

XXII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS E
PROMOTORES DE JUSTIÇA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE

FLÁVIA DE ARAÚJO CORDEIRO¹

Relato de Experiência

ACOMPANHAMENTO DO ORÇAMENTO CRIANÇA E ADOLESCENTE NO
DISTRITO FEDERAL - POR UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

Comissão Temática III

Florianópolis

2008

¹ *Analista de Saúde - Psicologia

1 JUSTIFICATIVA

O presente relato de experiência é tradução do trabalho que vem sendo realizado pela Comissão de Estudos e Monitoramento do Orçamento Público destinado a Crianças e Adolescentes do Distrito Federal² (CEM-OCA), cujos integrantes fazem parte da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude e da Promotoria de Justiça de Defesa da Educação do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

Criada em 2006, a CEM-OCA atua na avaliação do Orçamento Criança e Adolescente (OCA). Iniciou a construção de uma série histórica visando garantir a prioridade absoluta da criança e do adolescente no orçamento público, influenciando o processo orçamentário, monitorando e dando visibilidade a sua execução (MPDFT, 2008).

O trabalho desenvolvido está alicerçado no fato de a Constituição Federal e de o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao adotarem a Doutrina da Proteção Integral, estabelecerem a prioridade que deve ser dada às políticas públicas infanto-juvenis mediante a destinação privilegiada de recursos públicos.

No acompanhamento que vem realizando nos últimos três anos, a Comissão tem se deparado com o déficit de serviços de saúde mental, havendo apenas dois centros de referência para toda a população infanto-juvenil.

A avaliação e o monitoramento do Orçamento Criança e Adolescente se constitui em um importante instrumento para a Comissão pelos motivos relacionados à prioridade que, por lei, deveria ser dada às políticas sociais que atendem crianças e adolescentes. Atento a essa questão, o MPDFT vem posicionando-se como parceiro da sociedade civil, propondo uma agenda específica para o tema e atuando tanto judicial como extrajudicialmente (GONTIJO, 2007).

Partindo dessas premissas, a experiência em relato descreve a avaliação da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes no Distrito Federal, adotando, para tal, a perspectiva orçamentária.

Assim, inicia-se tratando da relação entre políticas públicas, orçamento público e saúde mental. A seguir, abordam-se aspectos relacionados à saúde mental infanto-juvenil. Após, apresenta-se a Metodologia OCA. Finaliza-se com a apresentação dos resultados aferidos e com as considerações sobre as dificuldades enfrentadas na implementação das ações da CEM-OCA, seguidas de ponderações sobre a importância do acompanhamento do orçamento público no auxílio ao controle social de políticas públicas.

² Portaria PGJ n°. 1.203, de 05/12/2006.

1.1 Políticas Públicas, Orçamento e Saúde Mental

Políticas públicas podem ser compreendidas como um rol de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse social.

A implementação de uma política se dá, entre outros modos, pela via orçamentária, uma vez que não há política pública sem recursos financeiros.

O ciclo orçamentário representa, portanto, um espaço estratégico para as iniciativas de controle social das políticas públicas. Ao definir o volume de recursos alocados para cada área de atuação do Estado, o orçamento passa a ser um dos elementos determinantes da efetividade de tais políticas. Assim, o monitoramento dos gastos com políticas e programas sociais é um importante mecanismo de controle para efetivação da cidadania.

No campo da saúde, as políticas públicas têm como tarefa organizar as funções governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde da população. O Brasil pós-Constituição de 1988 sofreu profundas mudanças, com melhoria das condições de saúde e o inevitável aumento da expectativa da média de vida de seus habitantes.

Na saúde mental, o movimento da reforma psiquiátrica é o instrumento pelo qual se busca uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico, com ênfase na assistência extra-hospitalar, na readaptação do doente, e do trabalho em equipes multidisciplinares (AMARANTE, 2003, v. 3).

