

FINANCIAMENTO ESTADUAL DO ESPÍRITO SANTO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (2009-2021)

*STATE FUNDING FOR ESPÍRITO SANTO'S
PSYCHOSOCIALCARE NETWORK (2009-2021)*

*FINANCIACIÓN ESTATAL DE LA RED DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL DE ESPÍRITO SANTO (2009-2021)*

LARA DA SILVA CAMPANHARO¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9286-5874>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9893739376463199>

Email: laracampanharo@gmail.com

Resumo: O artigo propõe identificar a tendência assumida pelo estado do Espírito Santo no financiamento das ações e serviços de saúde mental (2009-2021), considerando como esse financiamento concretiza ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na política de saúde mental. É uma pesquisa documental, de abordagem mista, e a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo como lócus da pesquisa. Entre os recursos possíveis de terem seu destino identificados, a tendência do financiamento se concentrou em instituições hospitalares (57,50%). Nos serviços extra-hospitalares, o financiamento das Residências Terapêuticas representou 23,70% dos recursos. Já para os medicamentos, a destinação foi de 18,80%. Os resultados apontaram para tendência de aumento de recursos estaduais para a saúde mental após a adesão do estado à Rede de Atenção Psicossocial, contudo centrada na lógica manicomial.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Descentralização. Financiamento.

DOI: 10.26512/ser_social.v28i58.54147

Abstract: The article aims to identify the trend taken by the state of Espírito Santo in the financing of mental health actions and services (2009-2021), considering how this financing does or does not materialize the guidelines established within the management instruments and whether or not it guarantees out-of-hospital and community-based services and actions, as defined in the mental health policy. This is a documentary study, with a mixed approach, and the Espírito Santo State Health Department as the locus of the research. Among the resources that could be identified, the funding trend was concentrated in hospital institutions (57.50%). In out-of-hospital services, funding for Therapeutic Residences accounted for 23.70% of resources. For medicines, the allocation was 18.80%. The results point to a trend towards an increase in state resources for mental health after the state joined the Psychosocial Care Network, although it is still centered on the manicomial logic.

Keywords: Mental Health Policy. Decentralization. Financing.

Resumen: El artículo tiene como objetivo identificar la tendencia en el estado de Espírito Santo en la financiación de acciones y servicios de salud mental (2009-2021), considerando cómo esta financiación materializa o no las directrices establecidas en los instrumentos de gestión y si garantiza o no servicios y acciones extrahospitalarias y comunitarias, tal como se define en la política de salud mental. Se trata de un estudio documental con abordaje de métodos mixtos, teniendo como locus de la investigación la Secretaría de Salud del Estado de Espírito Santo. Entre los recursos que se pudieron identificar, la tendencia de financiación se concentró en las instituciones hospitalarias (57,50%). En los servicios extrahospitalarios, la financiación de las Residencias Terapéuticas representó el 23,70% de los recursos. Para los medicamentos, la asignación fue del 18,80%. Los resultados apuntan a una tendencia al aumento de los recursos estatales para la salud mental tras la adhesión del Estado a la Red de Atención Psicosocial, aunque todavía centrada en la lógica asilar.

Palabras clave: Política de Salud Mental. Descentralización. Financiación.

1 - INTRODUÇÃO

Uma das conquistas derivadas das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica foi a promulgação da Lei nº 10.216/2011, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, definindo uma nova forma de cuidado em saúde mental, com serviços comunitários e territoriais (Brasil, 2001a). Derivados dessa nova perspectiva, dispositivos de cuidado foram sendo implementados no país, a partir do anos 2000, materializando-se no que conhecemos hoje como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promulgada pela Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011a), com a finalidade de criar e articular pontos de saúde para atender pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011a). Todavia, definir a rede pressupõe a alocação de recursos públicos que viabilizem a implementação e o seu funcionamento de acordo com as necessidades de cada território.

Nesse contexto, um ponto crucial é o financiamento da RAPS, já que é em seu interior que podemos conhecer as prioridades definidas pelo governo, seja para a destinação dos recursos públicos, seja para a composição das receitas. Além de espelhar a correlação de forças sociais da sociedade e escolhas políticas (Salvador, 2012).

Como uma rede pertencente ao SUS, a RAPS tem normativas que regulam o seu financiamento. Entre estas, destacamos a Constituição Federal (CF) de 1988, que definiu que a saúde é responsabilidade tripartite – União, estados e municípios –, a ser financiada com recursos advindos da Seguridade Social (Brasil, 1988). Para além da CF, a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, ambas centrais da organização do SUS, também trazem elementos sobre o financiamento do SUS (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Todas essas legislações foram responsáveis por delinear o SUS e servir como base para posteriores marcos legais, como as Normativas Operacionais Básicas (Brasil, 1991; Brasil, 1993; Brasil, 1996), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001b), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011b).

Nesse contexto, questionamos o papel do nível estadual no financiamento da RAPS. A escolha pelo nível estadual se justificava pela ausência de pesquisas que partissem do ente estado para fazer a análise do financiamento da saúde mental¹. Definimos o estado do Espírito Santo por várias razões, tais como: a) o histórico de manicomialização no território; b) a maximização de recursos para as internações compulsórias em saúde mental/drogas – de 2014 a 2019 o Espírito Santo gastou R\$ 187.561.059,90, destinados para instituições privadas (Autor, 2021); c) déficits de equipamentos da RAPS em todas as regiões de saúde do estado (SESA, 2021); e d) ausência da saúde mental nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde por três anos consecutivos (2019-2021) (Ferraz; Borrego; Rocha, 2023). Por fim, a influência das Comunidades Terapêuticas, que desde 2013 recebem recursos da política sobre drogas capixaba para realizar internações, através do Programa Rede Abraço (Autor, 2023).

