

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

LIONARA DE CÁSSIA PAIM MARINHO

**GESTÃO DO RECURSO FEDERAL DESTINADO AOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS**

Porto Alegre

2015

LIONARA DE CÁSSIA PAIM MARINHO

**GESTÃO DO RECURSO FEDERAL DESTINADO AOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade a distância no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração/UFRGS– Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Tutor Orientador: Gímerson Erick Ferreira

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Anita, por ser “retaguarda” e porto seguro em todas as minhas conquistas.

Ao meu marido André, por ser meu constante incentivador, parceiro e pai dedicado nos momentos de ausência.

Aos meus filhos, Douglas e Helena, que, apesar das reclamações, estão crescendo e observando minha dedicação aos estudos apesar dos compromissos inerentes à vida familiar e profissional.

A colega e amiga Adriana Krum (Zuca) por todas as vezes que me auxiliou nas pesquisas, nos trabalhos e nos caminhos para as fontes de informação.

Aos colegas Dieisson Morgan e Luciele Oliveira pela parceria no decorrer do curso.

A Daniele Dalla Porta pela ajuda com o abstract.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, pelo acesso a fontes de consulta.

Ao orientador, Prof. Roger dos Santos Rosa, ao tutor orientador, Gímerson Erick Ferreira e à coordenadora de tutoria Rita Nugen por todas as contribuições.

E a Deus, por tudo!

“Llegué a presidente de mi país ,pobre. Me voy igual que cuando llegué, pobre. No os puedo definir cuanto de rico soy ahora a haber contribuído a servir a mi país y no haber cambiado”.

(José Mujica)

RESUMO

Os programas estratégicos do Ministério da Saúde são custeados com recursos provenientes do governo federal. O financiamento dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) passou a ser baseado em valores fixos e destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial (privilegiando a saúde) a partir da Portaria 3.089/2011, deixando para trás o repasse financeiro por procedimento (sistema APAC) que “privilegiava” a doença. Este trabalho buscou descrever a aplicação dos recursos destinados pelo governo federal aos CAPS, a fim de verificar se o gerenciamento estava adequado às necessidades dos mesmos no município de Santa Maria – RS em 2012. As fontes dos dados foram os relatórios de gestão financeira do recurso destinado mensalmente aos CAPS e os relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2012, memorandos com solicitações de materiais, o relatório final na III Conferência Municipal de Saúde Mental realizada em 2010, além de consulta ao Fundo Estadual de Saúde para verificar o repasse do recurso ao município. Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental. Os resultados apontaram que as solicitações dos serviços foram atendidas em parte, havendo necessidade de adequação da aplicação deste recurso às ações preconizadas pela política nacional de saúde mental. Observaram-se dificuldades para a aquisição de materiais para oficinas e para o desenvolvimento de atividades no território de abrangência, poucos investimentos em educação permanente, gastos expressivos com pagamento de pessoal, incompletude das equipes necessárias e dificuldades relacionadas a transporte.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Gastos em saúde, Saúde mental.

ABSTRACT

The strategic programs of the Ministry of Health are funded with resources from the federal government. The financing of CAPS (Psychosocial Care Centers) became based on fixed values and allocated to fund the psychosocial care activities (favoring health) from the Ordinance 3089/2011, leaving behind the financial transfer procedures (APAC system) that "privileged" disease. This study aimed to describe the use of funds allocated by the federal government to the centers in order to verify that the management was adequate to their needs in Santa Maria - RS in 2012. The sources of data were the financial management reports feature allocated monthly resources to CAPS and Municipal Health Management Reports of 2012, memos with requests for materials, the final report at the Third Municipal Conference on Mental Health held in 2010, as well as consultation with the State Health Fund to check the transfer of appeal to the municipality. It is a descriptive and documentary research. The results showed that requests the services have been met in part, requiring adaptation of the application of this feature to the actions recommended by the national mental health policy. Difficulties were observed in procurement of materials for workshops and the development of activities in the territory covered, few investments in lifelong learning, significant personnel expenses to pay, incompleteness of the necessary staff and difficulties related to transportation.

Keywords: Health management, Psychosocial Care Centers, Health Expense , Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Macrofunções Gestoras em Saúde.....	18
Quadro 2: Valores repassados aos Caps.....	20
Quadro 3: Solicitações dos Caps no ano de 2012	27
Quadro 4: Relatórios de Pagamentos do Governo Federal ao Município de Santa Maria no ano de 2012.....	30
Quadro 5: Relatórios de Gestão Financeira do ano de 2012	31
Quadro 6: Síntese a Portaria 448/2002 com adequação aos CAPS.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
PIB	Produto Interno Bruto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
III CSM	Terceira Conferência Municipal de Saúde Mental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 CONTEXTO	14
4.1 O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA	14
4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	15
4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	16
4.4 GESTÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE	17
4.5 SAÚDE MENTAL E RECURSOS FINANCEIROS	20
4.6 A PORTARIA 448/2002.....	24
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
6 RESULTADOS.....	27
7 DISCUSSÃO.....	32
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A	44

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde que foi criado para substituir as internações psiquiátricas de longa permanência. Constitui-se em um serviço de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a sua permanência num dispositivo de cuidado comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2014). Os CAPS AD atendem usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas utilizando-se de um planejamento terapêutico construído sob uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Existem ainda CAPS I, em cidades com menos de setenta mil habitantes que atendem a usuários com transtornos de qualquer tipo; CAPS II, em municípios com população compreendida entre setenta e duzentos mil habitantes onde são atendidos adultos com transtornos mentais severos; CAPS i, que realiza atendimento diário de crianças e adolescentes e CAPS III, que funciona durante vinte e quatro horas, nos sete dias da semana, atendendo a população adulta de referência.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL,2014).

O município de Santa Maria possui seis estabelecimentos que compõem os Serviços de Saúde Mental: dois CAPS ad II (álcool e drogas), um CAPS II para transtornos mentais graves e um CAPS para Crianças e Adolescentes (todos cadastrados no Ministério e recebem verba própria para custeio). Além desses serviços existe um Ambulatório de Saúde Mental para transtornos leves, cuja existência é anterior a dos CAPS e que funciona sob a lógica de agendamentos e de atendimentos individuais. Foi criado no ano de 2013, ainda, o Acolhe Saúde, destinado ao atendimento exclusivo de vítimas e familiares do incêndio da boate Kiss.

As ações e serviços de saúde, implantados pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os CAPS recebem financiamento regulamentado pela Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde que institui repasse financeiro fixo para CAPS credenciados por esse Ministério, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial. Entretanto o que se observa é que há uma dificuldade relativa ao emprego do recurso para suprir as necessidades e demandas destes Serviços o que gera desmotivação nos funcionários e diminuição da qualidade do serviço ofertado ao público. Nesse sentido, o presente estudo busca analisar o emprego do referido recurso a fim de identificar se a sua operacionalidade está de acordo com as necessidades dos CAPS.

2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de que os recursos financeiros destinados aos CAPS sejam aplicados considerando o que rege a Portaria 448/2002 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, as necessidades dos CAPS e a Portaria 3.088/2011 que dispõe sobre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Acredita-se que, desse modo, seja possível potencializar ações de saúde mental priorizando atividades de clínica ampliada e rompendo com o modelo assistencial vigente que ainda está focado na doença. Os CAPS, tanto em Santa Maria quanto em outros municípios (apontados por estudos realizados nestes locais), tem sido vistos pelos gestores como unidades de saúde tradicionais e isso tem causado dificuldades entre servidores e gestão no que concerne ao entendimento do papel destes Serviços de Saúde e, por consequência, no entendimento de suas necessidades. Desse modo a questão que norteia este trabalho é a seguinte: os recursos destinados aos CAPS pelo governo federal estão sendo utilizados adequadamente pelo município considerando as necessidades destes serviços?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a aplicação do recurso destinado pelo governo federal, mensalmente aos CAPS, no ano de 2012, a fim de se verificar se este gerenciamento está adequado às necessidades dos CAPS no Município de Santa Maria.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Relacionar as necessidades de operacionalização (materiais para oficinas, manutenção dos prédios, aprimoramento da equipe, transporte entre outros) dos CAPS no município de Santa Maria.

b) Verificar quanto é repassado em recursos financeiros, pelo governo federal, ao município de Santa Maria - RS, com destino aos CAPS.

c) Verificar se o emprego do recurso financeiro fixo para os CAPS, destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial, conforme Portaria 3.089/2011, atende as necessidades dos serviços.

4 CONTEXTO

4.1 O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

O município de Santa Maria está localizado no centro-oeste geográfico do Estado do Rio Grande do Sul, considerado local estratégico em termos da integração do MERCOSUL, com uma logística que permite fácil acesso às demais regiões do país. Santa Maria constitui a cidade mais importante do centro do estado do Rio Grande do Sul, sendo a mais urbanizada e populosa. O PIB do Município a preços correntes é de R\$ 4.103.230,00 em 2013. Conforme o Censo de 2010, Santa Maria é o quinto município do Estado em número de habitantes. Tem uma população estimada em 282.368 mil habitantes, área territorial de 1.788,121 km², densidade demográfica 145,98 hab/km² e índice de desenvolvimento humano municipal (2010) de 0,784 (ADESM, 2014).

Santa Maria tem uma base econômica essencialmente mantida pelo setor terciário. Ele responde por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa da cidade. Os serviços públicos federais são constituídos pela Universidade Federal de Santa Maria, pelas Unidades do Exército (11 quartéis), e uma unidade de Base Aérea. Conta ainda com duas escolas de formação militar (Colégio Militar – Exército e Colégio Tiradentes – Brigada Militar) e com um quartel base da Brigada Militar, onde são realizados os cursos de formação dos novos soldados e cursos específicos na graduação de sargentos (FAMURS, 2014).

Concentra um importante núcleo universitário com importantes centros de formação superior nas modalidades presencial e à distância. Na formação básica, conta com um grande número de escolas de Ensino Fundamental e Médio (municipais, estaduais e federais) que contribuem de forma significativa para a economia do município. Por fim, possui escolas técnicas e de formação profissional nos moldes do Sistema “S” do Governo Federal.

