



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL E FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÉUTICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

LENIR MASCHIO VIEIRA

Foz do Iguaçu
2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA
SAÚDE**

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL E FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

LENIR MASCHIO VIEIRA

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Robson Zazula

Foz do Iguaçu
2023

LENIR MASCHIO VIEIRA

**POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL E FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Artigo apresentado à Universidade Federal
da Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Doutor Robson Zazula
UNILA

Profa. Dra. Monica Augusta Mombelli
UDC / UNILA

Profa. Taiane Nogueira Almeida
UNILA

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: LENIR MASCHIO VIEIRA

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

		Tipo de Documento
<input type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo	
<input checked="" type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso	
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia	
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação	
	<input type="checkbox"/> tese	
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais	
	<input type="checkbox"/> _____	

Título do trabalho acadêmico: POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL E FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

Nome do orientador(a): Prof. Doutor Robson Zazula

Data da Defesa: 07/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 07 de junho de 2023.

Lenir Maschio Vieira

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a Deus e meus pais que são meus maiores incentivadores e por não me deixar desanimar frente às adversidades.

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Virgem Maria por me guiar e sustentar nos momentos de dificuldades e desânimo para que este sonho se tornasse realidade.

Aos meus pais Mario e Cleci por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida, me incentivando e me apoiando em todas as minhas decisões, por todo carinho e atenção que eu recebo.

Ao meu orientador, Professor Dr. Robson Zazula, por acreditar em minha capacidade, pelo conhecimento compartilhado, incentivo e orientar esse trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

[...] as decisões permanecem como intenções, a menos que sejam desenvolvidas as ações capazes de transformá-las em intervenção da realidade
RUA; ROMANINI (2013, p. 04)

O ciclo da saúde mental é entender que pensamento gera sentimento.
(Álex Cavalcante, administrador brasileiro)

RESUMO

A temática é importante devido a assistência farmacêutica representar um grande impacto financeiro para o governo e sua demanda é maior em região de fronteira, sendo necessário planejamento e avaliação dos resultados e os gastos com saúde mental sobrecarregam o sistema de saúde e a necessidade de investimento nesse setor pode ser explicada pela demanda. Neste sentido, pensar o financiamento das ações e serviços em saúde mental, analisar o custo e financiamento público da assistência em saúde mental no contexto de um município de fronteira, realizar uma revisão das políticas públicas voltadas à saúde mental e como ocorre o financiamento e gastos da assistência farmacêutica neste processo. Para tanto, construiu-se o presente trabalho em três capítulos: um primeiro, no qual foi descrito os principais aspectos e características da política nacional de saúde mental, desde as primeiras conferências até e as portarias e resoluções mais recentes que normatizam as ações relacionadas à esta área. Em seguida, foi exposto um pouco sobre a assistência farmacêutica de modo geral, com maior ênfase nas questões relacionadas à saúde mental. Além disso, uma grande ênfase foi dada também ao financiamento. Por fim, os principais pontos relacionados à assistência à saúde na região de fronteira, com destaque também para o funcionamento e o financiamento das ações de saúde nessa região. Com as informações obtidas neste estudo aliados ao conhecimento das características do município será possível gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, implementar políticas públicas de saúde voltadas à saúde mental com desenvolvimento de programas/estratégias específicas a realidade loco-regional em que se encontram.

Palavras-chave: Saúde Mental. Assistência Farmacêutica. Fronteira. Financiamento em Saúde.

RESUMEN

El tema es importante debido a que la asistencia farmacéutica representa un gran impacto financiero para el gobierno y su demanda es mayor en regiones fronterizas, lo que requiere planificación y evaluación de resultados. Los gastos relacionados con la salud mental sobrecargan el sistema de salud, y la necesidad de inversión en este sector puede explicarse por la demanda. En este sentido, es necesario considerar el financiamiento de las acciones y servicios de salud mental, analizar el costo y financiamiento público de la atención en salud mental en el contexto de un municipio fronterizo, revisar las políticas públicas centradas en la salud mental y examinar el financiamiento y los gastos de la asistencia farmacéutica en este proceso. Para ello, el presente trabajo se divide en tres capítulos. En el primer capítulo, se describen los aspectos y características principales de la política nacional de salud mental, desde las primeras conferencias hasta las ordenanzas y resoluciones más recientes que regulan las acciones en esta área. En el segundo capítulo, se brinda una visión general de la asistencia farmacéutica en general, con un mayor énfasis en cuestiones relacionadas con la salud mental. Además, se presta una gran atención al financiamiento. Por último, el tercer capítulo aborda los puntos principales relacionados con la atención de la salud en la región fronteriza, destacando el funcionamiento y el financiamiento de las acciones de salud en esa área. Con la información obtenida en este estudio, junto con el conocimiento de las características del municipio, los gestores, profesionales de la salud y usuarios del sistema de salud público podrán implementar políticas públicas de salud mental, desarrollando programas/estrategias específicas que se ajusten a la realidad local y regional en la que se encuentran.

Palabras clave: Salud Mental. Cuidado farmacéutico. Frontera. Financiamiento de la Salud.

ABSTRACT

The theme is important due to pharmaceutical assistance representing a significant financial impact for the government, and its demand is higher in border regions, requiring planning and evaluation of results. The expenses related to mental health burden the healthcare system, and the need for investment in this sector can be explained by the demand. In this sense, it is necessary to consider the financing of mental health actions and services, analyze the cost and public financing of mental health care in the context of a border municipality, review public policies focused on mental health, and examine the financing and expenses of pharmaceutical assistance in this process. To do so, the present work was divided into three chapters. The first chapter describes the main aspects and characteristics of the national mental health policy, from the initial conferences to the most recent ordinances and resolutions that regulate actions in this area. The second chapter provides an overview of pharmaceutical assistance in general, with a greater emphasis on mental health-related issues. Additionally, significant attention is given to financing. Lastly, the third chapter addresses the main points related to healthcare in the border region, highlighting the operation and financing of health actions in that area. With the information obtained in this study, together with the knowledge of the municipality's characteristics, it will be possible for managers, healthcare professionals, and users of the public health system to implement mental health public policies, developing specific programs/strategies that match the local and regional reality.