É desse conjunto de questões que surge este artigo, cujo objetivo é identificar a tendência assumida pelo estado do Espírito Santo no financiamento das ações e serviços de saúde mental (2009-2021), considerando como esse financiamento concreti-

1 Na literatura, encontramos apenas trabalhos que tratam o financiamento da saúde mental em nível federal e municipal.

za ou não as diretrizes estabelecidas no interior dos instrumentos de gestão e garante ou não os serviços e ações extra-hospitalares e de base comunitária, tal como definida na política de saúde mental.

Além desta introdução, o artigo está dividido em mais cinco seções. A segunda apresenta os procedimentos metodológicos, o percurso seguido e as técnicas de coleta e análise. Na terceira, debatemos o processo de descentralização e financiamento da política de saúde, mostrando as relações conflituosas entres os entes federativos, o que interfere na delimitação das competências do estado. Na quarta parte, apresentamos os dados relativos ao financiamento do Espírito Santo na RAPS, mostrando as ausências e a fragmentação. Por fim, concluímos que houve aumento de recurso para a saúde mental após a adesão do estado à RAPS, mas a tendência de destinação dos recursos permanece centrada na lógica manicomial.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: O CAMINHO E O DESCAMINHO

O *lôcus* da pesquisa envolveu nove setores da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA): Gerência de Contratualização da Rede Complementar (GECORC); Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde (NEPSS); Área Técnica de Saúde Mental/Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde (GEPO-RAS); Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF); Comissão Intergestores Bipartite do SUS/ES (CIB); Gerência de Planejamento Estratégica e Desenvolvimento Institucional (GPDI); Fundo Estadual de Saúde (FES); Gerência de Contratualização da Rede Própria (GECOP) e Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI), para consultarmos os documentos de acesso restrito sobre financiamento estadual das ações e serviços da RAPS. Para isso, submetemos a pesquisa à aprovação do Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, instância responsável por avaliar a realização das pesquisas no âmbito da rede estadual de saúde do Espírito Santo (ICEPI, 2024). A pesquisa foi apreciada pelo Conselho de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o nº 5.836.334.

Também utilizamos documentos públicos de três sites: a) SESA, no qual acessamos os planos estaduais de saúde e os documentos de orçamento da saúde; b) Portal da Transparência do Espírito Santo, no qual acessamos dados sobre o gasto com o financiamento da política de saúde em nível estadual; e c) Departamento de Informática do SUS, no qual identificamos dados sobre repasse da União para o Espírito Santo².

Trata-se de pesquisa documental, de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), utilizando a estratégia de triangulação concomitante (Creswell, 2010). Foram aplicadas duas técnicas de análise: análise estatística descritiva (medidas de tendência central), para os dados quantitativos, e análise de conteúdo, para os dados qualitativos (Creswell, 2010; Bauer, 2015).

O recorte temporal foi referente ao período de 2009 a 2021; considerando o ano de promulgação da portaria que instituiu a RAPS (2011a), optamos por iniciar dois anos antes da instituição da portaria, o que nos permite fazer comparações e mostrar tendências em relação ao financiamento dos serviços. Além disso, no ano de 2021,

2 Nos endereços eletrônicos: <https://transparencia.es.gov.br/>; <https://saude.es.gov.br/> e <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

a portaria completou dez anos de promulgação. As variáveis de análise foram: a) as ações e serviços com maior destinação de recursos; e c) tendência na destinação dos recursos; b) percentual investido anualmente em saúde mental em relação ao percentual de investimento em saúde.

Os valores monetários apresentados no artigo foram deflacionados utilizando-se o índice de correção IGP –DI, com a data final de maio de 2023. Tal ação é necessária, já que a deflação corrige o efeito inflacionário dos valores nominais, tornando possível a obtenção do valor em termos reais (De-Losso, 2020).

3 - POLÍTICA DE SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

O Brasil, organizado territorialmente e politicamente como uma nação federalista, composto por União, estados e municípios, não concretizou um ente estadual que atingisse autonomia integral na condução das políticas até os dias de hoje (Lopreato, 2020), mesmo com a CF de 1988, na qual a autonomia dos estados torna-se garantida juridicamente, mecanismos fiscais passaram a minar essa autonomia e reforçam o processo de centralização da União (Monteiro Neto, 2014a).

Essa limitação afeta diretamente a condução das políticas, em âmbito estadual, como na política de saúde, visto que, a partir dos anos 1990, a atuação da União vem implementando medidas que capturam recursos dos estados e municípios, ao passo que impõe modalidades para a condução e transferência de recursos para essa política (Gerschmam, 2020).

Tal processo nos faz problematizar a descentralização, como princípio do SUS, e sua concretização. Desde a implantação do SUS, legislações têm possibilitado a passagem de um sistema centralizado na União para um modelo de saúde com algum grau de descentralização em termos de gestão. No entanto, os limites das legislações e dos mecanismos que condicionam a atuação dos entes subnacionais têm resultado em um não compartilhamento autônomo das competências de gestão do sistema entre os entes federados, apesar de acontecer a ampliação de transferências de recursos para os estados e municípios, de forma que persiste no estado a ausência de um papel a ser desempenhado e uma presença limitante da União interferindo no desenho da política de saúde (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016).