Outras importantes fontes de recursos financeiros são o comércio (intenso e variado), o setor da saúde, que concentra serviços com grandes especialidades e em todos os setores de complexidade (são hospitais de referência na região: Hospital Universitário, Hospital de Caridade e Hospital Casa de Saúde), juntamente com o setor educacional, já citado acima. Estes, em conjunto, são responsáveis por um grande número de postos de trabalho e, por isso, a cidade é considerada um centro prestador de serviços comerciais, educacionais, médico-hospitalares e militares, sendo também um ponto de cruzamento rodoviário (federal e estadual).

No que concerne à saúde, o município não dispõe de uma rede informatizada e este fato dificulta o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados além de tornar difícil a implantação da integralidade do cuidado. Isso dificulta, ainda, o trabalho em rede e suscita a repetição de alguns procedimentos tendo em vista a dificuldade do cruzamento de informações. Apresenta características muito tradicionais com atendimento de livre demanda, com filas de espera, dificuldade no agendamento de especialidades e encaminhamento de usuários a outras localidades para realização de exames.

4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A RAPS constitui-se em uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de drogas. A RAPS considera as especificidades regionais e os serviços de base comunitária. Entre os seus objetivos estão a ampliação do acesso à atenção psicossocial; a promoção do vínculo dos usuários e suas famílias aos pontos de atenção; a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território e a qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento e da atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os serviços que compõem a RAPS atravessam os três níveis de atenção, sendo eles na atenção primária: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura. No nível secundário de atenção estão os Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), e Urgências e Emergências de Hospitais gerais, Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial. Por fim, em nível terciário, enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ainda compõem a rede, as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial.

4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde abertos e comunitários que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Constituem-se referência no tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os CAPS ad atendem usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas utilizando-se de um planejamento terapêutico construído sob uma perspectiva individualizada de evolução contínua (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 2004).

No que concerne às atividades coletivas desenvolvidas nos CAPS, destacam-se as oficinas terapêuticas, os encontros e os passeios externos aos CAPS, as festividades em datas comemorativas, as assembleias, as reuniões e as atividades artísticas (expressão corporal, gestual, musical). Para Tavares (2003), a arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos e engendrar territórios inexplorados. O seu valor na reabilitação está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais.

As oficinas terapêuticas possibilitam a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além de fortalecer a autoestima e a autoconfiança. As oficinas em Saúde Mental são consideradas terapêuticas quando possibilitam aos usuários um lugar de fala, expressão e acolhimento. Exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial e constituem uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Essas atividades são programadas mediante o interesse dos usuários, as possibilidades dos técnicos ou as necessidades do serviço no projeto terapêutico (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). A reabilitação psicossocial se efetiva por meios operacionais em que se destacam as

oficinas terapêuticas, caracterizadas pelo Ministério da Saúde como atividades grupais destinadas à socialização familiar e social dos usuários, à expressão de sentimentos e emoções, ao desenvolvimento de habilidades, de autonomia e ao exercício da cidadania. Além de emergir como elementos organizadores do cotidiano dos serviços de atenção diária de saúde mental, as oficinas são entendidas como espaços de produção e manejo de subjetividades e de reconstrução de vínculos (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

Para que o funcionamento da rede de atenção aconteça, o CAPS precisa conhecer e interagir com as equipes de atenção básica; estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica; realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

4.4 GESTÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a instituição de seus princípios representam a consolidação das lutas pela democratização do acesso à saúde, impulsionado pelo movimento da reforma sanitária. Paralelamente, na área de saúde mental, consolidou-se o movimento da reforma psiquiátrica, que mobilizou um importante debate em torno do resgate da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental. Foram criadas políticas específicas de saúde mental no contexto do SUS e o desenho da política nacional de saúde mental privilegiou a municipalização dos serviços evolutivos aos hospitais psiquiátricos seguindo a descentralização da saúde em geral (SIMON; BAPTISTA, 2011).

No SUS existem três níveis de gestão com competências políticas e financeiras distintas os quais são descritos a seguir. Na esfera Federal, o gestor é o Ministério da Saúde. É responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normatização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Na esfera Estadual, o gestor é a Secretaria

Estadual de Saúde que responde pela formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível estadual além do financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados (BRASIL, 2007).

Em âmbito municipal, o gestor é a Secretaria Municipal de Saúde a qual é responsável pela formulação da política municipal de saúde e pela provisão das ações e serviços de saúde financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS. Os recursos públicos destinados às ações e aos serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da união quanto dos estados, distrito federal e municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde (BRASIL, 2007).

Simon e Baptista (2011) realizaram um estudo que buscou identificar as estratégias da política de saúde mental adotadas no âmbito dos estados em 24 unidades federativas e o que se observou foi que a atuação dos estados brasileiros na política de saúde mental é marcada pela heterogeneidade de fazeres e práticas. A apresentação dos resultados obtidos está estruturada com base nas macrofunções gestoras em saúde no quadro abaixo.

Quadro 1 – Macrofunções Gestoras em Saúde

MACROFUNÇÕES GESTORAS EM SAÚDE			
MACROFUNÇÕES	PRINCIPAIS ASPECTOS	PAPEL DOS ESTADOS NA SAÚDE MENTAL	BALANÇO DA ATUAÇÃO DOS ESTADOS
Formulação De Políticas e Planejamento	-Estruturação e características da CSM; -Elaboração de plano de saúde mental; -Articulação do plano com a regionalização em saúde.	-A maior parte das coordenações existe, em média, há mais de 10 anos; -Em 11 estados, os primeiros planos de saúde mental foram apresentados nos anos 2000; - Incipiente discussão sobre a política regional e a área de saúde mental.	-Em processo de consolidação e amadurecimento da função.
Coordenação Federativa	-Reestruturação da assistência em saúde mental; -Mecanismos de organização do sistema de referência e contrarreferência entre serviços de saúde mental; -Intersetorialidade; -Participação social.	-Liderança de alguns estados no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica anterior ao PNASH; -Concentração das centrais de regulação de internações nos estados da região sudeste; -Dificuldades para diminuir as reinternações; -Articulação com diversos atores no desenvolvimento de projetos de saúde mental; -A maioria dos estados desenvolve ações que integram a comunidade na discussão da política de saúde mental.	-Em processo de consolidação e amadurecimento da função.

Financiamento	-Participação no financiamento do SUS; -Critérios utilizados para a alocação de recursos próprios destinados às ações de saúde mental; -Promoção da PPI.	-Fragilidade dos estados no financiamento em saúde mental.	-Muito incipiente
Monitoramento e Acompanhamento	-Mecanismos e instrumentos Utilizados para o acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde mental; -Acompanhamento e avaliação de indicadores dos serviços de saúde mental.	-A maioria das coordenações emite relatórios técnicos contendo o acompanhamento e monitoramento da política de saúde mental, embora com pouca divulgação às coordenações municipais; -Principais tipos de acompanhamento e monitoramento: supervisão clínico-institucional, elaboração de diagnósticos; controle da distribuição de medicamentos psiquiátricos nos municípios; -Pouca disponibilidade de profissionais, dificuldade dos CAPS de se constituir como um serviço de atenção à crise, modelo assistencial ainda reflete tendência à internação.	-Papel atuante no controle dos serviços
Prestação de Serviços	-Prestação de ações e serviços, por meio de órgãos da administração direta ou indireta vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, nos diversos campos da atenção à saúde mental.	-A maior parte das coordenações possui a gestão de um serviço de saúde mental; -Forte peso da gestão estadual de leitos SUS; -Definição de serviços de saúde mental de iniciativa estadual em 13 estados.	-Papel atuante em alguns estados.
<p>CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CCSM: Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental; CSM: Coordenação de Saúde Mental PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares; PPI: Programação Pactuada e Integrada; SUS: Sistema Único de Saúde.</p>			

Fonte: Simon e Baptista, 2011.

Apesar das normativas da política de saúde mental destacarem a necessidade do repasse de recursos financeiros das secretarias estaduais aos municípios e de definirem um percentual mínimo nos respectivos orçamentos anuais e plurianuais para a saúde mental, esta é uma função ainda frágil no âmbito dos estados. Essa discussão surge mais incisivamente no momento de pactuação para distribuição dos recursos destinados à área, porém, não garante a entrada de recursos novos (SIMON; BAPTISTA, 2011).

A análise do papel dos estados permite inferir que a superação dos desafios inerentes ao processo de condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios na elaboração de políticas que atendam à especificidade

de cada região, macro ou micro, e da promoção de um planejamento ascendente e participativo. Também é urgente o desenvolvimento de uma política de investimentos para o setor que favoreça um papel mais ativo dos estados no financiamento em saúde mental, possibilitando investimentos na rede extra-hospitalar e a pactuação de novos compromissos para o desenvolvimento da política (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Percebe-se então que a função financiamento é a mais frágil de todas o que compromete qualquer projeto de mudança mais contundente no desenho do modelo assistencial. A saúde mental encontra dificuldades importantes para garantir incentivos e recursos novos no contexto do SUS. Finalmente, deve-se superar a existência da cultura institucional que gera seu enfrentamento para a continuidade de uma reforma compromissada com os princípios do SUS e de uma assistência humanizada aos usuários dos serviços de saúde mental (SIMON; BAPTISTA, 2011).

4.5 SAÚDE MENTAL E RECURSOS FINANCEIROS

No que concerne ao financiamento dos CAPS, a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, estabelece um novo tipo de financiamento que institui repasse financeiro fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme a seguinte descrição:

Quadro2–Valores repassados aos CAPS.

Tipo de CAPS	Cobertura Populacional	Capacidade de atenção	Custeio Mensal
CAPS I	Atende municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.	20 usuários por turno. Máximo: 30 usuários/dia.	R\$ 28.305,00
CAPS II	Atende municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.	30 usuários por turno. Máximo: 45 usuários/dia.	R\$ 33.086,25
CAPS III (24h)	Atende municípios com população acima de 200.000 habitantes.	40 usuários por turno. Máximo: 60 usuários/dia.	R\$ 54.123,75
CAPS i	Atende crianças e adolescentes em população estimada de 200.000 habitantes.	15 usuários por turno. Máximo: 25usuários/dia.	R\$ 32.130,00
CAPS ad	Atende usuários/dependentes de drogas em municípios com mais de70.000 habitantes.	25 usuários por turno. Máximo: 45usuários/dia.	R\$ 39.780,00
CAPS ad III (24h)	Atende usuários/dependentes de drogas em municípios com mais de 200.000 habitantes.	40 usuários por turno. Máximo: 60 usuários/dia.	R\$ 67.511,20

Fontes: Ministério da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2002.

