

Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil

Psychiatric Reform, Federalism, and the Decentralization of the Public Health in Brazil

Nilson do Rosário Costa ¹
Sandra Venâncio Siqueira ¹
Deborah Uhr ²
Paulo Fagundes da Silva ¹
Alex Alexandre Molinaro ¹

Abstract *This study examines the relationships between Brazilian psychiatric reform, the adoption of the Centers for Psychosocial Care (CAPS) and the development of the Unified Health System (SUS). The adherence of municipal governments was a variable determinant for the spread of reform, especially due to the continental scale and fragmentation of the Brazilian federation. The article demonstrates the institutional stability of psychiatric reform in Brazil over two decades. The institutional nature of the decision-making process in the public arena has permitted the implementation of new organizational formats through imitation and financial incentives. The psychiatric reform was successful in defending the advantages of CAPS in relation to the asylum and hospital model dominant in past decades. The inductive policies, strengthened and upheld by Law 10.216/2001, transformed the agenda of psychiatric reform, limited to pioneering cities in a national public policy.*

Key words *Psychiatric reform, Decentralization, Federalism, Local Government, CAPS, Brazil*

Resumo *O trabalho analisa as relações entre a reforma psiquiátrica brasileira, a adoção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do pacto federativo. A aderência dos governos municipais foi uma variável condicionante da disseminação da reforma, especialmente em função da dimensão continental e da fragmentação federativa do país. O trabalho demonstra uma trajetória de consistente estabilidade institucional da reforma psiquiátrica no Brasil ao longo de duas décadas. A institucionalidade do processo decisório no espaço público brasileiro ofereceu à agenda da reforma condições de implantação nos Municípios dos novos formatos organizacionais por meio da imitação, dos incentivos financeiros e pela bem sucedida defesa das vantagens sobre o modelo hospitalar e asilar dominante nas décadas passadas. As intervenções indutivas, reforçadas e acolhidas pela Lei 10.216/2001, transformaram a agenda da reforma psiquiátrica, limitada a cidades pioneiras, em uma política pública nacional.*

Palavras Chaves *Reforma psiquiátrica, Federalismo, Municípios, CAPS, Brasil*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais. Rua Leopoldo Bulhões 1480/901. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. nilson@ensp.fiocruz.br

² Coordenação de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Introdução

Esse trabalho analisa as relações entre a reforma psiquiátrica brasileira, a adoção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do pacto federativo. A pactuação entre os governos subnacionais é um dos principais condicionantes do desenvolvimento do SUS. A Constituição de 1988 instituiu o federalismo no Brasil e trouxe a novidade do ingresso dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do país. Consolidou-se, assim, a condição do poder local na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para que os governos municipais fossem responsáveis pelo provimento de bens e serviços¹.

Os estudos sobre a reforma psiquiátrica deram pouca atenção à dimensão federativa do caso brasileiro a despeito da grande ênfase ao tema da justiça distributiva territorial na nova política². A reforma setorial tem privilegiado a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por novos serviços de propriedade estatal municipal: os CAPS. Com o desenvolvimento do novo modelo organizacional objetivava-se a reversão do modelo assistencial de cuidados de transtornos mentais, centrado no hospital. As condições institucionais ratificadas pela Lei 10.216/2001 transformaram, em política pública instituída, os objetivos originais da reforma psiquiátrica: a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias.

A aderência dos governos subnacionais às inovações organizacionais implícitas na proposta dos novos serviços era uma variável condicionante da disseminação da reforma, especialmente em função da dimensão continental e a fragmentação federativa do país. O consenso federativo configurava-se como uma especial exigência para a descentralização na gestão das políticas sociais setoriais nos anos 1990³. Os governos municipais detêm elevada autonomia decisória. Havia um temor de que a autonomia dos governos locais produzisse resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização no setor saúde. O sucesso da reforma sanitária do país dependeria de incentivos e estruturas institucionais que favorecessem o comportamento responsável dos governos das cidades⁴.

Os primeiros CAPS municipais foram implantados sem incentivos específicos do governo federal na década passada, inspirados na experiência pioneira do Município de Santos, Estado de

São Paulo, que criou a referência tipológica do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) entre os anos 1989-1996. Assim, mesmo antes da definição dos incentivos financeiros federais e do desenho organizacional de novos serviços, propostos aos municípios por meio das Portarias nºs 189/1991, 224/1992 e 336/2002, já existia o modelo de serviço de saúde mental inovadores em bases locais e comunitárias^{2,5,6}.