O Brasil não conta com uma política pública nem uma legislação nacional de saúde mental para crianças e adolescentes. Em consonância com esse panorama, o Distrito Federal tem sérias limitações em seu sistema de atenção à saúde mental infanto-juvenil, em todos os níveis de atenção, assim como uma marcada insuficiência de recursos humanos qualificados na área. Além disso, tomando como referência Couto (2004), as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes parecem ausentes dos documentos oficiais, demonstrando o lugar que ocupam na agenda das políticas públicas.

Assim como adultos, crianças e adolescentes experimentam emoções, pensamentos e comportamentos que podem indicar um estado de sofrimento psíquico. Na adolescência, problemas de comportamento, transtornos hipercinéticos, problemas emocionais, uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas; na infância, as dificuldades escolares, depressão, transtornos do desenvolvimento são alguns dos problemas de saúde mental mais comuns.

Em que pesem os avanços ocorridos após 1988, “no Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência” (DELGADO et al., 2007, p. 66). Coaduna-se com essas reflexões Santos (2006), quando ressalta que as questões de saúde mental em nosso meio têm sido bastante negligenciadas pelas políticas públicas.

Esse quadro remonta de longa data. Conforme Ribeiro (2006),

A Saúde Mental no Brasil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança, não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e psiquiatria, e quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, em 1852 – seguido de vários outros ao longo do território nacional (p. 29).

O silêncio que cerca esse campo traduz-se em timidez, descuido e isenção do poder público no tratamento de questões relativas à loucura, seus sofrimentos e angústias, quando essa atinge a população infanto-juvenil e seus familiares (CIRINO, 2004).

O monitoramento do OCA pode contribuir para revelar o perfil dos gastos públicos, expondo as reais prioridades das ações governamentais e apontando se as propostas defendidas no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentárias vêm sendo, ou não, efetivamente cumpridas.

1.2 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é o tratado de direitos humanos mais amplamente ratificado em todos os tempos, reconhecendo que crianças e adolescentes têm direito a serviços apropriados e apresentando orientações específicas para a atenção à saúde mental (CARLSON, 2001; apud WHO, 2005a).

No Brasil, signatário desse tratado, as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes compõem uma lacuna dentro das políticas públicas e dos serviços de apoio à saúde mental.

Recentemente, Lauridsen-Ribeiro e Tanaka ressaltaram que “na população infantil [...] são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais” (2005, p. 39). Os autores citam o estudo realizado por Robert et al. (1998), que demonstra a tendência dessas taxas aumentarem proporcionalmente com a idade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005b), os antecedentes das doenças mentais apresentadas por adultos podem ser detectados ainda na infância e na

adolescência. Uma boa saúde mental nessas fases é pré-requisito essencial para o melhor desenvolvimento geral do indivíduo, possibilitando, na vida adulta, além de uma boa saúde física e de um bom funcionamento psicológico, o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem, de trabalho, de auto-cuidado, de autodeterminação, de estabelecimento de relações interpessoais positivas e de participação econômica na sociedade. Os efeitos do tratamento são tanto melhores quanto mais precocemente se dá a intervenção.

Prevenir e promover em saúde mental independe de razões diagnósticas. Uma vez que existe um elevado grau de continuidade entre a saúde da criança e do adolescente e os distúrbios na fase adulta, a intervenção precoce pode evitar ou reduzir a probabilidade de comprometimento a longo prazo. Além disso, intervenções eficazes tendem a reduzir os encargos dos problemas de saúde mental (PSM) para o indivíduo e sua família, reduzindo também os custos para os sistemas de saúde e a sociedade (WHO, 2005b).

O ônus dos PSM foi, durante muito tempo, subestimado. Dados da OMS indicam que os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doenças atribuíveis a problemas mentais nas próximas décadas (KOHN, MELLO e MELLO, 2007). De acordo com Schramm et al. (2004), no Brasil, os problemas neuropsiquiátricos apresentam uma taxa de 18,6% do índice DALY³, ou seja, geram incapacitação por aproximadamente 20 anos de vida do indivíduo.

Além disso, os dados nacionais mostram que em nosso país os PSM são frequentes entre as crianças e adolescentes. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), entre 10% a 20% dessa população sofre de transtorno mental, carecendo de especial atenção do setor público.