Estes recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos estados, distrito federal e municípios. São transferidos de modo regular, automático e direto para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, como contrapartida federal de custeio dos CAPS municipais e estaduais, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para nortear a classificação dos recursos, foi editada pela Secretaria do Tesouro Nacional a Portaria 448, de 13 de dezembro de 2002, que divulga o detalhamento das naturezas de despesa: 39030 - material de consumo, 339036 – outros serviços de terceiros pessoa física, 339039 - outros serviços de terceiros pessoa jurídica e 449052 - equipamentos e material permanente, para fins de utilização pela união, estados, distrito federal e municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona (BRASIL, Ministério da Fazenda, 2014).

Antes de abordar diretamente a questão dos recursos financeiros e sua utilização pelos CAPS, pretende-se fazer um breve relato acerca da proposta de descentralização na administração pública. De acordo com Mello (1991), a descentralização das funções de planejamento e administração permite aos líderes locais distribuir os serviços públicos mais eficientemente dentro comunidades e de acordo com as necessidades regionais. Alguns benefícios vislumbrados com a descentralização são os seguintes: diminuição das severas limitações do controle do planejamento nacional centralizado, diminuição dos efeitos negativos da burocracia, contribuição para a melhoria da capacidade administrativa e técnica dos governos locais. Uma estrutura governamental descentralizada é indispensável à participação cidadã no processo de planejamento e administração do desenvolvimento.

Nesse sentido, a Norma Operacional Básica nº 1/93 (NOB 01/93), do Ministério da Saúde, buscou disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde com o intuito de resgatar paulatinamente o processo de descentralização do SUS, introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo. No entanto, em janeiro de 1997, apenas 144 municípios se classificavam na categoria de maior autonomia de gestão, para os quais eram efetuados repasses “fundo a fundo”, conduzindo ao entendimento de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que, as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirirem maior grau de autonomia de gestão (FREIRE, 2004).

O fato de o Brasil ser um país continental, com elevado grau de desigualdades entre regiões e mesmo entre municípios do mesmo estado parece justificar a morosidade e a

discrepância do processo descentralizador em todo o território nacional. Além disso, os critérios utilizados para a distribuição dos recursos federais aos estados e aos municípios podem, dependendo de como o processo for conduzido, ser insuficientes para diminuir as iniquidades na alocação dos recursos públicos (FREIRE, 2004).

Aqui, identifica-se a necessidade de se fazer uma distinção entre financiamento, remuneração, pagamento e alocação de recursos. De um modo geral, descreve-se financiamento como um conjunto de recursos que, somados, irão custear o setor. A remuneração e o pagamento são definições quase sinônimas e referem-se à destinação do recurso financeiro ao prestador em troca do serviço previamente efetuado. A expressão “alocação de recurso” é utilizada com referência ao método e ao momento no qual se opera a destinação do recurso ao serviço sanitário, ou seja, a relação entre o órgão financiador e o serviço de saúde (FREIRE, 2004).

Para Freire (2004), o sistema de alocação de recursos a serviços de saúde são as diferentes maneiras de proceder ao repasse financeiro do órgão financiador aos estabelecimentos de saúde, com o objetivo de custear os serviços que foram ou serão desenvolvidos no atendimento ao usuário. Desse modo, Freire (2004), cita Arouca (2003) para expor a idéia de que “a atenção ao usuário sob a égide da Reforma Sanitária transcende o sistema de saúde apenas e incorpora intersetorialidade”, ou seja, estabelece interfaces com educação, emprego, habitação, alimentação, entre outros.

Seguindo essa linha de pensamento e transpondo-a aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, entende-se que este é um processo que não se restringe exclusivamente à diminuição de leitos hospitalares, à desospitalização e à criação de centros de atenção psicossocial. Ainda que fosse assim, correr-se-ia o risco da remuneração dos serviços de atenção psicossocial, conforme os moldes do SUS, significar uma contradição na proposta de atuação dos CAPS, que é oferecer uma atenção voltada para a produção de vida, de invenção de novas práticas singulares, que transcendem o campo da saúde.

Nesse sentido um novo modelo no repasse dos recursos foi estabelecido pela NOB 01/96 com a criação do Piso de Atenção Básica cuja maior novidade foi a ampliação dos recursos “fundo a fundo”, ou seja, nos repasses federais direta e automaticamente deslocados aos estados e municípios. Esta mudança de modelo, somada aos objetivos estratégicos, emergiram como elementos norteadores do protótipo assistencial. Entre os objetivos estratégicos pode-se citar: a melhora das condições de acesso e utilização de atenção à saúde pelo incentivo à ampliação da oferta de serviços ambulatoriais, mudança no perfil das despesas pela introdução de práticas preventivas e de serviços substitutivos de menor custo, inserção da

oferta de serviços no território com os espaços e condições que compõem a vida cotidiana dos usuários, geração de um círculo virtuoso do gasto em saúde pela multiplicação de ações de prevenção e promoção da saúde (FREIRE, 2004).

Esse novo paradigma de assistência mostra certas semelhanças de atuação como o modelo que permeia a proposta de atuação dos CAPS, como: a inserção de serviços no território, nos espaços de vida cotidiana dos usuários, a priorização de ações de prevenção e promoção da saúde e a introdução de práticas que promovam a emergência de serviços substitutivos, pelo fato de serem menos custosos ao sistema. Essas características também dizem respeito à lógica dos serviços de atenção psicossocial, constituindo-se em uma inovação no campo da saúde mental.

Todos os programas estratégicos do Ministério da Saúde são custeados com recursos provenientes do governo federal. Identifica-se um salto de qualidade no que concerne ao financiamento dos CAPS, que, a partir da Portaria 3.089/2011, passou a ser fixo e destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial (privilegiando a saúde), deixando para trás o repasse financeiro por procedimento (APACs), estabelecido pelas Portarias 189/2002 e 336/2002, que privilegiava a doença. Esse tipo de recurso é destinado exclusivamente para o custeio dos CAPS. Além desses programas serem privilegiados pelo governo federal, que assume predominantemente o ônus pelo seu financiamento, o recurso repassado pela união só poderá ser utilizado para o custeio dos CAPS e não para outros fins. É o que se convencionou denominar “verba carimbada” (FREIRE, 2004).

Apesar de haver todo esse cuidado em relação à destinação deste recurso, o que se identifica no dia-a-dia dos serviços de saúde mental está longe do esperado. Luzio e L’Abbate (2009) referem, num estudo realizado em municípios paulistas de pequeno e médio porte, que a saúde mental não é prioridade para os gestores e que se tem caminhado lentamente na direção dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Fonseca e Ferreira (2009) investigaram os níveis de eficiência na utilização dos recursos da saúde em microrregiões do estado de Minas Gerais e constaram que é necessário atentar mais para a operacionalização do emprego dos recursos bem como para os instrumentos de planejamento, controle e avaliação, por parte dos diferentes gestores do sistema, evidenciando a necessidade de maior racionalidade na alocação dos mesmos, tornando fundamental o acompanhamento das estruturas de receita e despesa da saúde.

Consoli et al. (2009) realizaram um trabalho intitulado “Saúde Mental nos Municípios do Alto Uruguai – RS: um diagnóstico na reforma psiquiátrica” e evidenciaram que somente um município tinha verba própria para a saúde mental, englobada na Saúde Pública.

Identificaram também um descompasso entre as internações psiquiátricas e os serviços substitutivos. Os autores citam que o relatório OMS/OPAS preconiza que o financiamento na área da saúde mental deva ser efetivamente destinado aos serviços através de especificação técnica de critérios integrantes de um pacote geral de intervenções essenciais, para que o setor público se comprometa efetivamente a financiar, estando ou não especificada no orçamento, a quantia a ser aplicada nestes serviços. O documento ressalta a necessidade de melhorar a alocação arbitrária ou simplesmente histórica de recursos e que a Reforma Psiquiátrica tem como palco o município.

Pelisoli et al. (2007) avaliaram a satisfação e o impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental e identificaram como aspectos importantes, além do cuidado aos pacientes crônicos, as dificuldades institucionais encontradas no cotidiano do trabalhador de saúde mental: burocracia, escassez de profissionais, falta de recursos materiais, de reserva financeira e de autonomia financeira. Silva e Costa (2008) estudaram a saúde mental dos trabalhadores de um CAPS em Goiânia e identificaram, entre outras coisas, a falta de reconhecimento e a baixa remuneração o que indica que é indispensável a regulamentação de investimentos e verbas destinadas à implantação de programas voltados à atenção da saúde do trabalhador nos serviços substitutivos.

Por fim, vale destacar que, ao pretendermos construir a reforma psiquiátrica, não é possível que nós nos excluamos dos processos participativos – concedidos, conquistados ou autorizados – na sociedade e especificamente no SUS. Nesse sentido, a ideia de municipalização, presente no início da reforma sanitária, mostrou logo seus pontos frágeis entre os quais é possível citar: a realidade do processo de municipalização muitas vezes reduzida à barganha política de grupos locais e, a “prefeiturização” do sistema de saúde, quando o município reproduz a lógica da hierarquia anterior: desconcentração em lugar da descentralização (OLIVEIRA E CONCIANI, 2009).

4.6A PORTARIA 448/2002

A Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria do Tesouro Nacional, divulga o detalhamento das naturezas de despesas de material de consumo, serviços de terceiros pessoa física, serviços de terceiros pessoa jurídica, equipamentos e material permanente, a fim de assegurar, de forma homogênea, a apropriação contábil de subitens de despesas para todas as esferas de governo para garantir a consolidação das contas exigida pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Para efeitos dessa portaria, há o entendimento de que

material de consumo é aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos e material permanente aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

O artigo 5º desta Portaria refere que os componentes relacionados esgotam todos os tipos de bens, materiais ou serviços possíveis de aquisição ou contratação pelos órgãos, razão pela qual os executores deverão utilizar o grupo que mais se assemelha às características do item a ser apropriado, quando não expressamente citado. No artigo 7º há a referência de que, para a classificação das despesas de pequeno vulto, deve-se utilizar uma conta cuja função seja a mais adequada ao bem ou serviço. Optou-se por fazer uma síntese desta portaria considerando todas aquelas rubricas que são pertinentes aos CAPS. Essas informações constam no quadro 6, que se encontra no apêndice A, na página 44 desse trabalho.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e documental. Para Triviños (1987), a pesquisa descritiva observa, registra, correlaciona e descreve fatos ou fenômenos de uma determinada realidade sem manipulá-los. Procura conhecer e entender as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos que ocorrem na sociedade. Santos (2000) refere que a pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos considerados cientificamente autênticos. É realizada em fontes como tabelas, atas, relatórios, pareceres, entre outros.