Nesse sentido é importante questionar: em que medida o processo de descentralização da provisão da assistência à saúde mental foi favorecido pela iniciativa e autonomia dos governos municipais na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)? Quais os mecanismos de difusão viabilizaram a política pública da reforma psiquiátrica nacionalmente e a aceitação isomorfismo organizacional do modelo CAPS?

No processo brasileiro, a compreensão do jogo interativo dos governos municipais é essencial para compreender a difusão das políticas nacionais de proteção social. Bossert (1999) sugere o conceito de “espaço de decisão” para explicar a gama de escolhas possíveis que será delegada pelas autoridades centrais às autoridades locais. Nas experiências federativas, esse espaço pode ser formalmente definido por leis e normas que estabelecem as “regras do jogo” para os agentes na descentralização. O espaço de decisão é uma área de negociação ou cooperação entre os níveis de governo com as autoridades locais, sempre buscando ampliar o poder de decisão extraído do governo central⁷.

O termo descentralização, nesse contexto, descreve: 1) a transferência de capacidade fiscal para autoridades subnacionais; 2) a transferência de responsabilidades pela implantação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal para outras esferas de governo. Almeida observa que a Constituição de 1988 traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelas forças democráticas predominantes. A federação foi redesenhada em benefício dos Estados e dos Municípios, transformados em entes federativos “de fato”⁸.

A mudança das funções exercidas pelo governo federal na provisão de serviços sociais determinou a ocorrência e a normatização de processos importantes na realocação de competências e atribuições. Os estados e municípios tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal⁸. Cabe mencionar que a descentralização da provisão dos serviços sociais públicos tem sido objeto de elevado criticismo. Em muitos casos, a

descentralização ameaça ou constringe os objetivos de políticas nacionais orientadas à equidade. O federalismo pode enfraquecer a capacidade dos Estados nacionais em promover justiça distributiva e igualdade em termos territoriais⁹. Nesse contexto, a compreensão da experiência brasileira de desenvolvimento federativo da reforma psiquiátrica ganha especial relevo.

O governo central brasileiro foi muito ativo na criação de incentivos financeiros para a descentralização da provisão pública de saúde, delegando a quase totalidade da execução orçamento federal da saúde aos governos subnacionais – especialmente aos Municípios, como demonstrado na Tabela 1. Entre os anos 1994 e 2008 observa-se um aumento superior a 50 pontos percentuais da execução orçamentárias pelos governos Estaduais e Municipais. Esta delegação foi feita através de uma inovação nos mecanismos de transferência financeira entre os governos federativos: a introdução das “transferências fundo-a-fundo” em lugar dos convênios e do pagamento direto, pelo governo federal, às Secretarias de Saúde de Estados (SES) e Municípios (SMS). O mecanismo de transferência fundo-a-fundo permite que os recursos federais da saúde sejam destinados diretamente pelo governo central aos Municípios sem intermediação dos governos estaduais.

Lima¹⁰ identifica três inovações adicionais nos mecanismos de transferências financeiras federais para os Municípios:

1. Os repasses globais em blocos de gestão, do tipo *block grants*, após a fase de transferências segundo nível da atenção à saúde, do tipo de serviço ou programa (tipo *project grants*), especialmente após o Pacto de Gestão de 2006;

2. A exclusão de critérios e condicionantes de qualquer natureza - incluindo os político-partidários e de formato clientelista - para o recebimento e aplicação dos recursos;

3. A transferência para os governos subnacionais do volume de recursos e da gestão para a

remuneração direta do Ministério da Saúde (MS) por serviços prestados, em unidades privadas credenciadas ao SUS, que passam a ser administrados pelos governos municipais, estaduais e do Distrito Federal.

Ao contrário da percepção da experiência internacional, a maioria dos estudos da descentralização ressaltou aspectos redistributivos dos processos de transferência desenvolvidos pelo SUS, especialmente a partir da NOB 01/96, além de processos de aprendizado e incentivo institucional. Os aspectos redistributivos são associados à substituição dos critérios de alocação de recursos federais para a saúde, com base na capacidade produtiva dos governos subnacionais, por critérios populacionais na repartição dos recursos da atenção básica.

Mais especificamente, essa substituição do critério de transferência de recursos gerou importantes mudanças, como: 1) a alteração na forma de alocação de recursos federais destinados à produção de serviços de assistência à saúde, visando incentivar a coparticipação de estados e municípios, a ampliação da capacidade instalada e o emprego de recursos humanos, particularmente em municípios mais carentes; e 2) a criação de estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços mais complexos, visando a uma maior homogeneidade em nível nacional, com ênfase na proliferação de ações e procedimentos de atenção primária e de medidas de promoção e prevenção em saúde¹¹.