Assim, as relações conflituosas dos entes federativos é a tela na qual se desenha a descentralização da gestão da política de saúde, que se conforma a partir dessas relações, e as competências que ficam atribuídas ao ente estado, no financiamento, não estão isentas dos efeitos dessas relações.

3.1 - O financiamento tripartite da política de saúde

O financiamento da política de saúde é tripartite, composto por recursos do orçamento da Seguridade Social das três esferas (Brasil, 2013). Um marco importante para o financiamento tripartite do SUS é a Emenda Constitucional nº 29/2000, que altera a CF, inserindo que os estados e os municípios devem aplicar o mínimo de 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas em saúde (Brasil, 2000). Para a União, ficou definido o valor gasto pelo Ministério da Saúde, a partir da variação nominal do PIB nos gastos do ano anterior (Brasil, 2000). Ao vincular um percentual mínimo, a EC nº 29/2000 fez

com que os entes federativos tivessem competências determinadas com financiamento da saúde, contribuindo assim com o processo de descentralização do SUS. Contudo, ela acabou sendo utilizada como um teto de destinação, de forma que os entes passaram a fazer do mínimo o máximo (Brasil, 2013).

A Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012) também contribuiu, ao estabelecer critérios de rateio entre os entes federativos, reforçando o compromisso de todos os entes com o financiamento do SUS, além de delimitar quais os tipos de ações e serviços de saúde poderiam ser custeados com esses recursos. Já sobre a gestão do financiamento, o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) dispôs sobre as transferências entre os entes federativos, por meio de contas bancárias, administradas por fundos de saúde, com regras de operacionalização.

Esse conjunto de normativas representou um avanço na delimitação do financiamento tripartite da saúde, fazendo com que os entes subnacionais ganhassem espaço na responsabilidade do financiamento da política de saúde, mas não o suficiente para tirar a centralidade da União. Em números, sua participação em 1980 era de 75% dos investimentos. Esse percentual sofreu sucessivas quedas – 63% em 1996, 43,4% em 2008, chegando a 42,4% em 2019 (Piola *et al.*, 2013). *Pari passu* ao decréscimo da União, os municípios passaram de 29,0% em 2008 para 31,3% (2019), e os estados assumiram 27,6% em 2008 e 26,3% em 2019 (CFC, 2020). Assim, por um lado, houve estabilidade por parte da União e dos estados (variou negativamente em 1% ao longo 2008-2019); por outro, os municípios apresentaram crescimento de 2%. De modo que, a União segue com a maior parcela dos recursos, os municípios com a participação em crescimento, e os estados, com a menor participação global no período.

3.2 - O financiamento da RAPS no SUS

No panorama nacional, a saúde mental é inserida no plano orçamentário em 2010, vivenciando fases derivadas das medidas políticas e econômicas adotadas pelos governos (Oliveira; Garcia, 2023). De 2013 a 2017 (governo Dilma Rousseff), ocorreu ampliação nas ações orçamentárias do Ministério da Saúde para a saúde mental, específicas para o enfrentamento às drogas (programa “Crack, é possível vencer”) (Oliveira, 2017). Já a partir de 2018 (governo Bolsonaro), temos uma nova fase, com a extinção de ações orçamentárias e a suspensão de recursos para o campo (Oliveira; Garcia, 2023). Em análise da política, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) apontam que desde 2016 acontece um processo de desmonte nos princípios alcançados pela Reforma Psiquiátrica, com o incentivo a instituições de caráter asilar, como as comunidade terapêuticas e os hospitais psiquiátricos. Já Oliveira e Garcia (2023) evidenciam diminuição dos recursos da política, que impedem a criação de dispositivos assistenciais de base comunitária (Oliveira; Garcia, 2023).

