



**Figure 1 - Distribution of psychiatric beds in Brazilian general hospitals**  
(Source: CNES/DATASUS; CORSAM, Ministry of Health, email dated 13/03/2007)

Financing: None  
Conflict of interests: None

#### References

1. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43-6.
2. Venturini E. Prefácio. In: Amarante P (organizador). *Loucos pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.136.
3. Proceedings and "Justification". Paulo Delgado's Project of Law. Diário do Congresso Nacional, June, 27, 1990 (available upon request).
4. Okasha A. Mental patients in prisons: punishment versus treatment? *World Psychiatry.* 2004;3:1-2.
5. Saraceno B. Il Progetto dell'Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 1994;3:49-58.

## A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil

### The decrease in the number of psychiatric beds did not mean the reduction in mental health budget in Brazil

Sr. Editor,

Em relação ao artigo "É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil",<sup>1</sup> a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem duas considerações a fazer. Primeiro: os gastos

totais, ao ano, do Ministério da Saúde (MS) com saúde mental aumentaram, em números absolutos, no período entre 1995-2006 (às custas do grande investimento nos equipamentos e projetos extra-hospitalares). Segundo: ao contrário do que informa o artigo, a proporção entre os gastos com saúde mental (GSM) e os gastos totais do MS (GTS) não caiu de 5,8% para 2,3% nos últimos 10 anos, mas manteve-se praticamente estável neste período.

Quanto ao primeiro ponto, não existem grandes divergências. Os autores do artigo reconhecem o incremento regular e sistemático dos recursos neste período. O segundo ponto, no entanto, merece comentários. No artigo, afirma-se que, de 1995 a 2006, houve redução da proporção gastos em saúde mental/gastos totais da saúde (GSM/GTS), de 5,8% para 2,3%. Os dados da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/Secretaria Executiva/MS)<sup>2</sup> não autorizam esta conclusão. Em especial: os dados referentes às despesas totais do MS para o ano de 1995, informados pelos autores, são atípicos e radicalmente discrepantes em relação aos dados de orçamento anual do SUS disponíveis (ver Tabela 1) e às séries históricas de diferentes bases de dados.

A despesa geral do MS no ano de 1995, segundo os autores, teria sido de 6,5 bilhões de reais, contra cerca de 15 bilhões segundo a fonte CAA/MS (mais que o dobro do registrado pelos autores). Assim, a proporção GSM/GTS no ano de 1995 não representa 5,8%, como afirma o artigo, mas 2,5% dos gastos naquele ano, metade do que foi afirmado. Mesmo a baixa consistência das bases de dados agregados sobre financiamento de políticas sociais no Brasil não explica discrepância tão acentuada. Note-se também que os dados compilados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – *A/MS Report on Mental Health System in Brazil 2006*. WHO/Ministry

**Tabela 1 - Valor total executado pelo Ministério da Saúde, de 1995 a 2006**

Valor total executado pelo Ministério de Saúde – em R\$ milhões											
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
14.937,14	25.376,79	18.804,47	19.323,69	20.337,71	22.699,25	26.135,92	28.293,33	30.226,28	36.538,02	40.794,20	44.342,74

\* Estimado

Fonte: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/SE/MS

of Health: São Paulo, 2007, no prelo – não autorizam conclusão semelhante.

Os gastos federais absolutos em saúde mental (e saúde em geral) vêm crescendo consistentemente ao longo dos últimos dez anos, e a proporção GSM/GTS vem se mantendo praticamente estável (em torno de 2% e 2,5%). Todos estamos de acordo que é necessária uma melhora significativa desta proporção (a OMS recomenda uma taxa de 5%, desempenho este que só se observa em alguns dos países europeus<sup>3</sup>), mas não existem dados para indicar que ela sofreu redução. Se o Brasil ostentasse de fato 5,8% do orçamento da saúde destinados à saúde mental, estaríamos melhor, em 1995, que a maioria dos países europeus herdeiros da época de ouro do Welfare State!<sup>4</sup> O que houve foi um aumento regular em termos absolutos e um redirecionamento dos recursos para o sistema extra-hospitalar (em 1995, mais de 90% dos recursos SUS em saúde mental financiavam o sistema hospitalar). Ocorreu, sim, redução proporcional dos gastos hospitalares que, pela primeira vez, em 2006, ficaram menores que os extra-hospitalares (48,7% contra 51,3%),<sup>5</sup> caracterizando a desejável mudança do modelo assistencial psiquiátrico público do Brasil. Esta nos parece a questão real do debate sobre o financiamento da saúde mental no SUS: como sustentar a mudança de modelo, que exigirá sempre novos investimentos. O futuro, não o passado.