Para a coleta de dados, foram utilizados os relatórios de gestão financeira dos recursos destinados aos CAPS no ano de 2012, os relatórios de gestão dos CAPS no ano de 2012, memorandos com solicitações de materiais, relatório final na III CMSM realizada em 2010, além de consulta ao fundo estadual de saúde para verificar o repasse do recurso ao município.

Primeiramente, analisaram-se os relatórios de gestão dos CAPS, memorandos de solicitações e relatório final da III CMSM a fim de identificar suas queixas/necessidades e reivindicações tanto em questões físicas quanto em processos de trabalho. Logo em seguida, se procedeu ao exame dos relatórios de gestão financeira da Secretaria de Município da Saúde numa observação concomitante com os dados colhidos nos CAPS.

Para atender ao objetivo principal deste trabalho foram analisados os dados das fontes acima citadas em constante confronto com a literatura da área. Cabe ressaltar que essa pesquisa utilizou dados secundários de natureza financeira e contábil, sendo dispensada de aprovação prévia por um comitê de ética em pesquisa porque não se caracteriza como pesquisa envolvendo seres humanos.

6 RESULTADOS

Aqui se procederá à exposição dos dados coletados. Inicialmente serão apresentados no quadro 3 os dados referentes às necessidades dos CAPS no ano de 2012. No quadro 4 constam os recursos repassados pelo Governo Federal aos CAPS de Santa Maria no ano de 2012 ou correspondentes a este ano. No quadro 5 estão os dados contidos nos Relatórios de Gestão Financeira (referentes ao recurso estudado) apresentados ao Conselho Municipal de Saúde no ano de 2012.

Quadro 3 – Solicitações dos CAPS de Santa Maria – RS no ano de 2012.

1. MATERIAIS PARA OFICINAS			
		Atendido	Não atendido
Oficinas de grafite			x
Oficina de fantasias e adereços carnavalescos			x
Oficina de inclusão e reinclusão no trabalho			x
Semana da mulher: dia da beleza			x
Oficina de Páscoa	Amendoim, açúcar, chocolate em pó,		x
	Tinta guache, crepon,		x
	Cola tenaz, cola colorida, anilina		x
Oficina dia das mães	Gliter, eva, cartolina, cola colorida		x
	Canetinha hidrocor		x
Oficina de artesanato	Pincéis, tinta PVA, verniz		x
	Caixas de madeira MDF		x
Oficina de horta e jardim	Enxada, carro de mão, espátulas, garfos		x
Solicitações no relatório de gestão	Materiais para grupos e oficinas.		x
	Falta de materiais para realização da maioria das oficinas.		x
2. ATIVIDADES ALUSIVAS A DATAS COMEMORATIVAS			
Dia do desafio (exercícios físicos)	Faixas elásticas, bolas suíças, halteres e caneleiras emborrachados,		x
Festa Julina em um CAPS	Gêneros alimentícios para a comemoração		x
	Um rolo de barbante		x
Festa Julina em outro CAPS	Gêneros alimentícios.	x	
	Tecido de chita	x	
	Chapéus caipira	x	
Comemoração dia dos pais em um CAPS	Gêneros alimentícios para comemoração.		x
Comemoração dia dos pais em outro CAPS	Roda de conversa e mateada.	x	
	Almoço festivo	x	
	Homenagem à família: som mecânico	x	
Almoço comemorativo Semana Farroupilha	Charque, cebola, molho de tomate, arroz	x	
Comemoração dia das crianças	Balões, pirulitos, balas		x
	Refrigerantes		x
	Gêneros alimentícios para a comemoração		x

Comemoração de Natal com oficina de cartões	Gliter, eva, cartolina, Cola colorida		x
	Canetinha hidrocor		x
	Gêneros alimentícios para a comemoração		x
Comemoração de Natal	Pizza portuguesa, bolo de chocolate, refrigerante	x	
3. ATIVIDADES EM TERRITÓRIO (PASSEIOS, (RE) INSERÇÃO SOCIAL			
Viagem a São Lourenço-Luta Antimanicomial	Transporte e alimentação para 15 pessoas	x (em parte)	
Visita ao Planetário	Transporte e ingresso para 20 pessoas	x (em parte)	
Visita Criadouro São Brás	Transporte e entrada para 25 pessoas	x(em parte)	
Mateada festiva no CAPS de Julio de Castilhos		x	
Jogos de Integração em saúde mental 7ª edição	Decoração, camisetas	x	
	Transporte para a banda da Brigada Militar	x	
	Transporte para usuários ao local do evento	x	
	Premiação:300medalhas e um troféu.		x
	Presença de carro e ambulância	x	
4. EDUCAÇÃO PERMANENTE / APRIMORAMENTO PROFISSIONAL			
Participação em eventos	Congresso Brasileiro de Psiquiatria: diárias para os 4 dias em Natal (RN) Natal.		x
Educação permanente (Solicitações dos relatórios de gestão)	Viabilizar atividades de educação permanente		x
	Capacitação para melhorar a forma de registro dos atendimentos (RAAS).	x	
	Necessidade de Supervisão clínico-institucional para os profissionais do serviço. Atendido somente em 2014 - incidente da Boate Kiss.	x	
	Investimento em cursos de aprimoramento para os servidores.		x
5. MANUTENÇÃO DOS PRÉDIOS UTILIZADOS PELOS CAPS			
Instalação de tomadas duplas	Para adequação dos novos aparelhos eletroeletrônicos	x	
Conserto de banheiro	O banheiro dos usuários está em precárias condições físicas (instalação elétrica, infiltrações, piso e azulejos soltos e ralo aberto).	x (em parte)	
Solicitações dos relatórios de gestão	Manutenção da infraestrutura do prédio do serviço.		x
	Melhorias junto ao prédio do serviço com adaptações de acessibilidade e segurança.	x (em parte)	
	Falta de disponibilidade financeira para pequenos gastos e consertos do serviço.		x
6. MATERIAIS PARA TRABALHO			
	Dois carimbos	x	
	Blocos de receituário controle especial	x	
	Papel higiênico e dos fardos de papel toalha	x	
	Impressora	x	
	Solicitação dos toldos para dois CAPS.		x
	Portão eletrônico:segurança das crianças		x
	Quatro estufas a óleo		x
	Duas Esteiras		x
	Duas Bicicletas Ergométricas		x
	Toldos Verticais		x
	Duas impressoras Multifuncionais		x
	Dois climatizadores		x
	Armários de cozinha		x

7. REMUNERAÇÃO/DIREITOS			
Insalubridade/Periculosidade dos profissionais	Encaminhada ao Médico do Trabalho em 2007, à Câmara e Vereadores em 2009.		x
8. RECURSOS HUMANOS			
Necessidade de Agente administrativo			x
Aumento do número de servidores a fim de completar as equipes mínimas previstas na Portaria 336/2002.	x(em parte)		
Solicitação de um Técnico em Saúde Mental (reposição).			x
RELATÓRIO DA III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL (2010)			
Garantir acesso dos trabalhadores de saúde e dos usuários à prestação de contas da gestão das verbas que são destinadas aos CAPS.			x
Criar um fundo administrado pelos CAPS para que os coordenadores dos serviços mediante aprovação do colegiado gestor, possa realizar compras de materiais de consumo e pagamento de serviços de pequeno valor.			x
Completar as equipes mínimas dos serviços de saúde mental de acordo com a portaria 336 do Ministério da Saúde.			x

Fontes: Memorandos enviados, Relatórios de Gestão, e Relatório da III CMSM.

Quadro 4 - Transferências da União ao Município de Santa Maria – RS em 2012.

TRANSFERÊNCIAS 2012				
Data	Competência	Valor pago	Cód. Proj.	Histórico
03/05/2012	Março/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
13/06/2012	Abril/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
11/07/2012	Maio/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
10/08/2012	Junho/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
14/09/2012	Julho/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
11/10/2012	Agosto/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
14/11/2012	Setembro/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
17/12/2012	Outubro/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
20/12/2012	Novembro/2012	104.996,25	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
20/12/2012	Novembro/2012	39.780,00	8065	Pagamento Prestadores Sus Caps Media Complexidade
TOTAL		984.746, 25		
OBSERVAÇÕES:				
<p>Não se localizaram as transferências de janeiro e fevereiro de 2012. A transferência de dez/2012 foi feita em fevereiro de 2013. Ainda houve o pagamento, em abril de 2013 do recurso cujo código do projeto é 6537 (linha crack, álcool e outras drogas), cujas competências eram de novembro e dezembro /2012, cada uma correspondendo a 39.780,00.</p>				

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde: Fundo Estadual de Saúde

Quadro 5 – Relatórios de Gestão Financeira do ano de 2012.