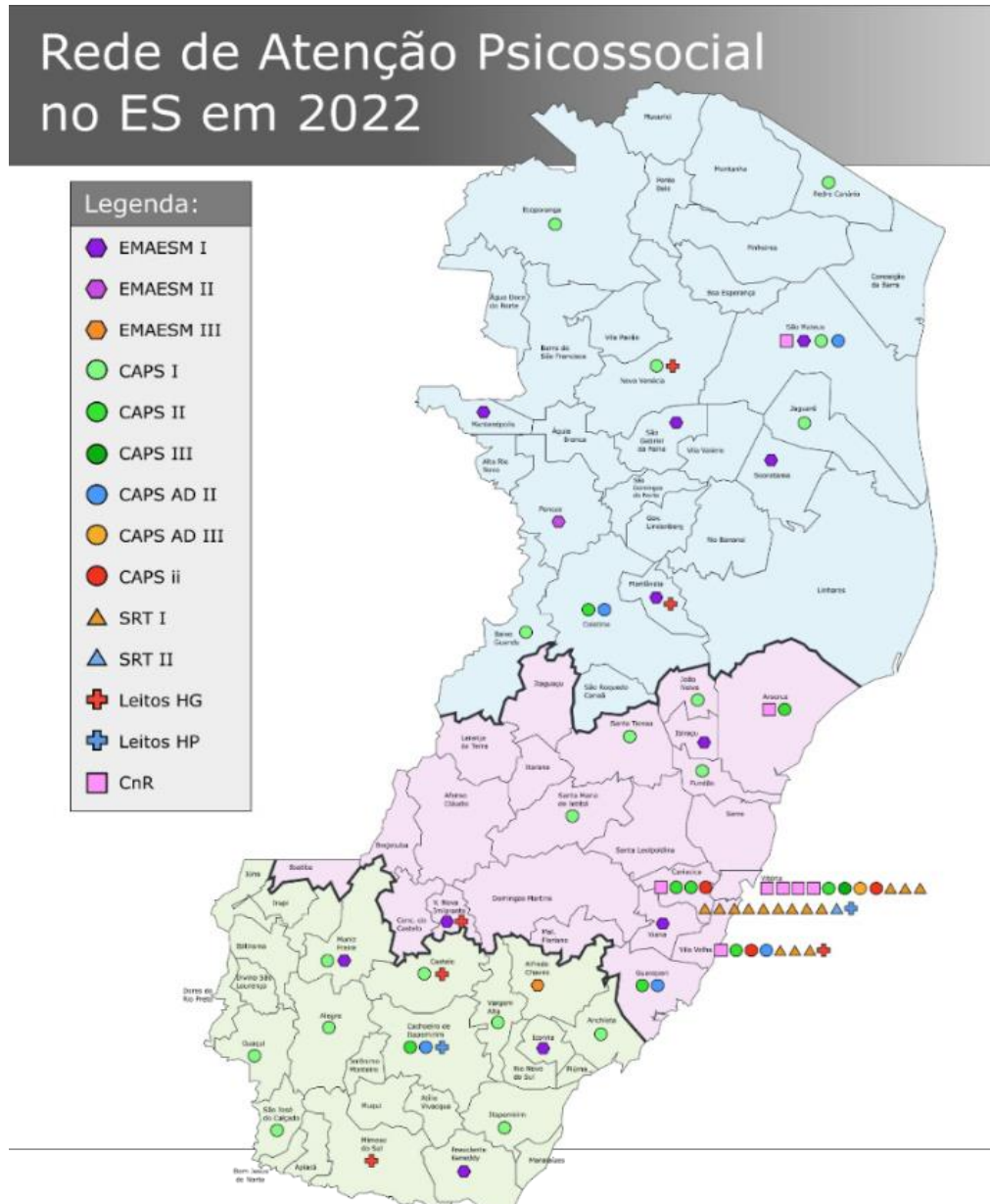
Para os estados, o direcionamento para o financiamento da saúde mental vem das competências gerais, definidas na Portaria nº 3.088/2011: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da rede no território (Brasil, 2011a, art. 14), e de normativas como a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre as redes do SUS (Brasil, 2017).

Considerando que o estado tem sua autonomia limitada, dada a relação com os demais entes, o que acarreta dificuldades em direcionar suas próprias políticas (Elias, 1996) e o fato de que, no campo do financiamento, as ações tomadas representam as prioridades de um governo, em um contexto marcado por disputas próprias dessa política e de classe, passamos para a análise da realidade do estado do Espírito Santo e seu financiamento no campo da saúde mental.

4 - O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO FINANCIAMENTO DA RAPS

Atualmente, a RAPS capixaba é formada pelos seguintes pontos (Figura 1):

Figura 1 – Composição da RAPS/ES – 2022



Fonte: elaboração própria com dados de SESA-ES (2021).

Nem todos os dispositivos RAPS/ES recebem financiamento do estado, e nos documentos da saúde (Plano Estadual de Saúde e Relatórios de Gestão Espírito Santo) inexistiu indicação da competência e/ou o que, de fato, o estado vem financiando na saúde mental. Por isso, nos setores da SESA, buscamos identificar ações e serviços da RAPS aos quais o estado do ES direciona recursos. A Figura 2 ilustra o cenário encontrado:

Figura 2 – Ações e serviços da saúde mental financiados pela SESA



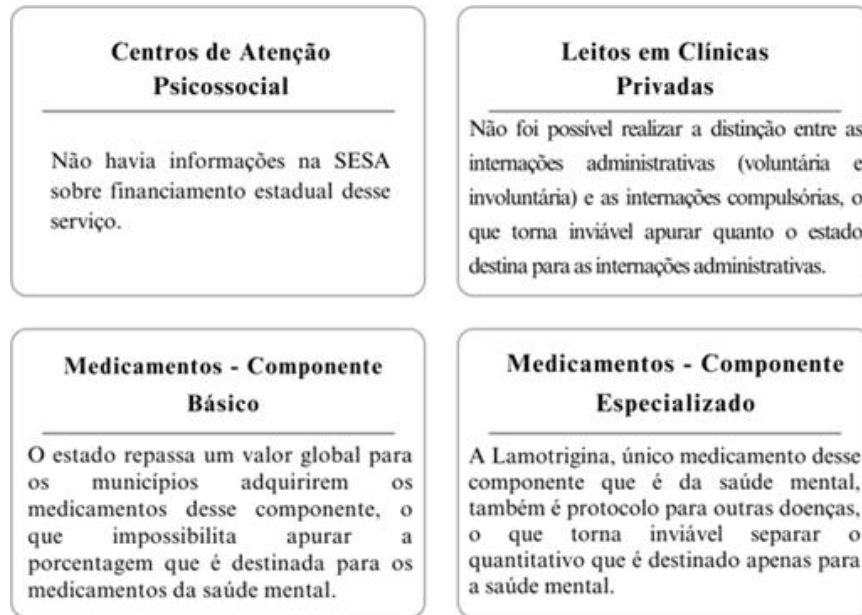
Fonte: elaboração própria com dados de SESA/ES (2023).

Apresentaremos individualmente as ações e os serviços em dois tópicos: a) os que não tiveram a tendência de financiamento identificada; e b) os que tiveram a tendência de financiamento identificada. A divisão nos permite adentrar nas particularidades de cada dispositivo e, ao final, remontar, a partir dessas singularidades, a tendência de financiamento estadual da RAPS.