Key words: Mental Health. Pharmaceutical care. Border region. Health Financing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD IV	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
ERD	Estratégia de Redução de Danos
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)
MS/GM	Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRONACOOP Social	Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS-Fronteira	Sistema Integrado de Saúde na Fronteira
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS ASPECTOS E CARACTERÍSTICAS	13
2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DA POLÍTICA DE SAÚDE GERAL E MENTAL AO FINANCIAMENTO	21
3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA FRONTEIRA: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E FINANCIAMENTO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

INTRODUÇÃO

Os transtornos psíquicos representam atualmente um grande desafio para a saúde mundial. No Brasil, transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causa de anos de vida vividos com incapacidade (GBD, 2018). A assistência farmacêutica (AF) apresenta um grande impacto financeiro para o governo e sua demanda é crescente. Caso não ocorra uma programação adequada com um gerenciamento efetivo de recursos, haverá desperdício de verbas, tendo em vista que os recursos são limitados. Há constante necessidade de planejamento e avaliação dos resultados, buscando aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população (MARIN *et al.*, 2003).

Em se tratando de políticas públicas na área da saúde, é necessário que o município propicie atenção de qualidade às necessidades de sua população. Essa situação se torna ainda mais complexa quando pensa no contexto da fronteira, uma vez que neste há particularidades em relação ao restante do país, como o deslocamento livre entre os países, e o grande fluxo de pessoas em torno da busca por serviços públicos e privados, com destaque para os serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2021). Em regiões de fronteira ocorre uma sobrecarga no orçamento públicos devido à demanda não esperada de atendimentos, sendo que o município recebe verbas baseado em sua população, não contemplando estrangeiros que transitam entre duas nacionalidades (GADELHA, 2007).

Neste sentido, considerando a política nacional de saúde mental, que se caracteriza por buscar consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, considerando a importância da AF para a saúde geral, em particular para o atendimento a demandas de saúde mental, com destaque para o financiamento desta, dado o impacto financeiro aos cofres públicos e, por fim, a questão da fronteira e o atendimento dessa população, com foco na saúde mental, propõe-se o presente trabalho. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi propor uma revisão destes três pontos citados anteriormente, a saber: políticas públicas na saúde mental, o contexto da fronteira e a assistência à saúde nesta região, com destaque para a AF.

1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS ASPECTOS E CARACTERÍSTICAS

Primeiramente, precisamos compreender as políticas públicas para a saúde mental. Ao longo do tempo, a assistência ao portador de transtorno mental tem sido caracterizada por políticas e ações que excluía esse sujeito do convívio social e de diversos direitos sociais, políticos e civis. A situação vinha se agravando a cada dia, tanto com relação a progressão dos transtornos psíquicos, quanto a histórica de discriminação e isolamento das pessoas com esse problema de saúde. Adicionalmente a isso, o modelo de atenção à saúde mental, historicamente associado ao tratamento manicomial, não favorecia uma mudança significativa, tampouco o cuidado do portador de transtornos mentais. No final dos anos 1980 a situação era tão grave, que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) realizou um estudo para diagnosticar a situação da atenção em saúde mental no continente latino-americano, local em que foi proposto a Declaração de Caracas (OPAS, 1990). A partir disso, a trajetória planejada no aspecto de cuidar a pessoa com transtorno mental foi sendo alterada por meio de diversas reformas desencadeadas por distintos movimentos e concepções (BELLOC *et al*, 2017).

O atendimento em saúde mental no Brasil é resultado de várias mudanças históricas, como de movimentos sociais e políticos impulsionados por usuários, familiares e trabalhadores de saúde, com o objetivo de modificar o modelo de atenção asilar por um modelo de atenção à saúde que assegurasse proteção e direitos às pessoas com transtornos mentais. Ao processo de mudança, exposto pelo Movimento Social da Luta Antimanicomial, e pela proposta de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e gestão do cuidado, deu-se o nome de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013a). Como aponta Oliveira (2019), a Reforma Psiquiátrica partiu dos seguintes princípios: contestação do manicômio no campo dos direitos humanos como dispositivo de custódia, que feria os direitos básicos de cidadania; do ideal em realizar uma prática inclusiva da loucura pela sociedade; e da intenção de propor dispositivos comunitários em substituição ao manicômio. Esse movimento propôs o resgate do poder de escolha da pessoa com transtorno mental e sua participação ativa no seu tratamento, o reconhecimento da liberdade como terapêutica e promotora de saúde mental e a construção da cidadania (CRUZ *et al.*, 2019).

Durante muito tempo os pacientes foram internados em hospitais psiquiátricos de

forma desnecessária, com alto custo para as famílias, no sentido financeiro e emocional do paciente e seus familiares, onerando também o setor público por manter o paciente internado por longos períodos. Esse modelo passou a ser desconstruído a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil (GARCIA; SANTOS, 2021). Segundo os mesmo autores as diretrizes que orientaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, são:

- Redução Progressiva dos Leitos Psiquiátricos e desinstitucionalização;
- Consolidação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial com a implantação de serviços substitutivos como por exemplo os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);
- Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (AB);
- Implantação do Programa “De Volta Para Casa;”
- Consolidação e Expansão das Residências Terapêuticas;
- Formação e qualificação de recursos humanos;
- Promoção de direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado;
- Reorientação dos Manicômios Judiciários;
- Consolidação da Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas.

Esse novo contexto exigiu a busca por estratégias que intensificassem os processos de desinstitucionalização dos usuários em situação de internação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais focadas exclusivamente nos processos nos territórios em que os pacientes estivessem inseridos. Nesta circunstância, os recursos financeiros deixaram progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar, por meio de uma redução planejada no número de leitos, direcionando esforços e recursos para o modelo comunitário de atenção. (GARCIA; SANTOS, 2021).

A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que dispôs sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais, com redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, concretizou do ponto de vista legal essas alterações. O ponto fundamental dessa lei era a desinstitucionalização e a humanização da assistência, por meio da previsão da ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, a partir do fortalecimento dos serviços de saúde mental substitutivos nos municípios e nos estados. A

lei propôs o tratamento ambulatorial e internação em hospital geral, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, sendo que estas ações devessem ocorrer nos três níveis de atenção à saúde, ou seja na AB, média e alta complexidade (BRASIL, 2001).

