos em saúde mental entre 2001 e 2009 e investimento expressivo nas ações extra-hospitalares. Houve inversão no direcionamento dos recursos, a partir de 2006, na direção dos serviços comunitários. O componente do financiamento teve papel crucial como indutor da mudança de modelo de atenção em saúde mental. O desafio para os próximos anos é sustentar e aumentar os recursos para a saúde mental num contexto de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

DESCRIPTORIOS: Saúde Mental. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, economia. Gastos em Saúde. Alocação de Recursos. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental. UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{IV} Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Instituto de Psiquiatria. UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Renata Weber Gonçalves
Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
Av. Venceslau Brás, 71, Fundos
Botafogo
22290-140, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: renata.weber@gmail.com

Recebido: 23/2/2011
Aprovado: 28/7/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the evolution of estimates of federal spending in Brazil's Mental Health Program since the promulgation of the national mental health law.

METHODS: The total federal outlay of the Mental Health Program and its components of hospital and extra-hospital expenses were estimated based on 21 expenses categories from 2001 to 2009. The expenses amount was updated to values in reais of 2009 by means of the use of the *Índice de Preços ao Consumidor Amplo* (Broad Consumer Price Index). The *per capita*/year value of the federal expenditure on mental health was calculated.

RESULTS: The outlay on mental health rose 51.3% in the period. The breakdown of the expenditures revealed a significant increase in the extra-hospital value (404.2%) and a decrease in the hospital one (-39.5%). The *per capita* expenditures had a lower, but still significant, growth (36.2%). The historical series of the disaggregated *per capita* expenditures showed that in 2006, for the first time, the extra-hospital expenditure was higher than the hospital one. The extra-hospital *per capita* value increased by 354.0%; the *per capita* hospital value decreased by 45.5%.

CONCLUSIONS: There was a significant increase in federal outlay on mental health between 2001 and 2009 and an expressive investment in extra-hospital actions. From 2006 onwards, resources allocation was shifted towards community services. The funding component played a crucial role as the inducer of the change of the mental health care model. The challenge for the coming years is maintaining and increasing the resources for mental health in a context of underfunding of the National Health System.

DESCRIPTORS: Mental Health. Program Evaluation, economics. Health Expenditures. Resource Allocation. Health Policy. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

No ano de 2001 foi promulgada no Brasil a lei federal 10.216, que define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garantiu às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária. A exemplo da maioria dos países da Europa Ocidental, que reduziram vigorosamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos desde o início dos anos 1980,⁷ o Brasil implementou um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de serviços comunitários territorializados. Em pouco mais de uma década, e mais decisivamente a partir da lei 10.216, milhares de leitos psiquiátricos (cerca de 18.500 entre 2001 e 2009^a)

foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil.^b O financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental é componente chave para a implementação desse novo modelo de atenção.

O tema do financiamento público de programas e ações em saúde mental é urgente para o campo da saúde no mundo. Os transtornos mentais respondem por no mínimo 12% da carga global da doença, devendo chegar a 15% em 2020.^c Apesar disso, mais de 1 bilhão de pessoas vivem em países que gastam menos de 1% do orçamento da saúde em saúde mental.^d McDaid et al^e notam que o financiamento é um dos fatores

^a Saúde Mental em Dados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011;(8).

^b World Health Organization, Ministério da Saúde. Who aims report on mental health system in Brazil, Brasília; 2007.

^c Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series. Cambridge: Harvard School of Public Health/World Health Organization/World Bank; 1996.

^d World Health Organization. Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva: Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2001.

^e McDaid D, Knapp M, Curran C. Policy Brief Mental Health III – Funding mental health in European observatory on health systems and policies. Copenhagen: World Health Organization; 2005.

responsáveis pela lacuna de tratamento (*treatment gap*), que faz com que muitas pessoas com transtornos mentais não sejam tratadas. Ter alocação financeira para as políticas de saúde mental não é suficiente para reduzir essa lacuna de tratamento. Entre vários fatores, é crucial saber como e onde os recursos são gastos.