RECURSO CUCA LEGAL 4220 – CAPS				
Relatório Primeiro Trimestre 2012				
Saldo em 31/12/2011	Receita	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/03/2012
749.737,50	388.110,50	10.948,96	281.934,17	866.853,79
Relatório Segundo Trimestre 2012				
Saldo em 31/03/2012	Receita	Rendimentos	Despesas	Saldo em 30/06/2012
866.853,79	314.988,75	-----	551.231,16	323.804,31
Rubrica			Total	Percentual sobre o total de gastos
Vencimentos e Vantagens Fixas Servidor			261.082,04	47,3%
Adicional de Insalubridade			14.675,73	2,6%
Gratificação por Exercício de Cargos			31.508,66	5,7%
Gratificação de Tempo de Serviço			4.185,12	0,7%
FGTS Servidores			1.454,36	0,2%
INSS Servidores			4.812,69	0,9%
Serviços Extraordinários			305,97	0,06%
Contrib. Patronal para o RPPS-Ativo Civil			33.926,41	6,1%
Diárias nos Pais			2.550,00	0,4%
Combustíveis e Lubrificantes Automotivos			2.844,80	0,5%
Gás e outros Materiais Engarrafados			1.399,60	0,2%
Gêneros de Alimentação			5.688,00	1,0%
Passagens para o País			1.154,14	0,2%
Locação de Imóveis			71.269,01	13%
Assinaturas de Periódicos e Anuidades			1.026,00	0,2%
Fornecimento de Alimentação			48.962,50	8,9%
Serviços de Energia Elétrica			2.265,22	0,4%
Serviços de Água e Esgoto			2.059,58	0,3%
Serviços de Telecomunicações			5.986,52	1,1%
Vigilância Ostensiva			6.165,00	1,1%
Auxílio Alimentação			41.112,50	7,5%
Aparelhos e Utensílios Domésticos			5.080,00	0,9%
Transferências Financeiras			1.717,31	0,3%
Total			551.231,16	100,0%
Relatório Terceiro Trimestre 2012				
Saldo em 31/06/2012	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 30/09/2012
323.804,31	525.063,45	2.149,84	650.767,61	200.249,99
Rubrica			Total	Percentual sobre o total de gastos
Vencimentos e Vantagens Fixas Servidor			257.585,41	39,5%
Adicional de Insalubridade			19.597,25	3%
Gratificação por Exercício de Cargos			27.630,06	4,2%
Gratificação de Tempo de Serviço			4.379,04	0,6%
13º Salário			48.681,19	7,5%
FGTS Servidores			2.446,75	0,4%
INSS Servidores			7.007,72	1%
Contrib. Patronal Para o RPPS-Ativo Civil)			48.724,32	7,5%
Combustíveis e Lubrificantes Automotivos			2.005,48	0,3%
Serviços Gráficos			330,00	0,05%
Gêneros de Alimentação			13.919,97	2,1%
Locação de Imóveis			97.427,50	15%
Fornecimento de Alimentação			61.609,30	9,4%
Serviços de Energia Elétrica			2.261,39	0,3%

Serviços de Água e Esgoto		3.060,36		0,4%
Serviços de Telecomunicações		6.636,89		1%
Vigilância Ostensiva		6.165,00		0,9%
Auxílio Alimentação		39.755,76		6,1%
Transferências Financeiras		1.544,22		0,2%
Total		650.767,61		100%
Relatório Quarto Trimestre 2012				
Saldo em 30/09/2012	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2012
200.249,99	527.886,60	1.200,07	395.526,38	333.810,28
Rubrica			Total	Percentual sobre o total de gastos
Vencimentos e Vantagens Fixas Servidor			87.364,57	22%
Adicional de Insalubridade			5.492,92	1,4%
Gratificação por Exercício de Cargos			9.210,02	2,3%
Gratificação de Tempo de Serviço			1.826,74	0,4%
13º Salário			54.699,77	13,8%
FGTS Servidores			2.122,36	0,5%
INSS Servidores			4.781,92	1,2%
Serviços Extraordinários			241,18	0,06%
Contrib. Patronal para o RPPS-Ativo Civil			34.328,13	8,7%
Combustíveis e Lubrificantes Automotivos			2.582,27	0,6%
Uniformes, Tecidos e Aviamentos			3.225,00	0,8%
Gêneros de Alimentação			1.818,15	0,4%
Material de Sinalização Visual e Outros			75,00	0,02%
Locação de Imóveis			91.375,41	23,1%
Fornecimento de Alimentação			59.696,70	15%
Exposições, Congressos e Conferências			920,00	0,2%
Serviços de Energia Elétrica			1.663,56	0,4%
Serviços de Água e Esgoto			5.570,55	1,4%
Serviços de Telecomunicações			6.835,44	1,7%
Serviços Gráficos			200,00	0,05%
Vigilância Ostensiva			8.443,86	2,1%
Serviços Bancários			76,87	0,02%
Auxílio Alimentação			12.893,76	3,2%
Transferências Financeiras			82,20	0,02%
Total			395.526,38	100%

Fonte: Relatórios de Gestão Financeira enviados ao Conselho Municipal de Saúde (2012).

7 DISCUSSÃO

O primeiro objetivo específico deste trabalho busca relacionar as necessidades de operacionalização (materiais permanentes, materiais para oficinas, manutenção dos prédios, aprimoramento da equipe, transporte, entre outros) dos CAPS no município de Santa Maria. Nesse sentido, após uma pesquisa nos memorandos enviados à Secretaria de Município da Saúde, nos relatórios de gestão dos CAPS e no relatório final na III Conferência Municipal de Saúde Mental, elaborou-se um quadro com as seguintes categorias: materiais para oficinas, atividades alusivas a datas comemorativas, atividades em território, ações de educação permanente e aprimoramento profissional, manutenção dos prédios utilizados pelos CAPS, materiais para trabalho, direitos trabalhistas e recursos humanos. Ao final deste quadro relacionam-se as necessidades apontadas pela III Conferência Municipal de Saúde Mental.

As Conferências Municipais de Saúde são designadas pela Lei 8142/90 como instâncias colegiadas, representadas por vários segmentos locais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Surgem, as Conferências, como oportunidades para a comunidade expor suas necessidades e apontar as diretrizes que consideram mais adequadas para o município. Em Santa Maria, a última Conferência Municipal de Saúde Mental aconteceu em 2010.

Para a organização das propostas dessa última Conferência, foram elencados cinco eixos temáticos: saúde e intersetorialidade, controle social e saúde mental, saúde mental e integralidade do cuidado, educação permanente como dispositivo de mudança e, por fim, saúde mental e gestão. Entende-se que, para fins de análise no presente estudo, o eixo saúde mental e gestão é relevante uma vez que demonstra a insatisfação dos atores em relação à gestão do recurso destinado aos CAPS no município. Das vinte e seis propostas construídas, três estão diretamente relacionadas ao que se pretende examinar neste trabalho e estão descritas no final do quadro 3.

Pela análise do quadro 3 percebem-se dificuldades na aquisição de materiais para as oficinas terapêuticas, que são dispositivos importantes na organização dos projetos terapêuticos dos usuários. Os pedidos de materiais para a maioria das oficinas não são atendidos. Mesmo pedidos encaminhados com antecedência e de modo rotineiro ao final de cada ano com previsões para o ano seguinte não são atendidos, o que sugere a necessidade de uma maior compreensão por parte do setor de compras acerca das rotinas e processos de trabalho dos CAPS, para além de uma unidade de saúde tradicional.

Nunes (1998) citado por Azevedo Neto et al. (2010) analisa as causas pelas quais faltam materiais nas unidades de saúde e classifica-as como estruturais e organizacionais. Como causas estruturais o autor cita a falta de prioridade política para o setor, o clientelismo político (que permite a existência de gestores pouco qualificados bem como a falta de critérios para fixação de prioridades), os controles burocráticos (o importante é fazer certo as coisas e não as coisas certas) e a centralização excessiva do planejamento e da decisão política. Como causas organizacionais citam-se a falta de identificação da missão, dos objetivos e das metas institucionais. Outras causas apontadas são a falta de gestão profissionalizada, a carência do desenvolvimento contínuo dos recursos humanos, a insuficiência de recursos financeiros, a ausência de controle e acompanhamento, a falta de planejamento, a existência de chefes improvisados e servidores desmotivados.

Na observação do quadro 5 não se verifica a compra de materiais para as oficinas. Para Azevedo e Miranda (2011), as oficinas terapêuticas nos CAPS são uma das principais atividades terapêuticas oferecidas e constituem dispositivos construtores do paradigma psicossocial. Ribeiro, Sala e Oliveira (2008) consideram as oficinas como elementos organizadores do cotidiano dos serviços de atenção diária de saúde mental entendendo-as como espaços de produção e manejo de subjetividades e de reconstrução dos vínculos.

A Portaria 448/2002 apresenta a possibilidade de enquadramento orçamentário do material necessário para a maioria das oficinas nas seguintes rubricas: material de caça e pesca, material educativo e esportivo, sementes, mudas de plantas e insumos, ferramentas, aparelhos e equipamentos para esportes e diversões, instrumentos musicais e artísticos.

Em relação a datas comemorativas, os pedidos são atendidos em parte, embora estejam previstas como atividades coletivas conforme relatam Azevedo e Miranda (2011). A Portaria 448/2002 também prevê esse tipo de ação na rubrica “material para festividades e homenagens”. Nos relatórios de aplicação financeira está descrito o gasto com gêneros alimentícios e reconhece-se que neste item a aplicação do recurso é mais adequada, embora pudesse ser aprimorada visto que, nem todas as solicitações foram atendidas no período considerado. Nesse mesmo sentido, ou seja, considerando as despesas com alimentação percebe-se um gasto alto com refeições prontas (quadro 5), na rubrica “fornecimento de alimentação”. Apesar dessa rubrica constar na Portaria 448/2002, no segundo, terceiro e quarto trimestre essa despesa atingiu respectivamente 8,88%, 9,46% e 15,09% do total de gastos informados no relatório.

O objetivo dos CAPS é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços

familiares e comunitários. Para tanto, buscam o desenvolvimento de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 2004). Desse modo, entende-se que o gasto expressivo com refeições prontas denota uma tendência ainda muito assistencial na atenção oferecida o que poderia ser redirecionado para outras ações voltadas para a promoção da autonomia dos usuários. Entretanto, essas transformações no modelo de atenção só acontecem com investimentos em educação permanente das equipes de trabalho e, neste aspecto, observa-se, no quadro 3, que o investimento em educação permanente é uma solicitação identificada nos relatórios de gestão.

Entende-se que as ações de educação permanente proporcionam um avanço nos processos de trabalho, são molas propulsoras das políticas públicas de saúde, estão contempladas Portaria 448/2002 na rubrica “conferências e exposições” e em diversas outras como, por exemplo, serviço de seleção e treinamento, serviços técnicos profissionais, etc. Contudo, observam-se dificuldades na implementação destas ações junto à gestão municipal havendo a necessidade de priorização destas ferramentas pelos gestores bem como de valorização e aproveitamento destas por parte dos servidores.