Além disso, foi a partir desta lei que foram criadas no Ministério da Saúde portarias, normas e recomendações aos estados e municípios para a implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (*i.e.*, modelo manicomial, que era excludente). Naquele momento, hospitais psiquiátricos ainda eram muito comuns no país, havendo a necessidade de implantar paralelamente o cuidado integral a pessoa em sofrimento mental, dentro de uma lógica humanizada e com a reinserção social destas pessoas, com a participação da família, fatos preconizados pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2007).

Além disso, outros importantes legais para a assistência à saúde mental foram o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabeleceu que a atenção psicossocial passasse a integrar o conjunto das redes indispensáveis nas regiões de saúde (BRASIL, 2011a); e a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta última foi instituída na tentativa de ampliação, diversificação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. A portaria projetava a renovação do paradigma de cuidado, ao promover maior acessibilidade, integração e articulação efetiva entre os serviços, rompendo com o modelo manicomial em diferentes níveis de complexidade (AMARANTE; NUNES, 2018). Considerando a lógica das Redes de Atenção à Saúde, RAPS passou a incluir serviços de nível secundário e terciário, com regulação pela atenção primária, possuindo contato com outras redes por meio dos diferentes sistemas logísticos e sistemas de apoio (MOREIRA; BOSI, 2019).

Além disso, a Portaria nº 3.088 passou a prever também o atendimento no âmbito da RAPS em vários pontos de atenção divididos de modo articulado, a saber: (a) AB em Saúde (*i.e.*, Unidades Básicas de Saúde, Equipes de atenção básica para populações em situações específicas e Centros de Convivência), (b) Atenção Psicossocial Especializada (*i.e.*, Centros de Atenção Psicossocial), (c) Atenção de Urgência e Emergência (*i.e.*, Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Salas de Estabilização, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros), (d) Atenção Residencial de Caráter Transitório (*i.e.*, Unidades de Acolhimento e Comunidades

Terapêuticas), (e) Atenção Hospitalar (*i.e.*, Enfermarias especializadas em hospital geral e Serviços Hospitalares de referência), (f) Estratégias de Desinstitucionalização (*i.e.*, Serviços Residenciais Terapêuticos, hospitais de custódia) e (g) Reabilitação Psicossocial (*i.e.*, Cooperativas sociais) (BRASIL, 2011b).

A RAPS propôs a adoção de iniciativas que garantissem o cuidado integral da pessoa, centrado nos territórios, ou seja, adequado ao perfil demográfico e socioambiental, bem como às necessidades e demandas da população. Dentre as diretrizes que passaram a fundamentar o funcionamento da RAPS, destacam-se: atenção às necessidades das pessoas, respeito aos direitos humanos, equidade, diversificação das estratégias de cuidado, assistência multiprofissional, desenvolvimento de atividades no território e o cuidado integral (BRASIL, 2011b). De acordo com as portarias nº 3.088 (BRASIL, 2011b) e nº 3.588 (BRASIL, 2017), passaram a ser objetivos específicos da RAPS:

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis
- Prevenir o consumo e reduzir danos provocados pela dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Promover a reabilitação e a reinserção por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em Parceria com organizações governamentais e sociedade civil;
- Organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A partir das diretrizes e dos objetivos específicos da RAPS, é possível observar a amplitude dos serviços que podem ser prestados à pessoa em sofrimento ou com transtorno mental, como também para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011b). É na RAPS que acontece a possibilidade da integração e qualidade dos serviços ao ampliar o acesso aos pontos de atenção à saúde “*qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências*” (BRASIL, 2011b).

A RAPS é composta por sete componentes e cada um destes contém ações específicas que objetivam atendimento integralizado. Tais serviços são conhecidos como

pontos de atenção. O Ministério da Saúde, desde o ano de 2017, tem publicado uma série de portarias e resoluções que trazem no texto a incorporação de outros equipamentos. Os componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção, apresentando a configuração presente na Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011b) e as reformulações apresentadas pela Portaria MS/GM n.º 3.588 (BRASIL, 2017a).

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou Nota Técnica com “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*” (BRASIL, 2019). Nesse documento é apresentada de forma consolidada a nova configuração da RAPS, que passou a contar também com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS AD IV com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares (Quadro 1). Dessa forma, ficam claras a diversidade do cuidado e a congruência da política com as mudanças produzidas no modelo assistencial nas últimas décadas (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Quadro 01. Componentes da RAPS

Componente	Pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Consultório de Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção residencial de Caráter Provisório	Unidade de Acolhimento
	Serviço Hospitalar de referência para Atenção às Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégia de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programas de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) (adaptado).

Mudanças no modelo assistencial não são simples, uma vez que resultam em transformações nos processos de trabalho, no cuidado psicossocial e nos arranjos no campo relacional. A Rede de AB, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), possuiu papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios, em especial os serviços de saúde mental. De acordo com a Portaria de Consolidação nº.

02, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), a AB passou a ser concebida como a porta de entrada do Sistema Público de Saúde (SUS), tendo na ESF o seu principal eixo de orientação no modelo assistencial. Os serviços ofertados são componentes inerentes aos cuidados globais em saúde, dentro de princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental nas ESF. Entre 20 e 30% da população terá algum sofrimento mental ao longo da vida, mas nem todos necessitarão de atendimento especializado e/ou de internação. Por esta razão, é importante que tanto as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) quanto as ESFs apresentem alto grau de resolutividade (BRASIL, 2005). Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território, o Ministério da saúde propôs algumas diretrizes no intuito de promover saúde ao usuário (BRASIL, 2011b), a saber:

- Atendimento centrado no paciente, que possibilite espaço de conversa, de manifestação e participação ativa do usuário;
- Atendimento regular, evitando o surgimento de novas queixas físicas;
- Atividades que incentivem o empoderamento, autocuidado, autoestima e realização pessoal;
- Espaços de apoio psicossocial, tais como grupos terapêuticos para queixas específicas mais comuns entre os usuários;
- Atividades comunitárias que promovam a corresponsabilização, a participação, o desenvolvimento da cidadania e da autonomia.

Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves faz-se necessário o olhar atento das equipes do território, de modo a promover cuidados continuados e inclusão social. A atenção destes indivíduos, a partir de uma nova perspectiva, passou a ser uma atribuição da equipe multiprofissional, na qual os profissionais, dentro de suas competências e habilidades, pudessem contribuir para a melhoria do sistema (AMARANTE, 1995; FIGUEIREDO; SILVA-FILHO, 2001; VENANCIO; CAVALCANTI, 2001; PACHÊCO; MARIZ, 2006). A parceria multiprofissional e interdisciplinar para atendimentos proporciona um olhar ampliado, objetivando promover saúde e bem-estar, prevenir e tratar doenças e/ou agravos, incluindo aqueles relacionados à saúde mental (BRASIL, 2010; 2018). Cada etapa do processo de cuidado com pacientes com transtornos mentais graves exige do profissional atenção e humanização do atendimento (BRASIL, 2011a). No acolhimento, o profissional deve transmitir segurança e

liberdade para o usuário e sua família, tornando-se um ponto de referência para o cuidado, tratamento e acompanhamento.

No entanto, parte dos casos em saúde mental ainda precisarão de atendimento especializado. De modo geral, as emergências em saúde mental estão relacionadas com crises evolutivas e acidentais. Estas acontecem quando o indivíduo não consegue “estabilizar” a situação ou reencontrar o equilíbrio. Nesses casos, o funcionamento geral fica prejudicado, tornando-o incapaz de assumir responsabilidades pessoais. Por conta do fato dessas crises serem passageiras, o seu manejo deve começar pela tentativa de tranquilizar o paciente e a família com o estabelecimento do vínculo. Estes pacientes em crise devem ser referenciados e tratados junto aos serviços especializados. (GARCIA; SANTOS, 2021). Alguns serviços são regionalizados e são implantados a partir de quantitativo populacional, conforme legislação vigente (UNASUS, 2018), tais como Atenção de Urgência e Emergência, UPA 24 horas, Sala de estabilização, SAMU, Portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro e UBSs. A responsabilidade desses setores é desenvolver ações de acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental ou ainda aqueles relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas (UNASUS, 2018).

Posteriormente, os casos referenciados junto aos serviços especializados devem ser contra-referenciados para a unidade de referência, com o objetivo de dar os encaminhamentos necessários ao caso. Todavia, casos com difícil resolução podem ser encaminhados para os diferentes dispositivos da rede:

- Encaminhamento para as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF): os casos não resolvidos na AB devem ser encaminhados para as equipes dos NASFs que possuam profissionais capacitados para o atendimento de casos de saúde mental, cujos serviços estejam dentro de sua região de abrangência;
- Encaminhamento para os CAPS, que podem ser de dois tipos: aquele que atende pacientes com transtornos mentais sem histórico de uso de álcool e outras drogas, ou que atende pacientes com transtornos mentais relacionados ao uso, abuso de álcool, crack e outras;
- Encaminhamento para unidades hospitalares, que representa outro ponto de atendimento para as crises agudas em Saúde Mental.

- Encaminhamento para centros de convivência e cultura, para os quais devem ser encaminhados os pacientes estabilizados, mas que se encontram em quadro de vulnerabilidade social, com risco familiar (GARCIA; SANTOS, 2021).

Em relação a este último, refere-se à criação de possibilidades de inclusão da pessoa aos cenários de trabalho e geração de renda, por meio de empreendedores solidários ou cooperativas sociais. Possibilita o exercício da cidadania, prepara o indivíduo para lidar com os aspectos referentes à inclusão social, bem como instrumentaliza o ambiente para lidar com as diferenças (UNASUS, 2018). Por meio do decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013b), foi instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (PRONACOOOP Social), que traz um conjunto de ações voltadas para as relações de trabalho das pessoas em situação de vulnerabilidade social, de trabalho e familiar, por meio de ações de geração de renda.

A superação do modelo manicomial vai além da saída do hospital psiquiátrico. A proposta de desinstitucionalização exige mudanças nas formas de entender e tratar a saúde mental, requer a atenção e o cuidado em serviços de saúde presentes na comunidade, entendendo o sujeito não apenas pelo seu diagnóstico, mas pelas suas demandas e peculiaridades, relacionadas aos direitos à moradia, ao trabalho, à participação social, ao lazer, às relações afetivas. dentre outros (MARÇAL; TREVISAN, 2023). Uma das estratégias para atingir este objetivo é o projeto Humaniza SUS, que se caracteriza por ser uma proposta do Ministério da Saúde que promove articulação entre AB e a Saúde Mental, com intuito de viabilizar o acesso à saúde e qualificar o cuidado (PAIM; SILVA, 2010).

A AB deve ocupar um lugar estratégico no desenvolvimento das ações em saúde. No entanto, tradicionalmente os sistemas de saúde funcionam de maneira hierárquica, tornando-se muitas vezes precário e difuso e sem comunicação entre as equipes, ou ocorrem de forma fragilizada, não possibilitando a resolução efetiva dos casos. Neste sentido, entra em ação um novo modelo, o modelo matricial, que encoraja a transformação da lógica tradicional, burocratizada, tecnicista e pouco dinâmica para um novo modelo integrador, que incentiva a participação ativa de profissionais e usuários, valorizando cada um dos saberes (BRASIL, 2008). O compartilhamento de experiências entre os núcleos de saberes de cada categoria profissional e o campo comum que conecta e amplia, permite que os profissionais da ESF e ou equipe multidisciplinar conduzam o caso sem,

necessariamente, a intervenção da atenção especializada ou do profissional especialista, o que favorece a resolutividade e a integralidade da AB (BRASIL, 2017). Um dos pontos importantes que devem ser abordados é a questão da AF da saúde geral para a saúde mental, com destaque para o financiamento desta, dado o impacto financeiro aos cofres públicos. Neste sentido, na próxima seção será abordado a AF da saúde geral à saúde mental, bem como a forma como se dá o financiamento da AF dentro do SUS.