Knapp et al^f afirmam que tanto os custos da inação quanto os custos da ação podem ser altos no campo da saúde mental. Avaliações do custo da inação e de custo-efetividade das ações em saúde mental são fundamentais. Esse tipo de avaliação relaciona o custo de uma intervenção em saúde e o resultado alcançado por ela, que pode ser medido, por exemplo, nos termos de uma melhora na saúde ou na qualidade de vida. Efetividade no campo da saúde mental refere-se, de forma geral, à medida específica de bem-estar relacionada à saúde mental, apesar de algumas inconsistências. Estudos longitudinais na Europa,^{2,6} com pessoas que deixaram os hospitais psiquiátricos e foram inseridas em serviços de base comunitária, concordam que o cuidado comunitário tem melhor relação custo-efetividade do que o cuidado hospitalar para a maioria das pessoas, apesar de o custo absoluto do cuidado hospitalar e comunitário serem semelhantes. São fortes as evidências, sobretudo em países de alta renda, mas também naqueles de baixa e média renda, de que um leque de intervenções na atenção primária, realizadas na comunidade, é efetivo tanto na manutenção das pessoas com transtornos mentais em sociedade quanto na reinserção social. Essas intervenções têm ótima relação custo-efetividade, se comparadas à não-ação.⁴

Se, por um lado, a mudança do modelo de atenção na direção das ações de base comunitária traduz-se na realização de ações de melhor relação custo-efetividade, por outro, há sempre o risco de desfinanciamento das ações em saúde mental nesse processo de mudança. Thornicroft et al⁷ apontam que essa mudança pode implicar a perda de financiamento para outros campos da saúde pública caso os recursos das políticas de saúde mental não sejam protegidos, justamente num momento de transição em que é necessária uma injeção a mais de recursos.

Jacob et al⁵ notam que uma das garantias de alocação e fluxo contínuo de recursos para as políticas de saúde mental é a presença de orçamento específico para a

saúde mental dentro do orçamento geral da saúde. Dos países pesquisados (de baixa e média renda), 31% informaram não ter orçamento específico para as políticas de saúde mental, apesar de alguns investirem consistentemente em ações e políticas para a área. Esse é o caso do Brasil.

O objetivo deste trabalho foi analisar a evolução do gasto federal com o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde (PSM) desde a promulgação da lei nacional.

MÉTODOS

Foram realizadas análises do gasto total e desagregado (gasto hospitalar e gasto extra-hospitalar) do PSM e do gasto total do Ministério da Saúde com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), entre 2001, ano da promulgação da lei nacional, e 2009.

Foi considerado como gasto o valor executado pelo Ministério da Saúde no período 2001-2009.

O gasto total do PSM foi estimado pela soma de 21 categorias de gastos,⁸ formadas pelos itens financiados pela esfera federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da saúde mental. Estão agrupados nessas categorias gastos com pagamentos de procedimentos (ambulatoriais e hospitalares), medicamentos, incentivos financeiros, convênios, eventos e pesquisas, e com o Programa de Volta para Casa.

Os gastos de 12 categorias (1.1, 1.3, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.11, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.) foram integralmente calculados a partir da obtenção do dispêndio com procedimentos ambulatoriais e hospitalares no sistema Datasus (Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS – e Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS).

Os gastos de três categorias (1.2, 1.4 e 1.10) foram calculados por procedimentos diferentes ao longo dos anos, em razão de modificações no sistema Datasus ou no modo de repasse de recursos. Os recursos de custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) deixaram de ser repassados aos municípios e estados pela cobrança de procedimentos (remunerada pelo Fundo de Ações Estratégica e Compensação – Faec) ao final de novembro de 2008, segundo a PT GM 2867/08.^h Por isso, o gasto com a categoria “1.10 Centros de

^f Knapp M, McDaid D, Evers S, Salvador-Carulla L, Halsteinli V. Cost-effectiveness and mental health. London: London School of Economics and Political Science; 2008