Esta política redistributiva e de incentivos financeiros gerou mais ganhadores que perdedores na política pública em comparação à desigualdade observada na alocação de recursos federais pela remuneração de serviços hospitalares e de média e alta complexidade¹².

Neste contexto federativo cooperativo, a difusão dos novos serviços apresentou características de aderência horizontal e incremental. No primeiro modelo de difusão de políticas públi-

Tabela 1. Execução do Orçamento do Ministério da Saúde para pessoal, ações e serviços, segundo mecanismos utilizados no Brasil (1994-2008)

	1994	2000	2008
Despesas Executadas Diretamente pelo Ministério da Saúde (pessoal, despesas correntes e outras despesas diretas)	91,8%	55%	36%
Transferências delegadas à execução de Estados, Distrito Federal e Municípios.	8,2%	45%	64%
Total	100%	100%	100%

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br/>

cas, os governos municipais adotaram, por escolha própria, as soluções difundidas por canais de interação de comunidades técnicas ou associações profissionais. O padrão de adesão às soluções organizacionais da política de saúde mental foi aleatório. O desenvolvimento da política dependeu das características idiossincráticas dos governos locais e das lideranças municipais. O caso da aderência ao modelo organizacional desenhado pelo Município de Santos, mencionado acima, é emblemático para o caso brasileiro.

Já o modelo de difusão incremental teve como base as ideias do “empréstimo” de boas políticas e da busca dos “atalhos organizacionais”, de sucesso já comprovado, para a solução de problemas complexos¹³. Configurou-se um padrão de difusão de política pública por mimetismo no campo da saúde mental. Di Maggio e Powell afirmam que as organizações são moldadas por padrões dominantes do seu setor pela busca de legitimidade e redução de incerteza decisória¹⁴. A ubiquidade de alguns tipos de arranjos organizacionais pode, assim, ser creditada à universalidade do processo mimético do que qualquer evidência concreta sobre a eficiência dos modelos adotados. A simples cópia e o processo inovação-imitação contínuo são motores fundamentais na difusão dos modelos organizacionais. O padrão incremental poderia ser associado, na experiência da reforma psiquiátrica brasileira, não só à presença dos incentivos financeiros aos Municípios. A predisposição para a tomada de empréstimo do modelo organizacional pelos governos municipais foi uma opção relativamente autônoma, reforçada, sem dúvida, pelo acesso aos benefícios e privilégios da execução financeira que os governantes acessaram ao longo das décadas de 1990 e 2000.

A Reforma Psiquiátrica e os Municípios Brasileiros

Arretche observa, nesse sentido, que a autonomia para a gestão de políticas sociais no Brasil teria criado oportunidades institucionais para que os governantes implantassem decisões onerosas aos Municípios⁴. Ou seja, além das transferências vantajosas de recursos, a assunção da responsabilidade de uma política pública no contexto da federação brasileira sofreria a influência favorável de outras variáveis específicas como: o baixo custo de execução da gestão; a existência de instalação e infraestrutura; o legado de políticas prévias e as estratégias eficientemente desenhadas da agenda setorial³.

Na visão da autora, o SUS foi uma política bem sucedida de difusão, em função do elevado grau de descentralização alcançado. Ela credita esse sucesso à existência de regras constitucionais de universalização e de cooperação, além do fato da descentralização ter estado na agenda de uma comunidade técnica articulada e estável – os sanitaristas – e de apresentar benefícios políticos aos municípios que passaram a oferecer serviços de saúde¹⁵.

A proposta da reforma psiquiátrica foi também favorecida pela capacidade do governo central brasileiro em produzir cooperação e defesa da ampliação dos serviços de saúde ao nível local. Essa condição institucional cooperativa foi o legado institucional das políticas pretéritas que possibilitaria que a reforma psiquiátrica fosse difundida de modo incremental nas instâncias decisórias municipais.

No biênio 1991-1992, por meio de decisões cruciais no incentivo financeiro e no desenho organizacional, o executivo federal definiu as condições para o desenvolvimento dos novos serviços de saúde mental nos Municípios. A Portaria 189 do Ministério da Saúde de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), definiu o financiamento público para os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), contemplando o custeio da assistência de pacientes que demandavam cuidados intensivos por equipes multiprofissionais¹⁶.