2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DA POLÍTICA DE SAÚDE GERAL E MENTAL AO FINANCIAMENTO

Para realizar o planejamento em saúde mental é necessária uma interlocução direta com a AF da estrutura governamental envolvida, pois a mesma é responsável direta pelo gerenciamento dos medicamentos que se façam necessários para atender as demandas da população. A maioria das intervenções em saúde, incluindo a saúde mental, envolve o uso de medicamentos, cujo uso pode ser determinante para melhores ou piores resultados, tornando necessário que a AF seja vista de maneira integral. Consequentemente, o SUS, pela sua complexidade e características, necessita de uma AF estruturada e de profissionais qualificados para suporte técnico nas ações de saúde e no alcance de bons resultados (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A AF pode ser entendida como “*o conjunto de ações destinadas a propiciar o acesso da população aos medicamentos necessários ao tratamento de sua saúde*” (SANTOS, 1996, p.3), que foi iniciado como uma política pública regulamentada em 25 de junho de 1971, por meio do Decreto nº 68.806, com a criação da Central de Medicamentos (CEME; BRASIL, 1971). Esta possuía como propósito o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, representando um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde (PORTELA *et al.*, 2010). Desta forma, com a regulamentação da Constituição Federal, foi elaborado a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que regulamentou o SUS, com objetivo de estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo (*i.e.*, federal, estadual e municipal), assegurando em seu Art. 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em outubro de 1998, sendo que seu desenvolvimento ocorreu devido diversos fatores, destacando-se: (a) problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos; (b) problemas na qualidade dos medicamentos; (c) uso irracional dos medicamentos; (d) desarticulação da AF; e, (e) a desorganização dos serviços farmacêuticos. Por esta razão, tornou-se uma política norteadora de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Desta maneira, a PNM pontua como diretrizes gerais: (a) adoção da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME); (b) regulamentação sanitária de medicamentos; (c) reorientação da AF; (d) promoção do uso racional de medicamentos; (e) desenvolvimento científico e tecnológico; (f) promoção da produção de medicamentos; (g) garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e (h) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, em 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, ficou estabelecido que todas as esferas de gestão do SUS seriam responsáveis pela promoção e estruturação da AF, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006). O Ciclo de AF passou a ser composto pelas seguintes etapas: (a) seleção; (b) programação; (c) aquisição; (d) armazenamento; (e) distribuição; (f) prescrição; (g) dispensação; (h) atenção farmacêutica; e (i) avaliação. Neste ciclo, o resultado de uma etapa é o ponto de partida para outra.

Com a RENAME foi possível garantir o acesso da população aos medicamentos mais seguros e eficazes, voltados ao tratamento das doenças mais prevalentes, disponibilizando medicamentos em quantidade adequada. Os recursos para garantir a aquisição desses medicamentos passaram a ser regulamentados na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), que passou a definir os recursos para a compra desses produtos (ALANO; LEGUIZAMONN; VARGAS, 2017).

A gestão da AF, constitui-se em um dos maiores desafios do governo, devido ao alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos, tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais. Além disso, há a baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos do ciclo da AF, aumento crescente da demanda de medicamentos da população, escassez, má gestão dos recursos públicos (TREVIZAN, 2015). O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Conforme

estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado (BRASIL, 2007).

O Componente Básico é para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Primária na Saúde (APS) e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde, pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). O Componente Estratégico é para financiamento de ações de AF de programas de saúde estratégicos, com medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (VIEIRA, 2010). Por fim, o Componente Especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que até novembro de 2009, era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. No entanto, com a publicação da Portaria GM/MS nº 981/2009, que alterou a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Em relação à saúde mental, com a finalidade de atender de forma mais efetiva as necessidades desses usuários, foi implantado, por meio da Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental na rede pública (BRASIL, 1999). A abordagem farmacológica dos transtornos mentais envolve o uso de psicofármacos que, segundo orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), deveriam ser incluídos na lista de medicamentos essenciais. No que se refere à disponibilidade, os medicamentos para a saúde mental são aqueles constantes na RENAME (BRASIL, 2012) totalizando um número de 29 denominações genéricas de fármacos em 67 apresentações farmacêuticas. Entre as classes farmacológicas encontram-se os anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor, antiparkinsonianos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnosedativos.

A seleção de medicamentos psicotrópicos pelos órgãos responsáveis baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, eficácia, terapêutica comprovada, qualidade e disponibilidade dos produtos (LUCCHETTA; MASTROIANNI,

2012). No Brasil, como a realidade de cada município pode ser diferente em relação aos transtornos mentais, como tipos, números de casos, cabe a cada local determinar a sua própria Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME) com base na RENAME (BOGER *et al.*, 2017). Os recursos financeiros destinados a cada estado foram estabelecidos na mesma Portaria, sendo 80% de financiamento federal e, no mínimo, 20% de contrapartida estadual.

A coordenação e a implementação do programa ficaram sob responsabilidade dos gestores estaduais, com aprovação dos critérios de seleção e distribuição pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os medicamentos a serem disponibilizados, principalmente a saúde mental, deveriam ser selecionados com base no grupo farmacológico que atua sobre o sistema nervoso central, constante da RENAME vigente. Deveriam ser priorizado o acesso dos pacientes atendidos no nível ambulatorial, para os quais a falta de medicamentos poderia levar à hospitalização.

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira também exigiu modificações na AF, compreendida como um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, incluindo atividades de pesquisa, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012). O profissional farmacêutico passou a ter papel imprescindível por conhecer os medicamentos, inclusive os psicofármacos, desde a sua origem na obtenção do princípio ativo, sejam de origem natural ou sintética, com ou sem modificações moleculares, passando pela purificação da substância, estudos farmacológicos e toxicológicos. Houve o desenvolvimento da AF, objetivando a otimização de sua veiculação orgânica e indo até aspectos de controle de qualidade da formulação final, conservação e armazenamento.

No entanto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), junto às instâncias responsáveis pelo Programa de Saúde Mental e pela AF do Ministério da Saúde, pontua a carência de repensar esta área, não contemplada na Portaria GM/MS nº 2084/2006, que trata da AF na APS (BRASIL, 2006). Atualmente, a responsabilidade pelo gerenciamento dos recursos financeiros é do Departamento de AF e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o que favorece a incorporação dos medicamentos para a saúde mental na AF para a APS, conforme reiteradamente solicitado pelo CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Discussões nesse sentido

estão ocorrendo, com a finalidade de superar a fragmentação e estabelecer diretrizes para a AF na área de saúde mental.

Compreende-se que a utilização de medicamentos psicotrópicos é um dos recursos para o tratamento de transtornos mentais e que seu uso faz sentido quando está inserido em um contexto. A partir do momento que o usuário compreende e se responsabiliza pelo seu uso da medicação, passará a não somente demandar a troca de receitas, mas também se implicar diante de seu sofrimento. As medicações são necessárias, mas seu uso deve ser racional, não desacreditando de seu potencial, mas também não sendo uma panaceia (BRASIL, 2013c). A partir da próxima seção será abordado a AF em região de fronteira, com ênfase especial à AF na saúde mental.