De acordo com Vasconcelos (2008), o processo de trabalho na atenção psicossocial tem como uma de suas características ser sustentado por relações pessoais diretas de trabalhadores entre si, com a população em geral além de mobilizar fortes implicações pessoais dos trabalhadores. Ademais, o cotidiano dos serviços é marcado pela falta de investimento, a precarização e a perda de direitos básicos do trabalho, o multiemprego, a deterioração da infraestrutura e a forte exigência de produtividade quantitativa que pode produzir sofrimento nos trabalhadores da saúde.

Dada a importância dessas ações, o Ministério da Saúde financia supervisões clínico-institucionais, a partir da Portaria GM 1.174/2005, as quais figuram como dispositivos de formação permanente que devem sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que diferentes questões possam ser expostas e para que as situações sejam manejadas considerando os desafios e as surpresas inerentes ao trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Espera-se que as supervisões sejam clínicas e institucionais, visto que a integração da equipe de cuidado deve possibilitar a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia (SILVA et al., 2012).

Neste aspecto, observou-se que, a partir do incêndio da Boate Kiss, ocorrido em janeiro de 2013, que vitimou 242 jovens e cujas repercussões diretas ou indiretas se estenderão por um período estimado de dez anos, houve um movimento maior para que as

ações de educação permanente em saúde mental fossem viabilizadas, inclusive com liberação de recursos federais para esse fim. Identificaram-se investimentos bem maiores no ano de 2013, contudo os entraves burocráticos junto à gestão financeira continuam existindo, o que produz sentimentos de desmotivação como bem relata Vasconcelos (2008). Neste aspecto, recordam-se as considerações de Oliveira e Conciani (2009) acerca da ideia de municipalização, presente no início da reforma sanitária, e que mostrou logo suas fragilidades: a “prefeiturização” do sistema de saúde, quando o município reproduz a lógica da hierarquia anterior, ou seja, ele desconcentra ao invés de descentralizar.

Aproveitando as considerações de Vasconcelos (2008), no que concerne aos direitos básicos do trabalho, identificam-se nas solicitações dos relatórios de gestão, os pedidos relativos ao adicional de insalubridade a profissionais dos CAPS. A realidade existente hoje é que uma parte dos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas) recebem este adicional e os demais (assistentes sociais, psicólogos, técnicos em saúde mental, redutores de danos, entre outros) não o recebem. Essa reivindicação existe desde 2007 sem que avanços fossem alcançados. No relatório de aplicações financeiras constam 2,66%, 3,01% e 1,38%, gastos no segundo, terceiro e quarto trimestres, respectivamente, com adicional de insalubridade, porém, parte das equipes dos CAPS estão privadas deste adicional.

No que concerne à completude das equipes mínimas, preconizadas pela Portaria 336/2002, identifica-se um ponto sensível: sempre houve dificuldades em se completar as equipes dos CAPS no município e isso pode ser verificado nos relatórios de gestão bem como no relatório final na III Conferência Municipal de Saúde Mental. Essa incompletude sobrecarrega os profissionais o que é endossado por um estudo realizado por Pelisoli et al. (2007), que avaliou a sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. Esses autores identificaram como aspectos importantes e comprometedores, além do cuidado aos pacientes crônicos, as dificuldades institucionais encontradas no cotidiano do trabalhador como, por exemplo, a burocracia e a escassez de profissionais. Silva e Costa (2008) estudaram a saúde mental dos trabalhadores dos CAPS de Goiânia e identificaram, entre outras coisas, a falta de reconhecimento e a baixa remuneração.

Apesar da incompletude das equipes afetar diretamente a qualidade do cuidado oferecido, analisando-se o quadro 5, percebe-se que 47,36% do total de gastos realizados no segundo trimestre de 2012 foi com vencimentos e vantagens fixas do servidor. Se somarmos a isso, o adicional de insalubridade, a gratificação por exercício de cargos, as gratificações por tempo de serviço, FGTS, INSS e Contribuição Patronal para o – RPPS - Ativo Civil, esse

percentual chega 63,77% do total de gastos no segundo trimestre. No terceiro trimestre essas despesas atingem o percentual de 63,82%, e no quarto trimestre de 2012, 50,44%.

A Portaria 448/2002 divulga apenas o detalhamento das naturezas de despesas de material de consumo, serviços de terceiros, equipamentos e material permanente, sendo insuficiente para explicar o detalhamento das despesas com pessoal. Entretanto a Portaria Interministerial 163/2001 que dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em seu artigo 3º, estabelece a composição da classificação das despesas, e no anexo II, item D (elementos de despesa) apresenta o detalhamento das despesas de pessoal e encargos sociais.

A Lei 4.320 de 17 de março de 1964 estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. A referida lei, em seu capítulo III, classifica as despesas em duas grandes categorias: despesas correntes (despesas de custeio e transferências correntes) e despesas de capital (investimentos, inversões financeiras e transferências de capital). Estabelece como despesas de custeio, as despesas com pessoal civil e militar, material de consumo, serviços de terceiros e encargos diversos. Entre as despesas de custeio estão as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptações de bens imóveis.

O gasto com pessoal, portanto, está amparado pela lei e portarias supracitadas, entretanto, é imprescindível que se avalie o emprego de um alto percentual da verba de custeio para esse fim. Há necessidade de se racionalizar o uso desta verba a fim de que as ações fundamentais preconizadas pela política nacional de saúde mental e bem definidas pela Portaria 2.089/2011 seja efetivadas. Aqui, retomam-se novamente as considerações de Oliveira e Conciani (2009) sobre as fragilidades inerentes ao processo de municipalização da reforma sanitária: a realidade do processo de municipalização muitas vezes fica reduzida aos arranjos políticos locais e, a “prefeiturização” do sistema de saúde: desconcentração em lugar da descentralização.

Em relação à infraestrutura dos serviços percebe-se que a manutenção dos prédios é uma solicitação encontrada nos relatórios de gestão. Até o ano de 2014 havia CAPS alocado em imóveis cujas instalações eram pouco adequadas ao que os serviços precisavam. Isso pode ser constatado pelos pedidos de toldos, portão eletrônico, consertos de banheiros, etc. Progressivamente, de 2012 até 2014, cada CAPS foi se realocando em imóveis com melhores condições físicas, conforme as necessidades relatadas pelas equipes. A última mudança foi realizada em 2014 e, hoje, todos os CAPS estão sediados em prédios alugados, com melhores

instalações. Essa despesa está descrita no relatório de gestão financeira e é amparada pela Portaria 448/2002 e pela Lei 4.320/64 como despesa corrente/custeio/serviços de terceiros.

Contudo se observam, nos relatórios, insatisfações com a falta de manutenção dos prédios no que se refere a gastos de pequeno vulto: troca de lâmpada, de vidros, torneiras, vazamentos, etc. Isso deu origem a reclamações diversas que estão expostas no quadro 3: “falta de disponibilidade financeira para pequenos gastos e consertos do serviço, além de instalação de equipamentos como p.ex. ar condicionado”. Essa situação motivou a criação da seguinte proposta pela III Conferência: “criar um fundo administrado pelos CAPS para que os coordenadores dos serviços mediante aprovação do colegiado gestor, possa realizar compras de materiais de consumo e pagamento de serviços de pequeno valor, sempre que necessário”.

Na prática, a criação de um “fundo com colegiado gestor”, de acordo com a constituição, exige lei, e para isso haveria necessidade de se adentrar por processos burocráticos muito morosos. Está prevista na Lei 4.320/64, art. 68, a concessão de adiantamentos de recursos, ou seja, a entrega de numerário a servidor, sempre precedida de empenho na dotação própria para o fim de realizar despesas que não possam subordinar-se ao processo normal de aplicação. Contudo, essa ação depende do grau de delegação de competência que o município adota. Pelisoli et al. (2007) relatam que, entre as dificuldades institucionais encontradas no cotidiano do trabalhador de saúde mental, está a falta de recursos materiais, de reserva financeira e de autonomia financeira. A questão relativa à manutenção dos prédios melhorou a partir do final do ano de 2014, quando foi licitada uma empresa para este fim.

Em relação aos outros materiais solicitados como mobiliário para cozinha, estufas, climatizadores, impressoras multifuncionais, esteiras e bicicletas ergométricas, até a presente data, ainda não foram adquiridos, apesar do ano de 2012 encerrar com saldo de R\$ 333.810,28 no Fundo Municipal de Saúde, conforme pode se observar no quadro 5.

No que diz respeito às atividades em território, passeios, (re) inserção social, tem-se que são de extrema importância para a organização dos projetos terapêuticos dos usuários já tão fragilizados em suas relações sociais e de trabalho. Destaca-se que, entre os objetivos dos CAPS está a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Observa-se no quadro 3 que a maioria das solicitações de transporte para usuários se deslocarem aos eventos programados foram atendidas, porém, as despesas com custos de ingressos e alimentação não. Em geral essas outras despesas são custeadas com colaborações dos próprios usuários, dos trabalhadores ou com recursos gerados por pequenas oficinas realizadas nos

CAPS. Percebe-se também que a oficina de (re) inserção no trabalho programada por um CAPS não se realizou pela falta do transporte.

Por outro lado, é importante lembrar que rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também na sua relação com a rede básica de saúde. Apesar dos CAPS figurarem como dispositivos estratégicos no deslocamento do centro de cuidado para fora do hospital é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. Contudo, para que isso aconteça, os CAPS precisam conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados, realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com a atenção básica.

Considerando o contexto acima, para que essas propostas se efetivem é necessário que se tenha abertura também por parte da atenção básica (em geral também sobrecarregada pelas mesmas dificuldades dos CAPS) além de uma retaguarda estrutural como, por exemplo, o transporte necessário para o deslocamento dos profissionais e usuários até os territórios. O que se vive no cotidiano dos serviços há anos é uma grande dificuldade em operacionalizar certas atividades devido às dificuldades de transporte e/ou de motorista.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, visa a consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que contribua para a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pelos lugares. Tem por objetivos: reduzir, de modo organizado, os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais; incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, entre outros.