4.1 - Ações e serviços da RAPS que não tiveram o financiamento identificado

Na Figura 3, apresentamos uma síntese das ações e serviços que não tiveram os recursos identificados.

Figura 3 – Ações e serviços da RAPS que não tiveram o financiamento identificado



Fonte: elaboração própria (2024).

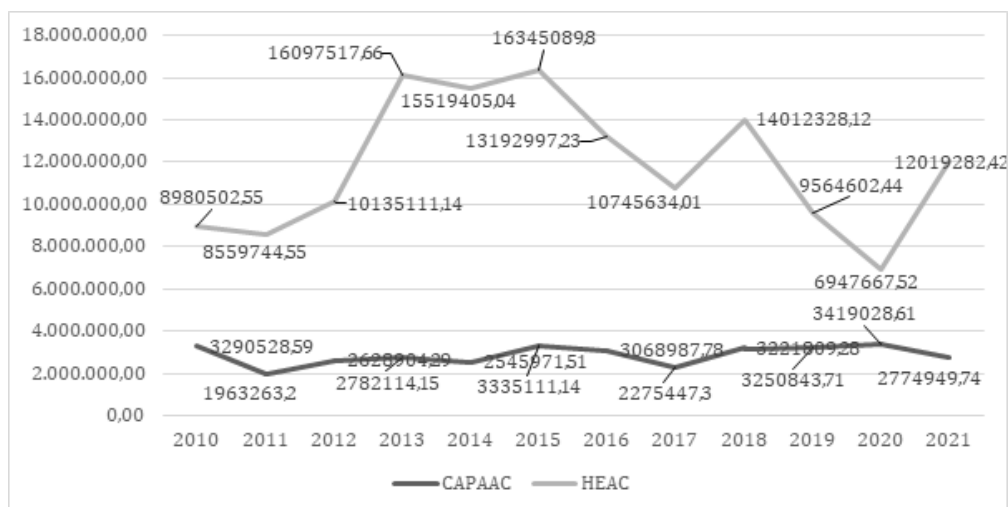
4.2 - Ações e serviços da RAPS com financiamento identificado

Foram identificados os recursos destinados aos seguintes serviços: leitos psiquiátricos e leitos de saúde mental, Serviços de Residência Terapêutica e medicamentos do componente estratégico.

4.2.1 - Leitos psiquiátricos

Os 85 leitos psiquiátricos do Espírito Santo estão localizados em dois hospitais: Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), com 35 leitos, e Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), com 50 leitos (SESA, 2023). No período de 12 anos (2009-2021), o estado destinou **R\$176.676.841,78** para as duas instituições (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gasto estadual com hospitais psiquiátricos 2010-2021



Fonte: elaboração própria com dados de Fundo Estadual de Saúde (SESA-ES, 2023).

A tendência de destinação de recursos às duas instituições é diferenciada. Ao longo do período, houve uma queda de 84,33% no montante destinado ao CAPAAC, ao contrário do HEAC, que teve um crescimento de 133,8%. Se observarmos apenas o ano de 2021, a tendência também aponta decréscimo nos recursos do CAPAAC e crescimento no HEAC, mas com valores inferiores aos de 2018.

4.2.2 - Leitos de saúde mental

Os 104 leitos de saúde mental representam uma cobertura de 42,10% do quantitativo necessário desses dispositivos no território (Espírito Santo, 2021; Brasil, 2017). Em relação à localização, existe uma parceria estadual, através de convênio da SESA, com os hospitais gerais, apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 – Quantidade e as instituições dos leitos de saúde mental

Ano	Apóstolo Pedro	Padre Máximo	Santa Casa de Misericórdia Colatina	Santa Casa de Misericórdia Castelo	São Marcos	Total leitos ano
2009 a 2018	4	4	10	4	5	27
2019	4	4	10	8	8	34
2020	4	4	20	8	8	44
2021	10	4	20	8	0	42

Fonte: adaptado de GECORC/SESA-ES (2023).

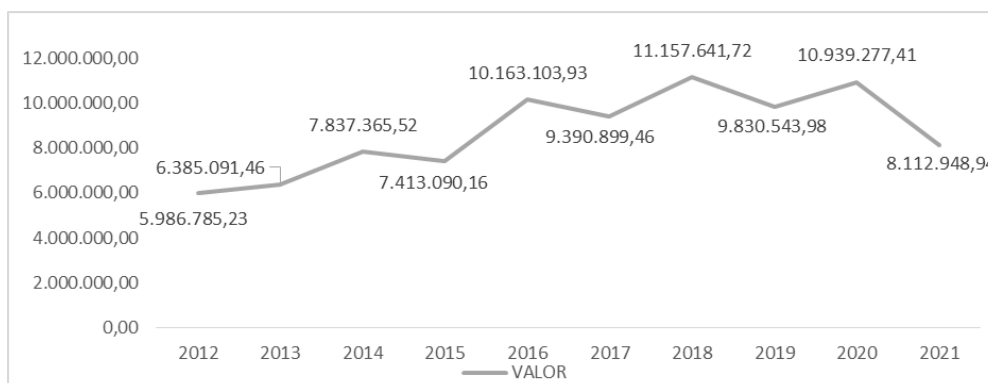
Nos últimos três anos (2019-2021), houve o aumento de 55% dos leitos de saúde mental, após um período de 10 anos (2009-2018) sem mudanças quantitativas. Em relação aos valores do financiamento dos leitos nos convênios de cada instituição, existe, desde 2009, a previsão de **R\$5.610,11** mensais para cada leito.