3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA FRONTEIRA: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E FINANCIAMENTO

Os fluxos migratórios são um fenômeno mundial em movimento crescente, tornando pertinente as discussões sobre políticas públicas para o acesso à saúde de imigrantes (GUERRA; VENTURA, 2017). Parte dessas discussões está relacionada às regiões de fronteira que, no caso brasileiro, possui de cerca de 15.719 km. Essa faixa corresponde a aproximadamente a 27% do território nacional, com população estimada de 11 milhões de habitantes. Nessa faixa estão sediados 588 municípios, distribuídos em 11 estados que fazem divisa com 10 países da América do Sul, onde são identificadas simetrias e assimetrias próprias desses espaços territoriais (NEVES *et al.*, 2016).

De modo geral, a fronteira se caracteriza por ser um espaço de conflitos transculturais e identitários, que carrega em sua história a preocupação com a segurança nacional e a carência de políticas públicas de cooperação transfronteiriça que promovam o desenvolvimento econômico integrado (SOUZA EBC, 2016). Além disso, a fronteira constitui um recorte analítico e espacial de diversas realidades políticas, econômicas e culturais que envolve o problema da volatilidade do capital e das relações de produção pelo território (BRASIL, 2016). Para Silva e Morais (2011), os “cidadãos fronteiriços” acabam direta e indiretamente se beneficiando das peculiaridades que este ambiente transfronteiriço pode proporcionar nos variados aspectos da vida, como: acesso a políticas públicas de saúde; educação; trabalho e bens e consumo.

Uma ocorrência muito comum nas regiões de fronteira é a transfronteirização, que pode ser entendido como um conjunto de processos de aproveitamento de uma fronteira. No contexto desses processos, os habitantes transcendem a fronteira, imposta pelos Estados como um limite, e a incorporam em suas estratégias de vida. Por muito tempo os estados nacionais ignoraram os espaços fronteiriços, mas os transfronteiriços asseguraram a continuidade das interações (CARNEIRO, 2016). A legalização dos processos de transfronteirização existentes nesse território demanda regras especiais de funcionamento, respaldadas por acordos bi ou multilaterais, já que transcendem a escala local e envolvem sistemas políticos e sociais distintos que requerem intervenção do nível nacional de governo (AIKES *et al.*, 2018).

Os fluxos de fronteira entre cidades gêmeas demonstram componentes idênticos, porém com condutas e hábitos individualizados, a depender das características de cada cidade e do segmento de fronteira envolvido (MONDARDO; STALIANO, 2020). Segundo Branco (2009, p. 29), parte desses elementos “*são os serviços de consumo coletivo como saúde, educação, saneamento, entre outros*”. Quando as cidades fronteiriças possuem o mesmo nível de desenvolvimento social, ocorre usualmente a duplicação destes serviços, principalmente os de saúde. Quando não ocorre essa equivalência dos serviços, a tendência é de que um dos lados tenha uma demanda maior ou até, em algumas situações, ineficiência e superlotação. Em outros casos ocorre que alguns serviços de saúde são melhores do lado brasileiro, e outros serviços melhores do outro lado, variando o nível de especialização e, conseqüentemente, o perfil do usuário atendido. No caso da maioria das regiões de fronteira, as ofertas de serviços para essas demandas são quase sempre assimétricas, o que contribui para a permanência deste fluxo com uma predominância, de modo geral, para o Brasil. A universalidade e a integralidade legitimadas pelo SUS são apontadas como características determinantes para que ocorra esse deslocamento (SCHERMA; OLIVEIRA, 2014).

A saúde na fronteira brasileira está continuamente fazendo parte do ordenamento das políticas públicas do território nacional. Desde a sua implantação em 1990, o SUS promoveu avanços importantes em áreas de fronteira. Destacam-se, entre outros, a ampliação do acesso à atenção básica, a cobertura de vacinação e de assistência pré-natal. Para se ter uma noção da importância do SUS para a promoção da saúde na fronteira, enquanto o total dos municípios brasileiros receberam, em 2010, a título de transferências do SUS, recursos que perfazem R\$ 32 bilhões, para os municípios que estão situados na

faixa de fronteira o repasse foi na ordem de R\$ 1,6 bilhão (BRASIL, 2016). No entanto, mesmo que os programas do SUS orientem para o atendimento de grupos sociais distintos, atualmente, não existe um programa ou política específica para o trabalho em saúde nas fronteiras brasileiras. Gadelha e Costa (2007) esclarecem que em 2005 foi estabelecido o Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS – Fronteira), numa tentativa de promover maior acesso aos serviços de saúde em regiões fronteiriças. No entanto, visando estratégias de integração política entre os países, este programa preocupou-se mais em identificar a situação de saúde dos municípios de fronteira, do que priorizar as peculiaridades das relações que envolvem os processos de integração e cooperação nas regiões de fronteira. A vigência das ações deste programa limita-se ao período de 2005 e 2008. (GADELHA; COSTA, 2007).

No que tange às políticas públicas e assistência à saúde mental, de modo geral, os profissionais de saúde mental que atuam em regiões de fronteira têm se apoiado em Estratégias de Redução de Danos (ERD) para a atuação com a população em situação de rua em trânsito no território fronteiriço. Considerando a disseminação da epidemia de HIV e o controle de sua transmissão entre usuários de drogas injetáveis, ERD foram incorporadas em diversos países, incluindo o Brasil (BRASIL, 2005). Entretanto, estes profissionais esbarram com obstáculo, provenientes tanto da formação, quanto da estrutura e organização do serviço para atuar com uma heterogeneidade de sujeitos, de nacionalidades e grupos étnicos variados (PAES; ORLANDO, 2013). Diante do exposto, observa-se que a amplitude das políticas públicas de saúde em áreas de fronteira no Brasil está relacionada com o ambiente dos municípios – em excepcional, das cidades gêmeas localizadas na faixa de fronteira. Por isso, o desenvolvimento de políticas públicas participa da comunicação e interação dos agentes da fronteira, sobre contextos de integração local e regional transfronteiriço, que podem afetar a saúde dos indivíduos, nacionais e estrangeiros de forma positiva ou negativa (MONDARDO; STALIANO, 2020; FEITOSA *et al.*, 2022)

Um dos pontos importantes se refere ao financiamento da saúde. Embora a falta de recursos financeiros para a saúde seja um problema crônico histórico do SUS, isso acaba se repetindo em relação às regiões de fronteira. O problema do subfinanciamento do SUS não resulta unicamente da assistência aos moradores de região fronteiriça que são estrangeiros nesses municípios. Essa condição incentiva as gestões municipais a oportunizar ao estrangeiro atendimento em saúde nos casos de urgência, emergência e na

atenção primária, mas restringirem o acesso dos fronteiriços não nacionais a serviços especializados de maior complexidade (AIKES *et al.*, 2018).