Pedro Gabriel Delgado

Professor licenciado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ),  
Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Brasil

Renata Weber

Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil  
Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Brasil

Financiamento: Inexistente  
Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari Jde J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43-6.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenadoria de Acompanhamento e Avaliação. Orçamento Anual Executado - Ministério da Saúde. Brasília; 2006.
3. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005, Section I. Geneva; 2005. p. 47-50.
4. Esping-Andersen G. Towards the good society, once again? In: Sping-Andersen G, org. *Why we need a new welfare state?* Oxford: Oxford Press; 2002. p. 1-25.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.* Ministério da Saúde: Brasília; Janeiro de 2007, 85 p.

## Are there differences between early- and late-onset social anxiety disorder?

### Existem diferenças entre transtorno de ansiedade social de início precoce e tardio?

Dear Editor,

We read with great interest the article by Menezes et al.,<sup>1</sup> in which the authors highlighted that early-onset social anxiety disorder (SAD) patients presented more commonly with the generalized subtype, were more frequently inactive and had higher prevalence of psychiatric comorbidities. They could not find differences between groups regarding severity of the symptoms and therapeutic responses. The authors concluded that there is a subgroup of SAD patients with early-onset of social anxiety symptoms with different clinical characteristics.

In the framework of a prevalence study of SAD with undergraduate students, we evaluated 2,319 subjects taking several different courses at the University of São Paulo (USP) *campus* Ribeirão Preto and from the Universidade de Franca (UNIFRAN). The Social Phobia Inventory (SPIN)<sup>2</sup> was collectively administered to all subjects who agreed to participate. After this first phase of the study, individuals with

**Table 1 – Comparison of the socioeconomic and clinical characteristics of patients with early- and late-onset social anxiety disorder. SPIN – Social Phobia Inventory**

Variable	Early-onset		Late-onset	
	< 15 years n = 168 (70.9%)	< 18 years n = 211 (89.0%)	≥ 15 years n = 69 (29.1%)	≥ 18 years n = 26 (11.0%)
<b>Age (years)</b>	21.31 (± 2.7)	21.43 (± 2.8)	21.26 (± 3.8)	21.88 (± 4.0)
<b>Sex</b>				
Male	60 (35.7%)	70 (33.2%)	16 (23.2%)	6 (23.1%)
Female	108 (64.3%)	141 (66.8%)	53 (76.8%)	20 (76.9%)
<b>Economic activity</b>				
Work and study	35 (20.8%)	40 (19.0%)	9 (13%)	4 (15.4%)
Only study	133 (79.2%)	171 (81.0%)	60 (87%)	22 (84.6%)
<b>Use of medication</b>	37 (22%)	46 (21.8%)	18 (26.1%)	9 (34.6%)
<b>Academic performance</b>	7.07 (± 1.0)	7.02 (± 1.1)	6.96 (± 1.1)	7.20 (± 0.9)
<b>Subtype (DSM-IV)</b>				
Circumscribed	79 (47%)	100 (47.4%)	34 (49.3%)	12 (46.2%)
Generalized	89 (53%)	111 (52.6%)	35 (50.7%)	14 (53.8%)
<b>Severity (DSM-IV)</b>				
Mild	34 (20.2%)	44 (20.9%)	18 (26.1%)	8 (30.8%)
Moderate	107 (63.7%)	137 (64.9%)	44 (63.8%)	14 (53.8%)
Severe	27 (16.1%)	30 (14.2%)	7 (10.1%)	4 (15.4%)
<b>SPIN total score</b>	37.20 (± 10.7)	36.75 (± 10.2)	35.31 (± 7.8)	35.92 (± 7.9)
<b>Factor 1</b>	10.78 (± 3.3)	10.66 (± 3.1)	10.43 (± 2.6)	10.80 (± 2.9)
<b>Factor 2</b>	6.10 (± 3.7)	6.01 (± 3.6)	5.56 (± 3.2)	5.50 (± 2.8)
<b>Factor 3</b>	8.53 (± 3.9)	8.45 (± 3.1)	8.12 (± 2.9)	8.08 (± 3.0)
<b>Factor 4</b>	2.99 (± 2.0)	2.98 (± 2.0)	2.88 (± 1.5)	2.77 (± 1.7)
<b>Factor 5</b>	8.80 (± 2.2)	8.65 (± 2.2)	8.32 (± 2.2)	8.77 (± 2.1)