Além dos hospitais mencionados (Tabela 1), a SESA possui contrato com o Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, para 10 leitos de saúde mental. No período de 2016 a 2020, o estado teve um custo diário global com esse serviço de **R\$ 2.880,76**. Já de 2020 a 2023, o custo foi de **R\$ 1.544,09** (GECORP/SESA, 2023).

4.2.3 - Serviço Residencial Terapêutico

Atualmente, o ES conta com 18 unidades de Serviço Residencial Terapêutico sob sua gestão. Buscas realizadas no Portal da Transparência do Estado mostram o seguinte cenário (Gráfico 2):

Gráfico 2 – Valores pagos ao SRT



Fonte: elaboração própria com dados extraídos do Portal da Transparência/ES (2023).

No período de 2012 (com 6 dispositivos) a 2021 (com 18 dispositivos), o estado destinou **R\$ 87.216.747,81** ao SRT, o que representa uma taxa de crescimento de R\$135% no período. De 2016 a 2018, os valores investidos são mais expressivos, o que é justificado pela inauguração de três equipamentos, em cumprimento à decisão do Ministério Público de se ampliarem os dispositivos. Assim, os recursos aumentaram devido à expansão de unidades de serviços, e não pela maior destinação de recursos para os equipamentos já instalados.

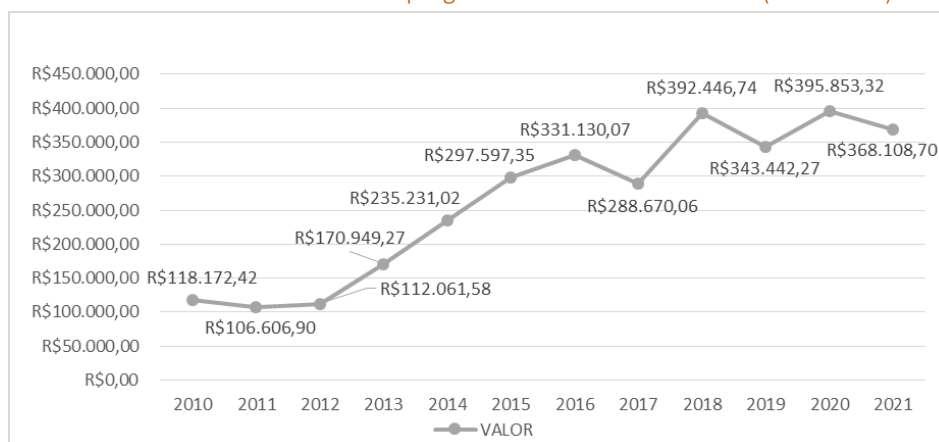
Por outro lado, evidencia-se uma tendência em curso (2020-2021), que aponta para redução de recursos alocados (queda de aproximadamente 25%). Essa tendência requer acompanhamento e reflexão sobre os impactos nesses serviços, que são um componente central da política de saúde mental na luta por uma sociedade sem manicômios.

4.2.4 - Medicamentos – componente estratégico

No componente estratégico, constam os medicamentos para doenças específicas que têm potencial de impacto endêmico (Brasil, 2013). O responsável pelo financiamento desse componente é o Ministério da Saúde, e os estados e municípios ficam com o recebimento, o armazenamento, a distribuição e a autonomia para implementar seus próprios programas, a depender das demandas de seus territórios (Brasil, 2020).

No caso do ES, o **Programa de Medicamentos de Saúde Mental** tem como objetivo distribuir estritamente medicamentos de saúde mental para três CAPS estaduais (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Gasto estadual com programa de saúde mental do ES (2010-2021)



Fonte: elaboração própria com dados de GEAF/SES-ES (2023).

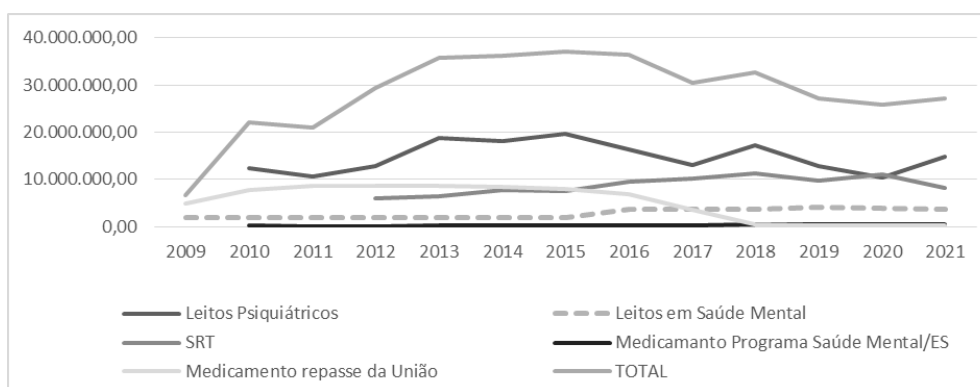
No período de 11 anos, o estado destinou **R\$ 3.160.269,70** para o programa, com uma taxa de crescimento de 311,5%.

Também encontramos os **medicamentos do Grupo 1B** (Ziprasidona 40mg e 80 mg; Risperidona 1 mg, 2 mg e 3 mg; Quetiapina 300 mg), que são financiados pelo Ministério da Saúde, mas adquiridos pelos estados, para posteriormente a União fazer o repasse de recursos para o estado (Brasil, 2013). Ao longo de 13 anos (2009-2021), o Espírito Santo recebeu o repasse de **R\$65.898.249,25** para medicamentos do Grupo 1B.