Santos, Rizzotto e Carvalho (2019), em estudo sobre o financiamento da saúde em municípios de fronteira, reconhecem que, embora haja maiores aportes financeiros nestas regiões, isso não implica necessariamente em melhor qualidade dos serviços prestados. A insuficiência e instabilidade de recursos prejudica o planejamento e a oferta de serviços adequados às necessidades da população usuária do SUS. O financiamento da saúde em regiões fronteiriças, como o restante do país, permanece sem solução. Entretanto, nas regiões de fronteira são intensificados pelo livre trânsito de pessoas dos países vizinhos, que não são computadas para o repasse de recursos dos entes estadual e federal. Soma-se ao problema do subfinanciamento, a pouca discussão nos espaços de controle social e os registros nos instrumentos de gestão do SUS, pouco representativos da realidade, entre outros, como partes do problema do acesso do fronteiriço ao sistema de saúde, campo de pesquisa e práticas da gestão e planejamento de políticas de saúde nestes territórios.

Outro fenômeno que ocorre nas regiões de fronteira e que implica em dificuldades para o planejamento e a gestão em saúde é a exigência de documentos que comprovem a residência do indivíduo que busca por serviços de saúde ofertados pelo SUS. Esse requisito exigido pelo governo e prestadores de serviço público, além de restringir o acesso dos residentes fronteiriços ao SUS, estimula diversas manobras por parte dos indivíduos que necessitam do cuidado. Esta prática interfere nas ações de diagnósticos sanitários e censos demográficos, importantes para o planejamento e avaliação das ações e programas de saúde, pois frequentemente não é possível reconhecer exatamente a quantidade e o perfil dos moradores nos territórios fronteiriços (SILVA *et al.*, 2017). Além disso, a utilização dos serviços de saúde brasileiros por cidadãos dos países vizinhos tem se tornado uma preocupação das autoridades envolvidas, argumentando que a ampliação da demanda pode contribuir para uma sobrecarga e oneração do SUS nessas localidades (SCHERMA; OLIVEIRA, 2014). Neste texto abordamos a importância do (re)conhecimento das singularidades dos territórios fronteiriços para o planejamento de políticas de saúde e a constituição de sistemas nacionais de saúde, em particular relacionado à saúde mental. Assim, considera que os territórios de região de fronteira são de difícil compreensão, devido suas particularidades e devem ser entendidos além da esfera jurídica formal, no convívio cotidiano desses municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AF de cidades de fronteira apresenta um custo maior nos gastos relacionados aos medicamentos distribuídos para a saúde mental, ocasionados por pacientes estrangeiros e de cidades menores da região que utilizam a estrutura em saúde que o município de fronteira apresenta. A AF apresenta um grande impacto financeiro para o governo e sua demanda é crescente, sendo necessário planejamento e avaliação dos resultados. Uma região de fronteira atende além de seus moradores um grande número de estrangeiros. No entanto, o município não recebe verba extra por esses atendimentos no repasse de recursos, propiciando uma defasagem nos estoques de medicamentos e insumos. Conhecer as despesas públicas relacionadas ao cuidado em saúde mental permite a compreensão da efetividade e o custeio da assistência. Os gastos com saúde mental sobrecarregam o sistema de saúde e a necessidade de investimento nesse setor pode ser explicada pela demanda.

Os Conselhos Federal e Regional de Medicina e Farmácia e a ANVISA deveriam exercer um efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos para um uso racional e conseqüente economia para os municípios. Devem ser discutido acordos com os países e cidades vizinhas para colaboração no financiamento dos programas existentes.

A Reforma Psiquiátrica, com seus paradigmas de humanização dos serviços em saúde mental, tem oportunizado, através do emergir da equipe multiprofissional, uma dinamização da assistência farmacêutica em saúde mental. Os movimentos profissionais e de diversos segmentos da sociedade reunidos nas Conferências Estaduais e Nacionais, ao longo dos últimos anos, têm gerado propostas de normatizações progressistas e exequíveis. Apesar disso, como constatado preliminarmente pela análise de uma realidade específica, a efetivação de um modelo mais aprimorado de AF em saúde mental tem um longo caminho a ser percorrido para resgatar a assistência farmacêutica em saúde mental como instrumento colaborador para a melhoria da qualidade de vida de cidadãos portadores de transtornos psíquicos.

A saúde mental nesta região deveria ser tratada com maior importância, levando-se em conta peculiaridades que a envolvem, caracterizada por uma mescla cultural, religiosa com diferentes etnias e, também, como vem se evidenciando, índices cada vez mais altos de violência, desemprego, narcotráfico e outros fenômenos que estão presentes no

cotidiano desta população. Esses aspectos são por nós entendidos como diretamente relacionados à condição de saúde mental da população que reside nesta área. A avaliação dos serviços de saúde constante dos órgãos responsáveis e população, faz parte do processo de planejamento e gestão, sendo capaz de subsidiar parâmetros importantes no desenvolvimento de novas estratégias e alterações no serviço de Saúde Mental e condições da AF, pois são serviços considerados indissociável no modelo de assistência atualmente praticado no país.