⁸ Gasto extra-hospitalar: 1.1 Medicamentos excepcionais; 1.2 Medicamentos essenciais; 1.3 Psicodiagnóstico; 1.4 Consulta em Psiquiatria; 1.5 Terapias em Grupo; 1.6 Terapias Individuais; 1.7 Hospital-dia; 1.8 Oficinas Terapêuticas; 1.9 Residências Terapêuticas; 1.10 Centros de Atenção Psicossocial; 1.11 Acompanhamento Deficiência Mental ou Autismo 1.12 Incentivo financeiro para implantação dos CAPS; 1.13 Incentivo financeiro para implantação de Residências Terapêuticas; 1.14 Incentivo para Inclusão Social; 1.15 Programa De Volta Para Casa; 1.16 Incentivo para Qualificação dos CAPS; 1.17 Pesquisas e Outros. Gasto hospitalar: 2.1 Procedimentos Hospitalares Psiquiátricos; 2.2 Procedimentos Internação Álcool e Drogas; 2.3 Tratamento em Hospital Geral; 2.4 Serviços de Referência Álcool e Drogas.

^h Ministério da Saúde. Portaria MS/GM N° 2.867, de 27 de novembro de 2008. Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e redefine o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS financiados pelo FAEC. Brasília (DF); 2008 [citado 2011 out 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2867.htm>

Atenção Psicossocial” foi calculado, para dezembro de 2008 e 2009, a partir de portarias ministeriais que transferem recursos para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nos anos anteriores, o gasto com essa categoria foi obtido pela cobrança de procedimentos, registrada no Datasus.

Com a publicação da tabela unificada¹ vigente a partir de 2008, um dos procedimentos pesquisados (“07012306-Consulta em Psiquiatria”) passou a ser registrado sob a rubrica geral “03.01.01.007-2 Consulta Médica em Atenção Especializada”. Assim, o gasto com a categoria “1.4 Consulta em Psiquiatria” foi estimado em 2008 e 2009 a partir do cruzamento do procedimento “03.01.01.007-2 Consulta Médica em Atenção Especializada” e o número do Código Brasileiro de Ocupações para médico psiquiatra. Nos outros anos, o gasto com essa categoria foi obtido por consulta direta sobre o procedimento “07012306-Consulta em Psiquiatria” no Datasus.

O gasto com “1.2 Medicamentos Essenciais” foi estimado para 2008 e 2009. O gasto com medicamentos essenciais em saúde mental foi obtido por consulta ao Datasus para os outros anos. A partir de 2008, com a publicação da PT GM 3237/07,² perdeu-se a informação sobre o gasto por grupos específicos de medicamentos. Para 2008 e 2009, o gasto com medicamentos essenciais para saúde mental foi estimado a partir do percentual que representava do gasto com medicamentos essenciais em 2007 (7,2%).

As outras seis categorias de gastos (1.12 Incentivo financeiro para implantação dos Caps; 1.13 Incentivo financeiro para implantação de Residências Terapêuticas; 1.14 Incentivo para Inclusão Social; 1.16 Incentivo para Qualificação dos Caps; 1.17 Pesquisas e Outros), com exceção da “1.15 Programa de Volta para Casa”, obtida para todos os anos a partir da ação 10.303.1214.20A1.0001 (Auxílio Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no SUS (De Volta para Casa) do Plano Plurianual (PPA), tiveram como fonte a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (CSM). Embora existam outras duas ações específicas do PSM no PPA (10.302.1220.20B0.001 - Atenção Especializada em Saúde Mental e 10.301.1312.6233.0001 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental), que englobariam, em tese, as cinco categorias restantes, os gastos

com essas categorias são mais bem estimados a partir de informações da própria Coordenação, já que vários gastos realizados acabam sendo debitados em outras ações do Ministério da Saúde. Da mesma forma, gastos realizados por outras áreas podem ser considerados como gasto do PSM. A categoria “1.17 Pesquisas e outros” engloba esse tipo de gasto.

Os gastos das 21 categorias pesquisadas foram desagregados em dois tipos. Foi considerado gasto hospitalar aquele realizado com internações ou procedimentos de triagem para internações, realizados em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais. Gasto extra-hospitalar incluiu todos os outros gastos, sempre que direcionados para ações, serviços, campanhas, eventos e pesquisas comprometidos com a lógica extra-hospitalar, i.e., com modelo de atenção à saúde mental organizado em rede e baseado na comunidade. A categoria “1.7 Hospital-Dia” foi classificada como gasto extra-hospitalar, já que não realiza internações de pacientes.

