

Estímulo ao retrocesso?

Stimulating retrogression?

**Sergio da Silva Saraiva¹, Rafael Henriques Candiago¹,
Veralice Maria Gonçalves², Paulo Silva Belmonte de
Abreu³**

¹ Médico psiquiatra, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ² Analista de sistemas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. ³ Coordenador, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, UFRGS.

Prezado Editor,

Escrevemos esta carta para chamar a atenção para o risco de agravamento de um problema de saúde pública já ressaltado pela Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 3 anos atrás no artigo “Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992”¹, relativo à ausência de criação de uma rede alternativa substitutiva dos leitos psiquiátricos desativados em função da reforma psiquiátrica. Aquele estudo mostrou, na época, que a redução de 35% de leitos psiquiátricos no estado do Rio Grande do Sul, ocorrida em função da Lei Estadual nº 9716/1992, não havia sido compensada pela montagem de uma rede de atenção integral em saúde mental. Mais recentemente, esta situação tem passado a correr risco de agravamento em função de uma determinação do Ministério da Saúde de novembro de 2008 relativa à remuneração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Resumidamente, no caso dos novos CAPS, deixa-se de remunerar por produtividade real (proporcional ao número de casos em diferentes graus de intensidade de atendimento), e passa-se a remunerar pelo cálculo feito com base numa série histórica formada pelos pagamentos retrospectivos aos CAPS já existentes. Os valores atingem cerca de 70% (fixo) do máximo estipulado anteriormente. Aos CAPS já existentes solicitam-se esforços para melhorar o registro de atendimentos, objetivando melhorar suas séries históricas. Assim, o novo sistema deixa de remunerar esforços adicionais de ampliação de cobertura dos mais necessitados (de cuidados intensivos), e recompensa os que diminuem seu ritmo de atendimento (e baixam para o mínimo, ou aumentam a proporção de casos de cuidados não-intensivos, afastando-se das diretrizes norteadoras dos CAPS de substituir/adiar/abreviar a internação psiquiátrica sob a forma de atenção intensiva junto à família e a comunidade).

Regulamentados desde fevereiro de 2002 pela Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, os CAPS visam ao atendimento dos pacientes com transtornos mentais maiores sob a ótica da territorialidade, integração e reinserção social. No seu bojo, foi criado um sistema remuneratório que privilegiava a sua produtividade e a qualidade do trabalho executado, consistindo no pagamento de maiores valores de remuneração no atendimento dos pacientes com maior desorganização e maior necessidade de cuidados. Com o objetivo de manter esses pacientes junto a sua família e comunidade, ao invés de afastá-los do convívio pela internação psiquiátrica, os CAPS poderiam adotar três regimes de atenção, denominados intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Os pacientes mais graves poderiam ir diariamente ao centro para atenção, medicação, orientação etc., recebendo cuidados classificados como intensivos. Na medida em que os pacientes fossem melhorando, poderiam passar para cuidados semi-intensivos e, depois, para não intensivos (até três contatos no mês), atendimentos semelhantes aos oferecidos no antigo sistema de ambulatório do Ministério da Saúde. O sistema previa remuneração proporcional ao esforço envolvido em cada tipo de caso, com menor remuneração para o procedimento não intensivo, e maior para o intensivo. O pagamento ocorria através do reembolso, mediante autorização, de procedimento de alta complexidade (APAC), que, como denuncia o nome, gerava um pagamento diferenciado de acordo com a complexidade, requerendo auditoria médica prévia para a liberação do pagamento dos procedimentos.

O sistema anterior possuía uma estrutura autorregulada. Por exemplo, num CAPS II, os pacientes classificados como intensivos poderiam gerar mensalmente o valor máximo de R\$20.362,50, os semi-intensivos, R\$14.310,00, e os não intensivos, R\$4.155,00 (valor calculado a partir do número de dias permitidos para comparecimento multiplicado pelo valor do procedimento, multiplicado pelo valor pago aos pacientes conforme classificação). O grupo de pacientes classificados como intensivos poderia gerar mensalmente em APAC um total de 45 unidades, os semi-intensivos, 75 unidades e os não intensivos, 110 unidades. Assim, um CAPS II com a produtividade máxima e acolhendo o máximo dos casos de alta complexidade e intensidade (e, conseqüentemente, com o maior potencial de reduzir a utilização de leitos psiquiátricos) geraria a cifra final mensal de R\$ 39.127,50. A partir de 27 de novembro de 2008, com base em médias históricas de produção dos CAPS, foi fixado o valor de R\$ 31.866,00 ao mês, independentemente

Correspondência:

Sergio da Silva Saraiva, Rua Engenheiro Vespúcio de Abreu, 37/701, CEP 90040-330, Bairro Santana, Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 3311.3252, (51) 3219.4996, (51) 9969.4140. E-mail: sergiosaraiva@gmail.com

Não há conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

da complexidade e frequência de atendimento. As APAC passaram a servir somente como comprovação do atendimento. Outros valores também foram fixados da mesma maneira para os outros CAPS de acordo com a média histórica e de acordo com sua complexidade. Isso reduziu drasticamente a necessidade de fiscalização e eliminou a pressão dos gestores locais para uma maior produtividade visando maior remuneração, o que automaticamente levaria a uma maior complexidade do sistema e, conseqüentemente, a uma maior complexidade da gestão.

A análise comparativa dos dois sistemas nos permite afirmar que a nova medida, ao simplificar a operação dos CAPS e reduzir a necessidade de fiscalização, jogou fora um parâmetro preciso e evoluído de avaliação dos serviços baseado na produtividade, que remunerava pelo alcance das metas de máximo envolvimento de casos complexos que usualmente necessitariam de hospitalização (quanto maior o valor cobrado pelo CAPS, mais próximo o mesmo estaria do perfil necessário para a comunidade, de acolhimento de casos mais graves). O novo sistema, ao contrário, ao remunerar “por baixo”, pode estimular a transformação

progressiva dos CAPS em ambulatórios tradicionais com uma embalagem “moderna”, aonde o paciente comparece para visitas convencionais a cada duas semanas, e onde o paciente mais grave acaba sendo excluído ou encontrando maiores dificuldades de acesso. Assim, a necessária modernização do serviço público dissociada da remuneração ligada à produtividade poderá significar um retrocesso ao velho sistema convencional de dicotomia ambulatório versus leito psiquiátrico. Achamos importante ampliar o foco do debate para esta mudança, e buscar reverter o sistema, estabelecendo novamente o pagamento proporcional ao desempenho, à produtividade, ao alcance das metas que nortearam a criação dos CAPS, para que os mesmos possam evoluir para uma real alternativa ao modelo tradicional de atenção em saúde mental.

Referência

1. Gastal FL, Leite SO, Fernandes FN, de Borba AT, Kitamura CM, Binz MA, et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(1):119-29.