REFERÊNCIAS

- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. **Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde.** Cad Saúde Pública, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b3bm7Zw4cBGPTTh8WDJ6WKXw/?lang=pt>. ou <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- ALANO, Graziela; LEGUINZAMON, Débora; VARGAS, Vanessa. Revisão da farmacoterapia de Pacientes do Programa Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um Município de Santa Catarina ,Brasil. **Revista Infarma: Ciências Farmacêuticas**, Tubarão, Santa Catarina. V.29.p51-60. 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/192673343.pdf>. Acesso em 28 abr.2023.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p. 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, O.D.M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.2067-2074, 2018.
- BELLOC, M.M et.al. (orgs.). **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos.** 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, Série Atenção Básica e Educação na Saúde, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/197655/001048396.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- BOGER, B. et al. Medicamentos sujeitos a controle especial mais utilizados em Centros de Atenção Psicossocial em uma cidade do Paraná. **Visão Acadêmica**, v.18, n.4., 2017.
- BRASIL. Decreto 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 - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 1990.
- BRASIL. LEI nº 10216, 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, DF, abr 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013**. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº. 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf Acesso em: 15 de mai. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 13 de mai. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2019. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. **Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013. **Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p.71, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 39 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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.** Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso: 11 mai.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 981/2009.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da Excepcionalidade às Linhas de Cuidado: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto Nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. **Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, e dá outras providências.** 2013c Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/decreto/d8163.htm

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS.** Trabalho de Conclusão Curso. Especialização em Direito Sanitário, 2009, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.2009.

CARNEIRO, P. C. **Fronteiras irmãs: transfronteirizações na Bacia do Prata.** Porto Alegre: Ideograf, 2016.

CRUZ, Karine Dutra Ferreira da; GUERRERO, André Vinicius Pires; SCAFUTO, June; VIEIRA, Nadjanara. Atenção À Crise Em Saúde Mental: Um Desafio Para A Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago.2019. <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n.2.ensaio51>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2175-25912019000200008. Acesso: 05 de mai.2023.

FEITOSA, T. V. N. .; SILVA, G. K.; MARTINS, W. SAÚDE NAS FRONTEIRAS: UM OLHAR ÀS DIFICULDADES DOS MIGRANTES BRASILEIROS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 12, n. 34, p. 15–24, 2022. DOI: 10.5281/zenodo.7145647. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/722>. Acesso em: 5 jun. 2023.

FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. **Ética e Saúde Mental: ensaios.** 2 ed. Rio de Janeiro: Topbooks. 2001.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteira: A saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 214-226, 2007.

GARCIA, L. G. (Org.) ; SANTOS, J. D. L. B. (Org.) . **Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado** - vol.1, 2 ed.. 2. ed. Palmas: Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT, 2021. p.50,58.

GBD, 2016 - Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**; v. 392, p. 760-75, 2018.

GOMES, E. A., & AQUINO, S. L. **Da negação aos direitos a vulnerabilidade: o caso das domésticas paraguaias inseridas em foz do Iguaçu (BR)**. O social em questão. Pontifícia Universidade Católica Do Rio de Janeiro. 2021.

GUERRA, K.; VENTURA, M. “**Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países**”. Cadernos Saúde Coletiva, vol. 25, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010185> 45.

LUCCHETTA, R.C.; MASTROIANNI, P.C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Revista Ciência Básica Aplicada**, v.33, n.2, p.165-169, 2012.

MARÇAL, H.; TREVISAN, R. O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental e a construção da rede de atenção psicossocial de um município mineiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 1–20, 2023. DOI: 10.5007/cbsm.v15i42.74056. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/74056>. Acesso em: 5 jun. 2023.

MARIN, N., Luiza, V. L., Castro, C. G. S. O., & Santos, S. M. (2003). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. p 334.

MONDARDO, M. & STALIANO, P. **Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços/Health on the Brazilian Border: Public Policies and Access to Services**. Espaço Aberto, 10(01), 99-116. doi:<https://doi.org/10.36403/espacoaberto.2020.29948>

MOREIRA, D. J. M.; BOSI, M. L. M.. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.2, 2019.

NEVES, A. J et al. (Org.). **Segurança pública nas fronteiras, diagnóstico socioeconômico e demográfico: Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (Enafron)**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2016.

OLIVEIRA, L. **Migração internacional pendular em fronteira: em busca de qualificações espaciais**. Videre [Internet]. 2019;11(21):54-67, Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.30612/videre.v11i21.9069>

OPAS – Organização Panamericana de Saúde. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas.1990. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em 3 mai.2023.

- PACHÊCO, W. B.; MARIZ, S. R.. A assistência farmacêutica em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev Informa**, v. 8, n 1/2, 2006.
- PAES, P. C. D.; ORLANDO, T. S. **Escola de Redução de Danos na fronteira do Brasil com o Paraguai**. Rio de Janeiro: Psicotropicus, 2013.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.
- PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, p.601-612, 2008.
- PEREIRA, C.E.; COSTA-ROSA, C.A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.**, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012
- PORTELA, A.S. et al. Políticas Públicas de Medicamentos: trajetória e desafios, **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, n.1, v. 31, p. 09-14, 2010.
- SANTOS CT dos, Rizzotto MLF, Carvalho M de. SILVA. M. G. da, **O local e o Global na tenção das necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu**. Dissertação de Mestrado de Serviço Social, apresentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
- SANTOS, CT dos; RIZZOTTO, MLF; CARVALHO, M. de., **FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE DE MUNICÍPIOS PARANAENSES EM REGIÃO DE FRONTEIRAS (2000 – 2016)**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 24, jun. 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61110>>. Acesso em: 15 mai. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61110>.
- SANTOS, G. F. **Política de Assistência Farmacêutica e o Setor Produtivo Estatal Farmacêutico: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo – FURP**. 1996. Tese (Doutoramento). UNICAMP, Instituto de Economia, Campinas, SP
- SCHERMA, M. A.; OLIVEIRA, J. P. **Integração na fronteira Brasil-Uruguai na área da saúde: um panorama**. In: CONGRESO URUGUAYO DE CIENCIA POLÍTICA: ¿QUÉ CIENCIA POLÍTICA PARA QUÉ DEMOCRACIA?, 5., 2014, Montevidéo. Anais... Montevidéo: Aucip, 2014.
- SILVA, M. L. S.; MORAIS, M. J. Os sentidos da fronteira a partir da discussão territorial em Claude Raffestin. **Revista Geográfica de América Central**, v. 2, n. 47, p. 1-15, 2011.
- SOUZA EBC, Gemelli V. Território, região e fronteira: análise geográfica integrada da fronteira Brasil-Paraguai. **Rev Bras Estudos Urbanos e Regionais**. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2011v13n2p101>
- TRAPÉ, T.L.; CAMPOS, R.O., The mental health care model in Brazil: Analyses of the funding, Governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de saúde pública**, v.51, 21 fev.2017.
- UNASUS. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. Edufma, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10279>.
- VENANCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: IPUB-Cuca, 2001
- VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.27, p.149-156, 2010.