O gasto do Ministério da Saúde teve como fonte o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Os dados foram registrados em planilha eletrônica. Os gastos foram atualizados para valores em reais de 2009 pela aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permitindo compará-los. Os valores foram divididos pela população de cada ano (projeções populacionais IBGE³), permitindo a obtenção de valor *per capita*/ano gasto em saúde mental.

RESULTADOS

O gasto em saúde mental cresceu 51,3% de 2001 a 2009. A desagregação do gasto mostrou aumento expressivo do gasto extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do gasto hospitalar (-39,5%). O gasto total do Ministério da Saúde com ASPS cresceu no mesmo período 55,8% (Tabela).

O gasto *per capita* com saúde mental mostrou crescimento real menor, mas ainda expressivo, de 36,2% no período (Figura 1). O gasto *per capita* do Ministério da Saúde com ASPS, por sua vez, apontam crescimento real de 40,2%. O crescimento do gasto federal com saúde mental acompanhou o crescimento do gasto federal com saúde, numa proporção com pouca variação (em torno de 2,5% no período).

¹ Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 2848, de 6 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm>

² Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica e atenção básica em saúde. Brasília (DF); 2007 [citado 2011 out 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3237.htm>

³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008. Brasília; 2008.

Tabela. Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.

Tipo de gasto ^a	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Extra-hospitalares	205,29	226,80	305,89	361,45	483,37	625,42	840,08	922,28	1.035,08
Hospitalares	798,01	689,35	613,04	585,56	539,96	493,09	485,95	477,81	482,83
Total	1.003,30	916,15	918,93	947,01	1.023,33	1.118,51	1.326,03	1.400,09	1.517,91

Fonte: Ministério da Saúde.

^a Valores em milhões de reais de 2009.

A série histórica do gasto *per capita* desagregado mostrou inversão no modo de financiamento das ações de saúde mental em 2006 (Figura 2). Enquanto o valor *per capita* extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0% de 2001 a 2009, esse valor hospitalar decresceu 45,5%.