4.3 - Fazendo uma síntese: a tendência do financiamento estadual da RAPS no ES

Embora nem todos os componentes da RAPS financiados pelo estado do ES constem na composição do Gráfico 4, é possível indicar uma tendência geral do financiamento estadual da RAPS/ES.

Gráfico 4 – Tendência do financiamento estadual na RAPS



Nota: As linhas pontilhadas (---) indicam valores de previsão

Fonte: elaboração própria (2024).

Houve crescimento dos recursos destinados, após a promulgação da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011a), de forma que, nos anos seguintes à adesão à rede (2012), o estado destinou sempre valores acima dos praticados nos anos de 2009 a 2011. Ou seja, a tendência é de expansão dos recursos estaduais para a saúde mental, a partir da implementação da RAPS.

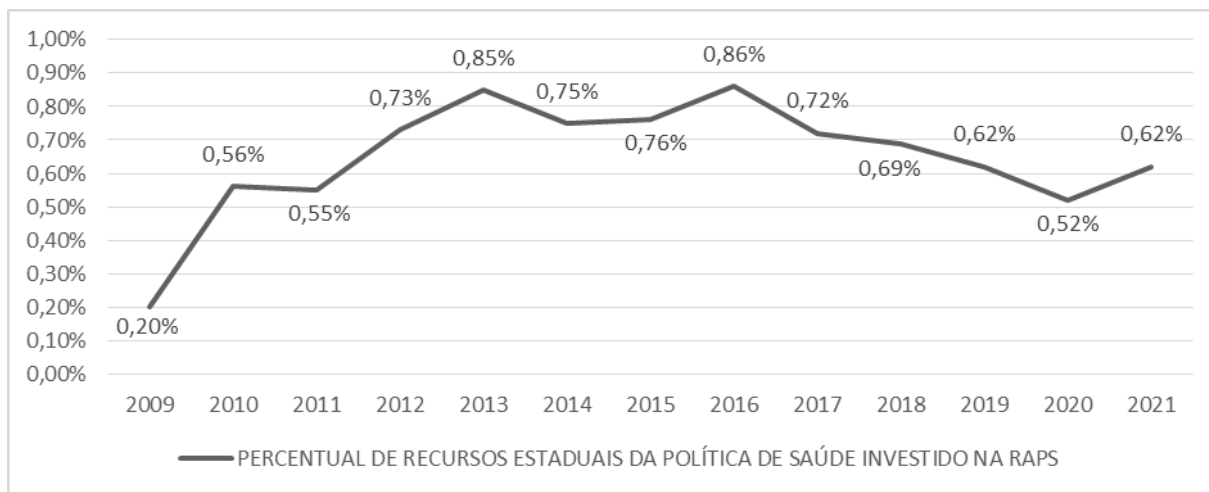
O período entre 2011-2015 foi marcado por crescimento dos recursos, que está diretamente relacionado à ampliação da rede no ES. A partir de 2016, verificamos queda no valor total dos recursos (Gráfico 4). Essa queda é resultado da diminuição na alocação de recursos para leitos psiquiátricos e medicamentos de repasse da União, já que os recursos para as Residências Terapêuticas e os leitos de saúde mental aumentaram devido à abertura de novos SRTs e à ampliação de convênio do estado com instituições hospitalares para a abertura de leitos de saúde mental. A partir de 2017, verifica-se uma tendência de redução dos valores, que são inferiores aos de 2016. Crescem os serviços, mas não os recursos.

Já sobre a destinação dos recursos, o estado os alocou em serviços hospitalares, especialmente com hospitais psiquiátricos, e em medicamentos. A tendência estadual apontou na direção contrária à política de saúde mental (Brasil, 2001a), ao invés de ações e serviços eminentemente desinstitucionalizantes (com redução de recursos para os SRTs).

A relação entre a tendência do financiamento federal e a do estadual reflete a autonomia dos estados *versus* a arbitrariedade da União nos desenhos das políticas públicas após a CF88 (Monteiro Neto; 2014b). No caso da saúde mental, o que observamos foi que, desde a implementação da RAPS, o estado guiou-se pelas normativas e perspectiva da União para a condução dessa área, de forma que, nos momentos em que a União desenvolveu ações voltadas para a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, como a ampliação dos recursos para a RAPS, o fechamento de manicômios e o processo de desinstitucionalização, o Espírito Santo também realizou esses movimentos.

A partir da tendência observada na saúde mental, questionamos qual a relação entre a tendência de financiamento global estadual da política de saúde do ES e a tendência do financiamento estadual da saúde mental (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Porcentagem de recursos estaduais da política de saúde destinados para o financiamento de ações e serviços da saúde mental (2009-2021)



Fonte: elaboração própria com dados do Estado do Espírito Santo (2009-2021).

Os números indicam baixa destinação de recursos estaduais para a saúde mental, que não atingem nem 1% no período 2009-2021. Além disso, a saúde mental foi perdendo espaço na política de saúde, que pode ser observado pela queda que iniciou no ano 2017, e permanece nos anos posteriores, com percentual abaixo ao que lhe foi destinado após a adesão do estado à RAPS (no ano de 2017 a 2019 e 2021) e em 2020, com o percentual abaixo do ano de 2010, quando ainda não tinha sido implementada a RAPS.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Montar a tendência do financiamento da RAPS/ES requereu articulação do debate sobre descentralização da gestão da saúde e do financiamento, ambos a partir do ente federativo estado. Somente considerando os elementos dessas duas categorias de análise, foi possível compreender as relações nas quais o estado está inserido, e os rebatimentos delas em suas atribuições.