Os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte, portanto, de uma rede extra-hospitalar que aspira a promover o cuidado articulado (em rede) do usuário com base no território. Para tanto, são necessárias e previstas algumas ações nem sempre bem compreendidas pelos gestores da saúde – fato relatado por inúmeros trabalhos feitos nessa área - sugerindo a existência, ainda, de um parco entendimento acerca do papel e das funções dos CAPS bem como das necessidades e infraestrutura para operacionalizar suas ações.

No município de Santa Maria buscou-se compreender a realidade desse modelo de atenção iniciado pela Lei 10.216 e atualizado pela Portaria 3.089/2011. Quanto ao primeiro objetivo específico deste trabalho, entende-se que está contemplado no conteúdo exposto no quadro 3, onde estão relacionadas as solicitações dos CAPS no ano de 2012. . O segundo objetivo específico procurou verificar o quanto foi repassado em recursos financeiros, pelo governo federal ao município de Santa Maria, com destino aos CAPS no ano de 2012. Está respondido no quadro 5 e corresponde a R\$ 984.746, 25.

O terceiro objetivo específico buscou verificar se emprego do recurso financeiro fixo para os CAPS, destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial, atende as necessidades dos serviços. Os resultados mostram que essas necessidades são atendidas em parte: há dificuldades na aquisição de materiais para oficinas, na efetivação de ações em território, poucos investimentos em educação permanente, gasto expressivo do recurso com pagamento de pessoal e problemas em relação ao transporte para as atividades destes serviços.

No que concerne ao objetivo geral que buscou descrever a aplicação dos recursos destinados pelo governo federal, mensalmente, aos CAPS, no ano de 2012, a fim de verificar

se este gerenciamento está adequado às necessidades destes serviços no Município de Santa Maria, observou-se que são necessárias adequações importantes: apesar de grande parte de o recurso ser investido em pagamento de recursos humanos, as equipes continuam incompletas e aproximadamente metade dos funcionários não recebe adicional de insalubridade pelas atividades exercidas. Por outro lado, carece que os investimentos em educação permanente sejam maiores visto que essas ações se constituem em elementos potencializadores da transformação das práticas: parte considerável dos trabalhadores da saúde mental são designados para trabalhar sob o sol da Reforma Psiquiátrica sendo formados por escolas que, em sua maioria, seguem o modelo médico-centrado e biologicista.

O trabalho apontou ainda que o recurso federal poderia ser melhor utilizado principalmente no que concerne às questões de cidadania, promoção de saúde e de autonomia do sujeito. Isso é evidenciado pelo emprego deste recurso em rubricas que em sua maioria reforçam o modelo assistencialista e ações voltadas para a doença e não para a construção de projetos de vida. Espera-se que, as considerações aqui construídas possam servir para a racionalização no uso do recurso estudado, voltando-o também para ações que promovam a saúde e cuidado compartilhado, ajustando-o assim ao que preconiza a política pública nacional. Nesse sentido, há que se buscar maior sincronia entre os objetivos dos serviços e os objetivos de gestão que, historicamente, parecem não estar afinados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA MARIA – ADESM – Santa Maria em Dados: Disponível em <<http://adesm.org.br/>> Acesso em 23 mai. 2014.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas Terapêuticas como Instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de Familiares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.02, p.339-45, 2011.

AZEVEDO NETO, F.P.B.; SILVA, W.L.M.; LUIZA, V.L. Gestão Logística em Saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

BRASIL. Casa Cível. **Lei 4.320/1964**. Normas Gerais de Direito Financeiro. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm>> Acesso em 16.mar.2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria 163/2001** – Normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: <<ftp://ftp.fnde.gov.br/web/siope/leis/P163_STN-MF_SOF-MPOG_04-05-2001.pdf>> Acesso em: 04.abr.2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria 448/2002** – Detalhamento das Naturezas das Despesas. Disponível em: <<http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Port_448_2002.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 204/2007** – Regulamenta o financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>>]. Acesso em: 29.dez.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 336/2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>> Acesso em 22.nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e das Unidades de Acolhimento**. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>>. Acesso em 11.fev.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.089-** Financiamento aos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3089_23_12_2011.html>> Acesso em 19.fev.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.088/2011** – Redes de Atenção Psicossocial. Disponível

em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>>. Acesso em: 10.nov.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >> Acesso em: 15.out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. . **Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>>. Acesso em 11.fev.2014

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE de Santa Maria. **Relatório da III Conferência Municipal de Saúde Mental**. 10.abr.2010.

CONSOLI, G.L.; HIRDES, A. COSTA, J.S.D. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.117-128, 2009.

FEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL- FAMURS. **Consulta aos Municípios: Santa Maria**. Disponível em: <<http://www.famurs.com.br/>>. Acesso em 23.mai.2014.

FONSECA, P.C.; FERREIRA, M.A.M. Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p.199-213, 2009

FREIRE, F.H.M.A. **O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, 2004.

LUZIO, A.C.; L'ABBARTE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.105-116, 2009.

MELLO, D. L. Descentralização: Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu papel. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.199-217, 1991.

OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.319-331, 2009.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. Esp. p. 73-8, 2006.

PELISOLI, C.; MOREIRA, A.K.; KRISTENSEN, C.H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Revista Mental**, Barbacena, ano V - n. 9, p. 63-78, nov. 2007.

RIBEIRO, L.A.; SALA, A.L.B., OLIVEIRA, A.G.B. As Oficinas Terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial-UFMG..**Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n. 04, p. 516-22, dez. 2008.

SANTA MARIA. Plano Municipal da Saúde 2013-2016. Disponível em: <<<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>>> Acesso em 12.abr.2014.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Fundo Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/296/?Fundo_Estadual_de_Sa%C3%BAde_%28FES%29>>Acesso em 10.fev.2015.

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3 ed. Rio de Janeiro:DP&A, 2000.

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008.

SILVA, G.M. et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latino Americanade Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n.2, p.309-22, jun.2012.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T.W.F. O Papel dos Estados na Política de Saúde Mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.2227-2241, 2011.

TAVARES C.M.M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **RevBras Enfermagem**, v.56, n.01, p.35-39, 2003

TRIVIÑOS, A.N.S.Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E.M. História, Teoria e Trabalho no Campo. **Abordagens psicossociais**, v.1. São Paulo: Hucitec, 2008.

APÊNDICE A

Quadro 6 – Síntese a Portaria 448/2002 com adequação aos CAPS

MATERIAL DE CONSUMO	
Combustíveis e lubrificantes automotivos	Combustíveis para veículos, óleos lubrificantes, graxas grafitadas, aditivos, álcool hidratado, gasolina, graxas, óleos, diesel e afins.
Gás engarrafado	Gases de uso industrial, de tratamento de água, de iluminação, recarga de extintores, de uso médico, gases nobres.
Gêneros alimentícios	Gêneros de alimentação ao natural, beneficiados ou conservados.
Material Farmacológico	Medicamentos ou componentes destinados à manipulação de drogas medicamentosas.
Material químico	Elementos ou compostos usados para o fabrico de produtos químicos, análises laboratoriais e para o combate de pragas ou epizootias.
Material de caça e pesca	Materiais utilizados na caça e pesca de animais.
Material educativo e esportivo	Materiais para atividades educativas e esportivas.
Material para festividades e homenagens	Materiais de consumo utilizados em festividades e homenagens.
Material de expediente	Materiais utilizados diretamente os trabalhos administrativos, nos escritórios públicos, nas escolas, nas universidades etc.
Material de processamento de dados	Materiais utilizados no funcionamento dos sistemas de processamento de dados.
Material de cama, mesa e banho	Materiais utilizados em dormitórios coletivos, residenciais, hotéis, restaurantes etc.
Material de copa e cozinha	Materiais utilizados em cozinhas residenciais, de hospitais, de escolas, de universidades, etc.
Material de limpeza e produção de higienização	Materiais usados na higienização pessoal, de ambientes de trabalho, de hospitais etc.
Uniformes, tecidos e aviamentos	Uniformes ou qualquer tecido ou material que se destine à confecção de roupas,linhas, materiais de consumo empregados direta ou indiretamente na confecção de roupas.
Material para manutenção de bens imóveis	Materiais de consumo para aplicação, manutenção e reposição de qualquer bem público
Material para manutenção de bens móveis	Despesas com componentes, peças, acessórios para manutenção e reposição em bens móveis em geral.
Material elétrico e eletrônico	Materiais de consumo para aplicação, manutenção e reposição dos sistemas, aparelhos e equipamentos elétricos e eletrônicos.
Material de Proteção e Segurança	Materiais utilizados na proteção de pessoas ou bens públicos, para socorro de pessoas e animais ou para socorro de veículos, aeronaves e embarcações.
Material para Áudio, vídeo e foto	Materiais de consumo de emprego direto em filmagem e revelação, ampliações e reproduções de sons e imagens.
Sementes, mudas de plantas e insumos	Despesas com qualquer tipo de semente destinada ao plantio e mudas de plantas frutíferas ou ornamentais, assim como todos os insumos utilizados para fertilização.
Material para utilização em gráfica	Despesas com todos os materiais de consumo de uso gráfico.

Ferramentas	Despesas com todos os tipos de ferramentas utilizadas em oficinas, carpintarias, jardins etc.
Material para reabilitação profissional	Despesas com materiais utilizados em programas de reabilitação profissional.
Material de sinalização visual e afins	Despesas com materiais utilizados para identificação, sinalização visual, endereçamento e afins.
Material técnico para seleção e treinamento	Materiais técnicos utilizados em processos de seleção e treinamento pela própria unidade ou para distribuição não gratuita.
Material bibliográfico não imobilizável	Material bibliográfico não destinado a bibliotecas, cuja defasagem ocorre em um prazo máximo de dois anos.
Bilhetes de passagem	Despesas com aquisição de bilhetes de passagem para guarda em estoque.
Bandeiras, flâmulas e insígnias	Despesas com aquisição de bandeiras, flâmulas e insígnias. ,
Outros materiais de consumo	Apropriação da despesa com outros materiais de consumo não classificadas nos subitens anteriores
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA	
Condomínios	Despesas com taxas condominiais a conta do locatário, quando previstas no contrato de locação.
Diárias a colaboradores eventuais no país	Despesas com diárias, no país, pagas a prestadores de serviços, de caráter eventual, sem vínculo com a administração pública.
Diárias a colaboradores eventuais no exterior	Despesas com diárias, no exterior, pagas a prestadores de serviços de caráter eventual, sem vínculo com a administração pública.
Serviços técnicos profissionais	Despesas com serviços prestados por profissionais técnicos, nas seguintes áreas: administração, advocacia, arquitetura, contabilidade, economia, engenharia, estatística, informática e outras
Conferências e exposições	Despesas com o pagamento direto aos conferencistas e/ou expositores pelos serviços prestados
Locação de imóveis	Despesas com remuneração de serviços de aluguel de prédios, salas e outros imóveis de propriedade de pessoa física.
Locação de bens móveis e intangíveis	Despesas com serviços de aluguel de máquinas, equipamentos, telefone fixo e celular e outros bens móveis de propriedade de pessoa física.
Manutenção e conservação de equipamentos	Despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de máquinas e equipamentos de processamento de dados e periféricos, máquinas e equipamentos gráficos, aparelhos de medição e aferição, aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, eletrodomésticos e afins
Manutenção e conservação de veículos	Despesas com serviços de reparos, consertos e revisões de veículos.
Manutenção e conservação de bens móveis de outras naturezas	Despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens móveis não classificados em subitens específicos.