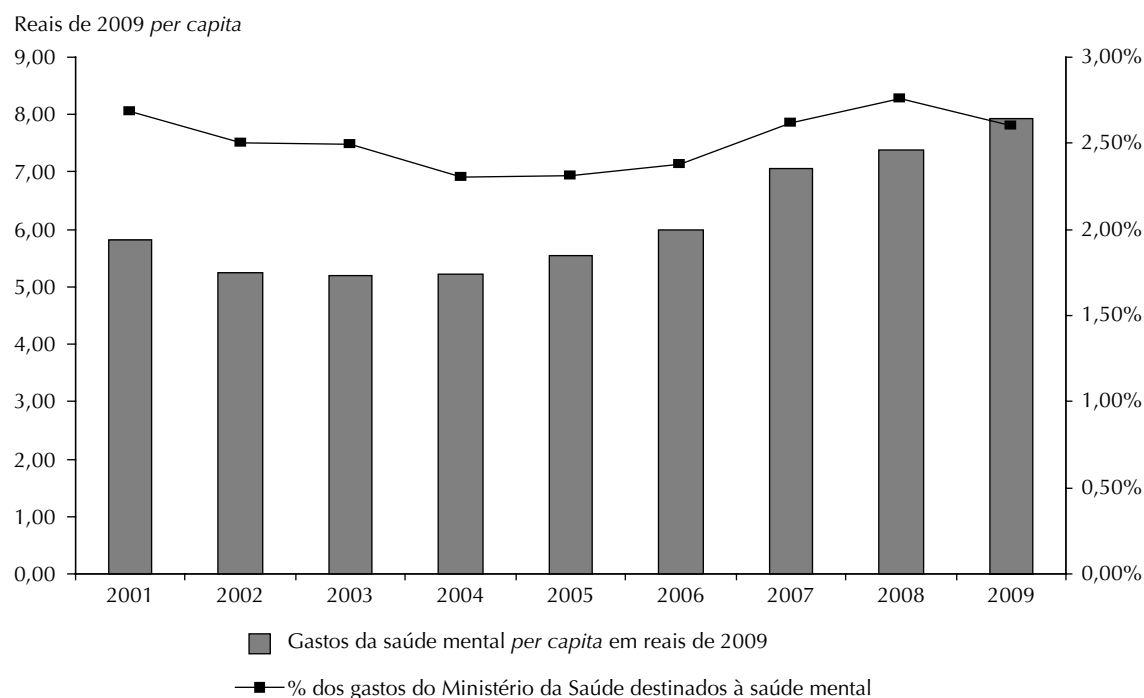
DISCUSSÃO

Não houve perda de recursos federais para o PSM entre 2001 e 2009, período em que houve redirecionamento da assistência em saúde mental no Brasil, a partir da lei 10.216/01. Pelo contrário, houve crescimento real dos recursos investidos em saúde mental, acompanhando o investimento na saúde no mesmo período. Os dados sugerem investimento expressivo nas ações extra-hospitalares no período, não explicável apenas por uma eventual migração de recursos investidos nas ações hospitalares para as extra-hospitalares. A proteção dos recursos investidos nos serviços de base comunitária (Caps) no País entre 2002 e 2008 (por meio de recursos

“carimbados” provenientes do Faec) pode representar fator crucial para o crescimento real dos recursos num momento de transição e, portanto, de risco para a manutenção dos recursos da pasta.

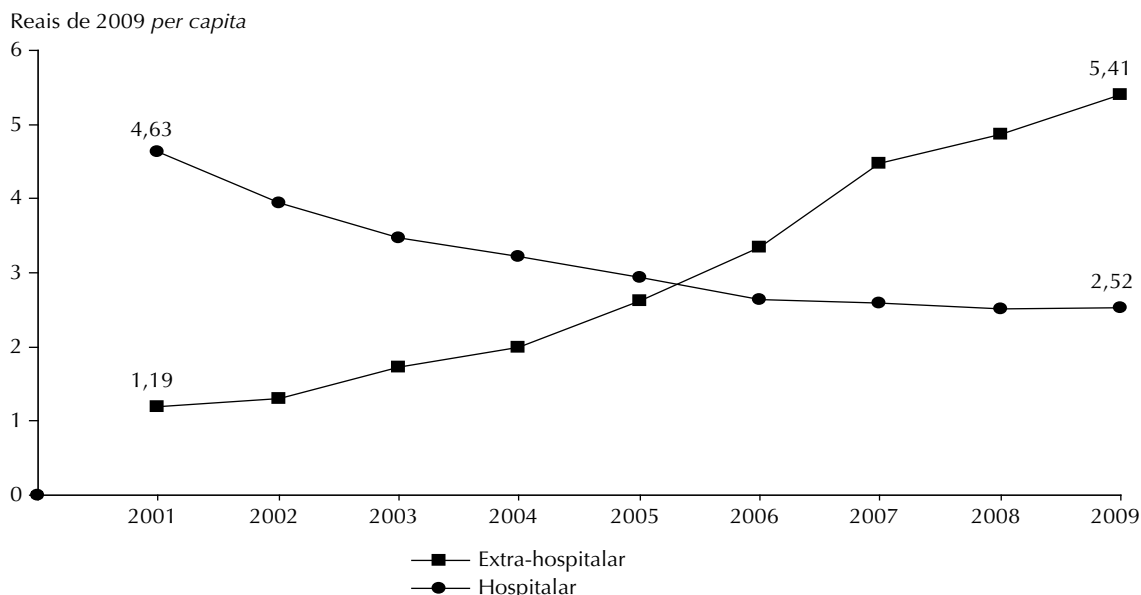
Há atipicidade no gasto total em saúde mental em 2001 em relação à série histórica. A retirada do gasto do Ministério da Saúde com o custeio de Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) do gasto total em saúde mental em 2002 pode ser um dos fatores responsáveis por essa especificidade (o gasto com Apae fazia parte do componente 1.10 Centro de Atenção Psicossocial em 2001). A inflação de mais de 12,0% registrada em 2002, atípica dentro do período analisado, patrocinou considerável redução nos orçamentos totais do Ministério da Saúde e da Saúde Mental entre 2001 e 2002, quando aplicados os índices de atualização inflacionária correspondentes.

Andreoli et al¹ afirmam que os recursos para o PSM diminuíram de 5,8% para menos da metade (2,3%) do



Fonte: Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 1. Porcentagem do gasto do Ministério da Saúde e gasto *per capita* em saúde mental. Brasil, 2001-2009.