2 OBJETIVO

Evidenciar a importância do monitoramento do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) para a garantia de políticas públicas legalmente asseguradas, destinadas à promoção do desenvolvimento infanto-juvenil, sob enfoque de prioridade absoluta e, em especial, da previsão do recurso orçamentário.

³ De acordo com SCHRAMM et al., o DALY (*disability adjusted life years*) é um “[...] indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura [...] ou incapacidade [...] em relação a uma esperança de vida ideal [...]” (2004, p. 899).

3 PÚBLICO ALVO

Magistrados, procuradores e promotores de justiça, defensores públicos, advogados, conselheiros de direitos e tutelares, técnicos e operadores das diversas áreas do Sistema de Garantia dos Direitos da Infância e da Juventude.

4 POPULAÇÃO ABRANGIDA E PERÍODO DE IMPLANTAÇÃO

Crianças e adolescentes residentes no Distrito Federal nos anos de 2005, 2006 e 2007.

5 METODOLOGIA

Adotou-se como estratégia de monitoramento dos gastos com saúde mental de crianças e adolescentes do Distrito Federal a Metodologia Orçamento Criança e Adolescente (Metodologia OCA), formulada pela Fundação ABRINQ, UNICEF e INESC (2005), cujo objetivo é organizar, selecionar e apurar as informações contidas no orçamento público de forma a esclarecer o que se destina à promoção e ao desenvolvimento de crianças e adolescentes.

A Metodologia considera tanto os gastos e ações que beneficiam direta e exclusivamente a criança e o adolescente (por exemplo, educação infantil, erradicação do trabalho infantil), como as ações voltadas para melhoria das condições de vida das famílias, que, indiretamente, favorecem o desenvolvimento e a proteção da criança e do adolescente. Nesse sentido, o OCA é composto por dois sub-grupos:

- Orçamento Criança e Adolescente Exclusivo (OCA-E), que contém as ações voltadas diretamente para a promoção da criança e do adolescente.
- Orçamento Criança e Adolescente Não Exclusivo (OCA-NE), composto por ações dirigidas para a promoção das condições de vida da família. É obtido aplicando-se o índice de proporcionalidade, que considera a razão entre a população de 0 e 18 anos de idade e o total de habitantes do Distrito Federal.

A apuração do OCA-Saúde Mental envolveu, sinteticamente, as seguintes etapas:

- Obtenção dos dados orçamentários na base de dados do Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO. Trata-se de sistema de teleinformática

que processa a execução orçamentária, financeira, patrimonial e contábil do Distrito Federal.

- Identificação do projeto com classificação funcional-programática correspondente ao programa de assistência à saúde mental.
- Em virtude de não ser possível identificar precisamente o que se destinava à criança e ao adolescente, utilizou-se o cálculo da proporcionalidade, verificando tratar-se de orçamento não exclusivo.
- Levantamento dos valores empenhos liquidados em cada ano.
- Consolidação dos resultados nos relatórios padronizados e validação do seu conteúdo e dos resultados apurados.

A base de dados utilizada para o cálculo dos índices de proporcionalidade foi o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴

A Metodologia OCA encontra-se descrita e detalhada na publicação “De Olho no Orçamento Criança” (UNICEF, FUNDAÇÃO ABRINQ, INESC, 2005).

6 PARCEIROS ENVOLVIDOS

Integrantes da Comissão de Estudos e Monitoramento do Orçamento Público destinado a Crianças e Adolescentes do Distrito Federal (CEM-OCA) do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

7 RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS E EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Não houve necessidade de equipamentos especiais ou aporte de recursos humanos e financeiros para a realização do trabalho.

8 RESULTADOS AFERIDOS NA APURAÇÃO DO OCA-SAÚDE MENTAL NO PERÍODO 2005-2007

O OCA-Saúde Mental é de caráter não-exclusivo, ou seja, calculado proporcionalmente à população de crianças e adolescentes do Distrito Federal, visto não haver indicação nos dados orçamentários se essa política é voltada exclusivamente para a

⁴ Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso: mar. 2008.

população infanto-juvenil. A tabela 1 apresenta dados referentes aos anos de 2005, 2006 e 2007.