Na busca pelos dados de financiamento constatou-se fragmentação e indisponibilidade de dados. Isso deriva da forma de organização da SESA, com setores e sistemas que não conversam entre si e profissionais que não têm informações totalizantes sobre os serviços, o que, entre outras coisas, dificulta o monitoramento da política por parte do controle social.

Sobre o financiamento, os dados mostraram aumento de recursos estaduais para a saúde mental, após a adesão do estado à RAPS, com uma tendência de financiamento para instituições hospitalares, com 57,50% de todo o recurso empregado no período, principalmente em leitos de hospitais psiquiátricos (48,01%). No caso dos serviços extra-hospitalares, o financiamento das Residências Terapêuticas representou 23,70%. Já para os medicamentos, a destinação foi de 18,80%. Assim, apesar da ampliação dos recursos após o estado ter aderido à RAPS, a tendência de destinação dos recursos permanece centrada na lógica manicomial, sendo a maior parcela dos valores destinada a serviços e ações hospitalares – leitos e medicamentos –, que juntos representam 76,30% dos recursos identificados.

Essa tendência se assemelha à que a União apresentou no período de 2001 a 2016, quando ampliou os gastos com ações extra-hospitalares, mas a maior parcela de destinação de recursos foi referente a medicamentos. A similitude, lida a partir do debate da descentralização, nos diz sobre a capacidade que a União tem de interferir no desenho das políticas dos entes subnacionais. O ES guiou-se pelas normativas e parâmetros da União para a construção e condução do campo da saúde mental, desenvolvendo as ações de acordo com a perspectiva de cuidado que a União emprega. Assim, a tendência tem ligação com a arbitrariedade fiscal que a União exerce no estado, por meio da destinação de recursos e da obrigatoriedade das contrapartidas que devem ser feitas pelo estado.

Por fim, nos anos de crescimento dos gastos com a política de saúde, os gastos com a saúde mental também foram maiores (fora o período da pandemia), o que indica a existência de disputas por recursos dentro da política de saúde, dado que, em momentos de menores recursos estaduais para saúde, os variados campos, como a saúde mental, disputam por recursos, e como efeito tem-se o corte ou diminuição de recursos de determinadas áreas da política.

REFERÊNCIAS

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: BAUER, M. W; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 189-217.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991**. Nova Política de Financiamento do SUS para 1991, Norma Operacional Básica nº 01/91. Brasília, DF: INAMPS, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. **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. Brasília: Presidência da República, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 8 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 out. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, Eixo 1, v. 1).

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt308823122011rep.html>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica 01/1996. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt220305111996.html>. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – **NOAS 01/2001**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013_comp.html. Acesso em: 16 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 8 mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 2 mai. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estados reduzem participação no gasto com Saúde. **Portal CFM**, 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 15 mai. 2024.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 19 de jul. 2024.

DE-LOSSO, R. Deflacionamento. **Informações Fipe**. 2020. Disponível em: <https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif478-18-24.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2024.

DE PAULA, A. Hospital psiquiátrico fecha as portas em Cachoeiro: fechamento da clínica Santa Isabel coloca fim às internações psiquiátricas de longa permanência na rede pública do estado. **A Tribuna**, Vitória, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ijsn.es.gov.br/Record/333793#details>. Acesso em: 29 de jul. 2023.

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/38BqJYwTd9tX85k8rQ36V3j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 mai. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Documento orientador V CESM**. Espírito Santo, 2021. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CES/documento_orientador_5CNSM.pdf. Acesso em: 20 mai. 2023.

FERRAZ, A. T. R.; BORREGO, A. E.; ROCHA, A. K. S. Os limites estreitos da participação popular no conselho estadual de saúde do Espírito Santo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 27, n. 2, p. 902-922, 2023. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/22833>. Acesso em: 14 mai. 2024.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2004.

INSTITUTO DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE. **Realização de pesquisa no Âmbito da SESA**. 2024. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/pesquisa/realizacao-de-pesquisa-no-ambito-da-sesa>. Acesso em: 20 abr.2024.

LOPREATO, F. L. C. **Federalismo brasileiro**: origem, evolução e desafios. Texto para Discussão. Unicamp. Instituto de Economia, Campinas, n. 388, jul. 2020.

MONTEIRO NETO, A. M. Federalismo sem Pactuação: governos estaduais na antessala da Federação. *In*: MONTEIRO NETO, A. M. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília, Ipea, 2014b. p. 291-324.

MONTEIRO NETO, A. M. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. *In*: MONTEIRO NETO, A. M. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília, Ipea, 2014a. p. 21-60.

OLIVEIRA, E. F. A. A centralidade do Plano Crack é possível vencer na política de saúde mental brasileira. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5. ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 12, 2017, Vitória. **Anais [...]**. v. 1, n. 1, 2017, Vitória. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16594>. Acesso em: 15 mai. 2024.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A saúde mental no orçamento da saúde. **Sociedade em Debate**, v. 29, n. 1, p. 155-168, 2023. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/issue/view/202>. Acesso em: 6 mai. 2024.

PINAFO, E; CARVALHO, B. G; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1.511-1.524, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em: 15 abr. 2024.

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *In*: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (org.). **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4, p. 19-70. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2024.

SALVADOR, E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social Rev.**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 4-22, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Notas finais

- 1 Mini currículo: Mestre e Doutoranda em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Assistente Social e integrante do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas Fênix (UFES)