Fonte: Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Figura 2. Gasto *per capita* extra-hospitalar e hospitalar em saúde mental. Brasil, 2001-2009.

orçamento da saúde entre 1995 e 2006. Nossos dados não corroboram esses achados, ao menos para a década de 2000. A proporção entre os gastos da saúde mental e os gastos da saúde variou de 2,68% a 2,60%, tendo oscilado em torno de 2,5% de 2001 a 2009. Quanto à década de 1990, há considerável diferença entre as bases de dados do Ministério da Saúde para o orçamento anual do SUS e os dados apresentados pelos autores como despesas totais do ministério (especialmente para 1995), o que pode ter gerado discrepâncias. Já apresentamos nossa discordância em relação a esse estudo em outro momento.³ Se o Brasil ostentasse de fato 5,8% do orçamento da saúde destinado à saúde mental em 1995 – como alegam os pesquisadores –, o Brasil estaria melhor àquela época que boa parte dos países europeus herdeiros da época de ouro do *Welfare State*. Mais estudos sobre o financiamento do PSM são necessários para que se possam ajustar fontes e metodologias e adensar as discussões.

O Brasil investiu cerca de 2,5% do orçamento federal da saúde na Política de Saúde Mental nos últimos anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),¹ mais de 61,5% dos países da região europeia gastam mais do que 5% do orçamento da saúde em saúde mental. McDaid^m informa que 9,6% dos países da Comunidade Europeia apresentam orçamentos de saúde mental entre 2,0% e 5,0% do orçamento total da saúde. Quatro países (8,0%), entre eles a Inglaterra, alocam mais de 10,0% do seu orçamento de saúde

nas ações/serviços de saúde mental, enquanto 16,0% dos países alocam entre 5,0% e 10,0%. Em 46,1% dos países da Comunidade Europeia essa informação não está disponível.

Nas Américas, 33,3% dentre os países que dispõem desse dado alocam mais de 5,0% de seu orçamento de saúde em saúde mental. Dos países americanos, 44,4%, entre eles o Brasil, gastam entre 2,0% e 5,0% do seu orçamento em saúde em saúde mental. Este é um dos principais problemas a serem enfrentados nos próximos anos pela Política de Saúde Mental no Brasil. É preciso aumentar a representação do orçamento da saúde mental no orçamento da saúde, num contexto político/econômico em que o próprio orçamento da saúde enfrenta obstáculos para o seu crescimento. O crescimento do gasto em saúde mental, por outro lado, mostra-se pouco menor que o crescimento do gasto total do Ministério da Saúde – aqui, o desafio da sustentabilidade da Política de Saúde Mental coloca-se de forma crucial.

Não basta aumentar o orçamento da saúde mental, é preciso saber onde o recurso é investido e se esse investimento é custo-efetivo. Os dados informam clara inversão do investimento no Brasil na direção dos serviços comunitários, em acordo com a tendência de outros países e com recomendações da OMS. A Política de Saúde Mental do Brasil induziu, por meio de financiamento, a mudança para a atenção à saúde referenciada em cuidados na comunidade, não hospitalares.

¹ World Health Organization. Atlas: mental health resources in the world 2005. Geneva: Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2005.

^m McDaid D, Knapp M, Curran C. Financing arrangements for mental health in Western Europe. Report to the European Commission. London: London School of Economics; 2004.

Pesquisadores europeus^{2,4,6,7} apontam melhor relação custo-efetividade do cuidado comunitário, em comparação ao cuidado hospitalar.⁸ O Brasil precisa pesquisar mais e melhor a relação custo-efetividade das ações/serviços comunitários de atenção à saúde mental. Avaliações econômicas são fundamentais para elencar intervenções mais baratas e ao mesmo tempo mais efetivas, i.e., que produzam resultados em várias dimensões que afetem de forma mais ou menos duradoura a qualidade de vida dos sujeitos. Essas informações podem ser cruciais para o investimento de gestores em saúde pública num cenário em que crescem os transtornos mentais e diminuem os recursos.