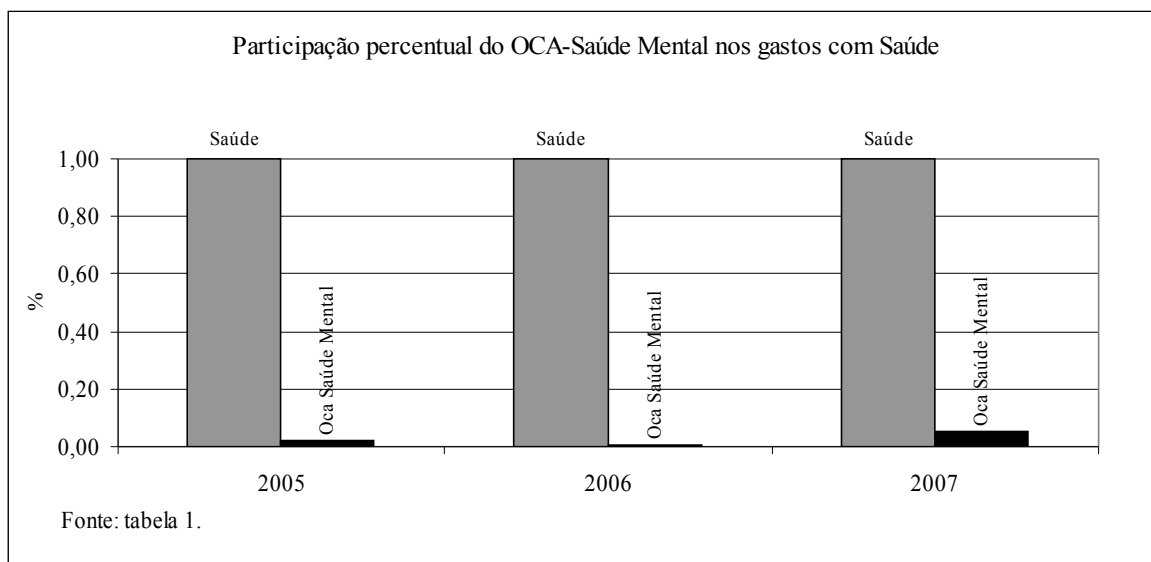
Tabela 1
Apuração do OCA-Saúde Mental no período 2005-2007

Ano	Orçamento Geral da Saúde (liquidado) R\$	Orçamento Saúde Mental (liquidado) R\$	OCA Saúde Mental	
			R\$	% ⁽¹⁾
2005	1.015.635.100,11	571.365,02	211.405,06	0,021
2006	1.184.471.637,25	107.501,47	39.775,54	0,003
2007	1.471.961.182,95	2.168.771,73	802.445,54	0,054

(1) Participação no Orçamento Geral da Saúde.

Acompanhando o último triênio, não obstante o discreto crescimento, observa-se que os gastos com a saúde mental para crianças e adolescentes são pouco expressivos (tabela 1). A participação das despesas do OCA-Saúde Mental dentro do orçamento público está representada no gráfico 1, que revela a modesta representatividade do OCA-Saúde Mental frente aos gastos com saúde.

Gráfico 1



Dados mundiais sugerem uma prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em torno de 20% (WHO, 2005a). No entanto, o Distrito Federal não possui levantamento do número de crianças e adolescentes acometidos de transtornos mentais, indicador importante quando se trata da avaliação custo-efetividade dos investimentos em saúde (WHO, 2006).

Diante dessas evidências, infere-se que, no Distrito Federal, a atenção em saúde mental para pessoas menores de 18 anos ainda não goza da prerrogativa de destinação privilegiada de recursos públicos, gerando um obstáculo à prestação de cuidados e ferindo as normas legais que tratam da formulação e da execução de políticas públicas para a infância e a juventude.

9 DIFICULDADES ENFRENTADAS

Hoje, um dos maiores obstáculos para a área de saúde mental é, sem dúvida, a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades (WHO, 2005b).