Manutenção e conservação de bens imóveis	Despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens imóveis.
Fornecimento de alimentação	Despesas com aquisição de refeições preparadas, inclusive lanches e similares.
Serviços de limpeza e conservação	Despesas com serviços de limpeza e conservação de bens imóveis.
Serviços domésticos	Despesas com serviços domésticos prestados por pessoa física sem vínculo empregatício.
Serviços de comunicação em geral	Despesas com serviços de comunicação geral prestados por pessoa física: confecção de material para comunicação visual; materiais para divulgação por meio dos veículos de comunicação e afins.
Serviço de seleção e treinamento	Despesas prestadas nas áreas de instrução e orientação profissional, recrutamento e seleção de pessoal e treinamento, por pessoa física.
Serviços de reabilitação profissional	Serviços de reabilitação profissional prestados por pessoa física sem vínculo empregatício: transporte e locomoção urbana, alimentação e inscrição em cursos profissionalizantes, instrumentos de trabalho e implementos profissionais de órtese e prótese.
Serviços de assistência social	Despesas realizadas com serviços de assistência social prestados por pessoa física sem vínculo empregatício a servidores, segurados carentes, abrigados, internados e a seus dependentes: ajuda de custo supletiva, gêneros alimentícios, documentação, transporte e sepultamento.
Serviço de apoio administrativo, técnico e operacional	Despesas com serviços de natureza eventual prestados por pessoa física: assistência técnica, capina, jardinagem, operadores de máquinas e motoristas, recepcionistas, serviços auxiliares e afins.
Confecção de material de acondicionamento e embalagem	Despesas com serviços prestados por pessoa física na confecção de bolsas, caixas, mochilas, sacolas e afins.
Confecção de uniformes, bandeiras e flâmulas	Despesas com serviços de costureiras, alfaiates e outros utilizados na confecção de uniformes, bandeiras, flâmulas, brasões e estandartes
Jetons a conselheiros	Despesas realizadas a título de remuneração (jetons) a membros de órgãos de deliberação coletiva (conselhos).
Diárias a conselheiros	Despesas realizadas a título de pagamento de diárias a membros de órgãos de deliberação coletiva (conselhos).
Serviços de áudio, vídeo e foto	Despesas com serviços de filmagens, gravações e fotografias, prestados por pessoa física.
SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA	
Assinaturas de periódicos e anuidades	Despesas com assinaturas de TV por assinatura (TV a cabo), jornais, revistas, recortes de publicações, podendo estar na forma de cd-rom, boletins e outros, desde que não se destinem a coleções ou bibliotecas.
Serviços técnicos profissionais	Serviços prestados por empresas especializadas nas seguintes áreas: advocacia, arquitetura, contabilidade, economia, engenharia, estatística e outras
Manutenção e conservação de bens imóveis	Serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens imóveis: pintura, reparos e reformas, instalações elétricas e hidráulicas, adaptações divisórias, manutenção de elevadores, limpeza de fossa e afins.
Manutenção e conservação de veículos.	Serviços de reparos, consertos e revisões de veículos.
Exposições, congressos e conferências	Serviços utilizados na instalação e manutenção de eventos: conferências, congressos, exposições, feiras, festejos populares,

	festivais e afins
Festividades e homenagens	Serviços utilizados na organização de eventos: coquetéis, festas de conagraçamento, recepções e afins.
Fornecimento de alimentação	Despesas com aquisição de refeições preparadas, inclusive lanches e similares.
Serviços domésticos	Serviços domésticos prestados por pessoa jurídica, sem vínculo empregatício: cozinha, lavagem de roupas e afins.
Serviços de comunicação em geral	Serviços de comunicação, prestados por pessoa jurídica: correios, publicação de editais, extratos, convocações e assemelhados desde que não tenham caráter de propaganda e afins
Serviços de processamento de dados	Serviços de processamento de dados prestados por empresas especializadas na área de informática.
Serviços de áudio, vídeo e foto	Serviços de filmagens, gravações, ampliações e reproduções de sons e imagens: confecção de álbuns, de crachás funcionais por firmas especializadas, imagens de satélites, microfilmagem e afins.
Serviços gráficos	Serviços de artes gráficas prestados por pessoa jurídica: confecção de impressos, encadernação de livros jornais e revistas, impressão de jornais, boletins, encartes, folders e afins.
Confecção de uniformes, bandeiras e flâmulas	Serviços utilizados na confecção de bandeiras, brasões, estandartes, flâmulas, uniformes e afins
Vale-transporte	Despesas com aquisição de vale-transporte para os servidores
Transporte de servidores	Serviços prestados por empresas para transportar servidores no percurso residência-local de trabalho: ônibus, micro-ônibus e afins
Limpeza e conservação	Serviços de limpeza, higienização, conservação e asseio dos órgãos públicos (nos casos em que o contrato não especifique o quantitativo físico do pessoal a ser utilizado).
Hospedagens	Serviços de hospedagens e alimentação de servidores e convidados do governo em viagens oficiais pagos diretamente a estabelecimentos hoteleiros (quando não houver pagamento de diárias).
Serviços de cópias e reprodução de documentos	Serviços de cópias xerográficas e reprodução de documentos, inclusive a locação e a manutenção de equipamentos reprográficos.
Serviços de publicidade e propaganda	Serviços de publicidade e propaganda, prestados por pessoa jurídica, incluindo a geração e a divulgação por meio dos veículos de comunicação.
EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	
Aparelhos, equipamentos, utensílios médico-odontológico, laboratorial e Hospitalar	Despesas com aparelhos, utensílios ou equipamentos de uso médico, odontológico, laboratorial e hospitalar que não se integrem as instalações ou outros conjuntos monitores.
Aparelhos e equipamentos para esportes e diversões	Despesas com instrumentos, aparelhos e utensílios destinados a qualquer modalidade de esportes e diversões de qualquer natureza, desde que não integrados a instalações de ginásios de esportes, centros esportivos, teatro, cinema, etc: arco, baliza, barra, bastão, bicicleta ergométrica, disco, halteres, martelo, peso, placar e afins.
Aparelhos e utensílios domésticos	Despesas com aquisição de eletrodomésticos em geral e utensílios, com durabilidade superior a dois anos: aparelhos de copa e cozinha, aspirador de pó, batedeira, botijão de gás, cafeteira, chuveiro, condicionador de ar (móvel), conjunto de chá/café/jantar, escada portátil, enceradeira, faqueiro, filtro de água, fogão, microondas, geladeira, liquidificador, máquina de lavar louça e roupa, secador de prato, torneira elétrica, torradeira, umidificador de ar e afins.
Instrumentos musicais e artísticos	Despesas com s instrumentos de cordas, sopro ou percussão: clarinete, guitarra, pistão, saxofone, trombone, xilofone e afins.

Máquinas e equipamentos gráficos	Despesas com máquinas e equipamentos utilizados em reprografia ou artes gráficas: aparelho para encadernação, copiadora, cortadeira elétrica, duplicadora, grampeadeira, guilhotina, receptadora de páginas e afins.
Equipamentos para áudio, vídeo e foto	Despesas com aquisição de equipamentos de filmagem, gravação e reprodução de sons e imagens, bem como os acessórios de durabilidade superior a dois anos: amplificador, caixa acústica, data show, equalizador, filmadora, flash eletrônico, fone de ouvido, gravador de som, máquina fotográfica, microfilmadora, microfone, projetor, rádio, televisor, tela para projeção, e afins
Máquinas, utensílios e equipamentos diversos.	Despesas com máquinas, aparelhos e equipamentos que não estejam classificados em grupo específico: aparador de grama, aparelho de ar condicionado, bebedouro, container, furadeira, ventilador de coluna e de mesa e afins
Equipamentos de processamento de dados	Despesas com todas as máquinas, aparelhos e equipamentos utilizados em processamento de dados de qualquer natureza, exceto quando for aquisição de peças destinadas à reposição diretamente ao equipamento ou mesmo para estoque.
Máquinas, instalações e utensílios de escritório	Despesas com todas as máquinas, aparelhos e utensílios utilizados em escritório e destinados ao auxílio do trabalho administrativo.
Mobiliário em geral	Despesas com móveis destinados ao uso ou decoração interior: abajur, armário, arquivos, balcão (tipo atendimento), banco, banquetas, cadeira, cama, carrinho fichário, escrivaninha, estantes, estofado, guarda-louça, guarda roupa, mesa, poltrona, quadro de chaves, quadro imantado, quadro para editais e avisos, relógio de mesa/parede/ponto, sofá, suporte para televisão e vídeo, vitrine e afins.
Veículos diversos	Despesas com veículos não classificados em subitens específicos, tais como: bicicleta, carrinho de mão, charrete, empilhadeira e afins
Peças não incorporáveis a imóveis	Materiais empregados em imóveis e que possam ser removidos ou recuperados: biombos, carpetes (primeira instalação), cortinas, divisórias removíveis, estrados, persianas, tapetes, grades e afins.
Outros materiais permanentes	Materiais e equipamentos não classificados em subitens específicos.

Fonte: Ministério da Fazenda: Secretaria do Tesouro Nacional.