O investimento nas ações de atenção básica torna-se fundamental nesse contexto. Até 2009, o gasto federal em saúde mental no Brasil foi modesto nas ações de saúde mental na atenção básica – a metodologia, por suas limitações, captura apenas o gasto federal com os medicamentos essenciais da saúde mental, não conseguindo capturar o gasto efetivo do Programa de Saúde da Família, por exemplo, com as ações em saúde mental. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008, esse componente poderá ser calculado com facilidade nos próximos anos. Aqui a destinação do recurso reflete o investimento num determinado tipo de cuidado, extra-hospitalar.

São muitas as metodologias possíveis para estimar o gasto federal do Brasil com o Programa de Saúde Mental. A escolha de uma estratégia que possibilite a formação de série histórica depende essencialmente da disponibilidade de um leque estável de dados para o pesquisador. A metodologia utilizada não resulta apenas de atividade de pesquisa, é fruto de trabalho de gestão para evitar a perda de recursos no período de transição dos modelos de atenção e garantir a injeção de novos recursos para as ações de base comunitária. Nesse caso, não somente os dados disponíveis para o gestor são maiores do que para o pesquisador comum – pelo acesso que os gestores têm aos variados setores da instituição que produzem os dados necessários – como parte dos dados é produzida pela própria atividade de gestão. A CSM é, assim, fonte de parte dos dados. Esse

fato introduz importantes limitações à metodologia utilizada. Os dados cuja fonte é a própria CSM representam, no entanto, apenas cerca de 1,0% do gasto nos anos da série histórica apresentada.

Outra limitação deste estudo é a tomada do gasto federal com o PSM como o orçamento do Brasil para a pasta. O financiamento da saúde é responsabilidade dos três entes federativos (União, Estados e Municípios). Este estudo subestima o gasto do País com saúde mental, na medida em que não considera o investimento dos estados e dos municípios com tais ações. Não existe metodologia disponível ou fontes estáveis para produzir séries históricas que considerem o gasto dos três entes com essas ações/serviços. Mais estudos são necessários nesse campo para que novas metodologias sejam construídas.

São necessárias mais pesquisas sobre o financiamento e seu impacto nas redes estaduais e municipais de saúde mental, sendo crucial que se distingam seus componentes hospitalar e extra-hospitalar. É preciso construir metodologias que consigam capturar esses investimentos, assim como as condições políticas e econômicas para que se criem orçamentos específicos para as Políticas de Saúde Mental dos entes federativos. A primeira tentativa da OMS de coletar dados sobre o orçamento destinado à saúde mental no mundo é recente (Projeto Atlas, 2001),⁹ mas com grande força de indução para os países. É preciso, por um lado, que cada ente federativo possa produzir sistematicamente esse número. Por outro, é preciso que esse número se traduza para os gestores, subsidiando escolhas com melhor relação custo-efetividade. Essa é uma das recomendações gerais da OMS para países com recursos escassos ou médios para a saúde mental, além do investimento no tratamento em atenção primária, na capacitação dos profissionais e na abertura de leitos em hospitais gerais.

AGRADECIMENTOS

A Rodrigo Severo, pelo apoio à coleta e organização dos dados.

² Knapp M, McDaid D, Evers S, Salvador-Carulla L, Halsteinli V. Cost-effectiveness and mental health. London School of Economics and Political Science, 2008.

⁹ World Health Organization. Atlas: mental health resources in the world 2005. Geneva: Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2005.

REFERÊNCIAS

1. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43-6. DOI:10.1590/S1516-44462006005000031
2. Beecham J, Hallam A, Knapp M, Carpenter J, Cambridge P, Forrester-Jones R, et al. Twelve years on: service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital. *J Mental Health.* 2004;13(4):363-77. DOI:10.1080/09638230410001729816
3. Delgado PG, Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(2):194-5. DOI:10.1590/S1516-44462007000200026
4. Dixon A, McDaid D, Knapp M, Curran C. Financing mental health services in low and middle income countries. *Health Policy Plan.* 2006;21(3):171-82. DOI:10.1093/heapol/czl004
5. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet.* 2007;370(9592):1061-77. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61241-0
6. Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J, Beecham J. Deinstitutionalization and community living: outcomes and costs. Canterbury: University of Kent; 2007. v. 1-3.
7. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry.* 2008;7(2):87-92.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.