Por conseguinte, um dos trabalhos da Comissão consiste em enfrentar os desafios para a efetivação da saúde mental como direito, garantindo a equidade de acesso, a integralidade da atenção e a universalidade do serviço.

Inicialmente, constata-se que a ausência de um orçamento próprio para os serviços de saúde mental para criança e adolescente, com classificação funcional-programática específica, constitui um obstáculo à transparência, dificulta o monitoramento direto das despesas com PSM de crianças e adolescentes e dos programas e serviços com maiores necessidades de investimentos.

Além disso, ao fundirem-se com o orçamento de saúde mental em geral, as ações voltadas para a infância e a juventude correm o risco do subfinanciamento de seus serviços, uma vez que encontram-se conjugadas às demais.

Via de regra, serviços de saúde mental possuem um alto custo, geralmente representado pelos gastos com recursos humanos. A insuficiência de meios financeiros gera, conseqüentemente, um déficit na quantidade de profissionais e uma descontinuidade das ações de capacitação e aprimoramento.

Observa-se também que a falta de dados epidemiológicos permite que os gastos sejam formulados sem uma compreensão das necessidades da clientela, pois não examina as informações sobre prevalência e incidência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes e suas respectivas demandas de tratamento.

Finalmente, o acompanhamento do processo orçamentário revela a necessidade de elaboração de diretrizes para a área de saúde mental. Para tal, um órgão que ainda se mostra tímido nesse processo é o Conselho de Direito da Criança e do Adolescente do

Distrito Federal (CDCA), instância de caráter deliberativo e controlador das políticas públicas.

9.1 Considerações Finais

A Doutrina de Proteção Integral propõe olhar para toda criança e adolescente como prioridade nas políticas públicas por sua condição peculiar de desenvolvimento.

O ECA, ao dispor sobre direitos fundamentais, destaca, entre outros, o direito à saúde, a ser efetivado mediante políticas públicas, sem prejuízo da proteção integral que preceitua.

Enquanto dever do Estado, a atenção à saúde, incluindo a saúde mental, deve estar constar do elenco de disposições e procedimentos que retratam os compromissos da governamentais. Financiamento adequado e sustentado é um dos fatores mais importantes na implementação de uma política para a infância e a juventude.

Compreendendo que a fixação de despesas evidencia as ações prioritárias para a administração, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios tem procurado fomentar o controle social de políticas públicas pela ótica orçamentária. Assim, vem utilizando a Metodologia OCA como uma nova ferramenta no monitoramento de ações em favor da infância e da juventude.

O trabalho ora relatado reforça a convicção no acompanhamento do OCA como importante mecanismo de controle de políticas públicas e dos direitos reflexos a estas, utilizando a tutela do orçamento no auxílio à efetivação de direitos de crianças e adolescentes.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Saúde mental, políticas e instituições*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.v. 3.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 2007.

_____. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo. Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CIRINO, Oscar. Apresentação. In: FERREIRA, Tânia (Org.). *A criança e a saúde mental – enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 9-12.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tânia (Org.). *A criança e a saúde mental – enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-72.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 2.

FUNDAÇÃO ABRINQ, UNICEF, INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *De Olho no Orçamento Criança: atuando para priorizar a criança e o adolescente no orçamento público*. São Paulo: Unicef, Fundação Abrinq, Inesc, 2005.

GONTIJO, Jaqueline Ferreira. *Ministério Público, Controle Social e Orçamento Criança e Adolescente*. 2007. 71 p. Monografia submetida à Universidade de Brasília para obtenção do título de especialista em Direito Constitucional Contemporâneo. Brasília, 2007.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Yoshimi. *Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume, 2005.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 10.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Comissão de Estudos e Monitoramento do Orçamento Público destinado a Crianças e Adolescentes do Distrito Federal. *Orçamento criança e adolescente do Distrito Federal: uma experiência que dá frutos*. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/orgaos/promoj/infancia/oca/oca_uma_experiencia.pdf>. Acesso em 09 mar. 2008.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

SANTOS, Patrícia Leila dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental health context: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: 2005.

_____. *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva: 2005.

_____. *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva: 2006.