A Portaria 224 do Ministério da Saúde de 1992 formalizou as funções dos NAPS/CAPS como unidades de saúde locais e regionalizadas com população adscrita, como possibilidade de funcionamento 24 horas durante os 7 dias da semana. As funções dos novos serviços era prover cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar; atuar como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental e atender pacientes referenciados dos serviços de urgência ou egressos de internação psiquiátrica.

A carteira de serviços e o apoio ao paciente foram também definidos com especificidade: atendimento ambulatorial (medicamento, psicoterapia e de orientação); atendimento de grupo; visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a inserção social do paciente e refeições gratuitas.

A Portaria do Ministério da Saúde 224/1992 definiu a composição básica dos recursos profissionais dos NAPS/CAPS para uma população de 30 pacientes por turno de 4 horas: 1 médico

psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior do campo da saúde (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional)¹⁷.

As diretrizes acentuadamente normativas da SAS/INAMPS para os novos serviços dos Municípios foram emanadas em um ambiente favorável de implantação da descentralização do SUS fundada em uma aliança privilegiada entre o Executivo Federal (Ministério da Saúde) e as autoridades municipais. Mesmo os deslocamentos conjunturais, depois de efetivada a primeira onda de descentralização da década de 1990, não alteraram a condição cooperativa, apesar do reconhecimento do risco da fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva entre os Municípios. O reconhecimento dessa situação levaria à emergência da agenda da regionalização, no início da década de 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que não foi bem sucedida.

A estabilidade do processo de descentralização foi ratificada pela manutenção do espaço de negociação dado pela denominada Programação Pactuada Integrada (PPI) - instituída pela Norma Operacional Básica 96 de 1998. Desde então a PPI tem sido um instrumento de planejamento das ações e serviços no contexto do pacto federativo da saúde. A partir da consolidação da PPI são definidos anualmente os limites [tetos] financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC) de cada um dos Municípios, contemplando a parcela referente ao atendimento da população própria e da população referenciada, resultante das negociações intermunicipais ou interestaduais.

Aprovados pela Comissão Intergestores Estaduais e Municipais Bipartite (CIB), os tetos financeiros são publicados desde a segunda metade dos anos 1990 em órgão oficial nos estados e encaminhados ao Ministério da Saúde, que instituiu o repasse dos recursos em consonância com programação pactuada. Para quaisquer alterações dos limites financeiros em vigor, tem sido necessária aprovação prévia nas CIB estaduais e envio das novas programações ao Ministério da Saúde.

Depois de um interregno de quase uma década, marcado por inovações pontuais nas diretrizes do Ministério da Saúde dos anos 1990 para a saúde mental, outra decisão crucial para a reforma psiquiátrica foi a definição em 2002 de novas condições de alocação de recursos federais anuais para a construção dos CAPS *fora dos limites dos "tetos financeiros"* resultantes dos pactos entre as instâncias de representação federativas do SUS. A Portaria 336 do Ministério da Saúde de 2002 defi-

niu, no Artigo 7º, que “os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, assim como os novos [...] serão remunerados através do Sistema APAC/SAI, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)”¹⁸.

Essa nova decisão alocativa foi ratificada pelo novo arranjo estabelecido pelo denominado “Pacto Pela Saúde” de 2006. Este novo arranjo decisório promoveu implicitamente o fortalecimento do poder das Secretarias Estaduais de Saúde e dos grandes Municípios¹. Apesar dessa mudança, a condição de financiamento especial – fora dos limites do teto financeiro – foi mantida até 2008. Nesse ano, os repasses federais para o Fundo Municipal de Saúde foram incorporados ao teto financeiro dos Municípios de acordo com a programação do SUS – via cálculo da série histórica. Em 2009, os recursos para os novos CAPS a serem implantados foram convertidos em recursos orçamentários para procedimentos de média e alta complexidade de repasse mensal¹⁹.

Independente das mudanças no processo alocativo, os incentivos financeiros aos serviços de saúde mental, sob a responsabilidade local, foram atraentes para os Executivos municipais durante quase toda a década de 2000. A decisão de alocar os recursos de modo explicitamente flexível, por meio dos mecanismos de fundo-a-fundo, consolidou o projeto da década anterior de conversão massiva dos municípios à nova modelagem organizacional da assistência à saúde mental. O padrão de alocação orientando aos novos serviços dos recursos da saúde mental do governo central brasileiro foi extremamente efetivo, especialmente considerando a estabilidade das despesas com os serviços de saúde mental do Ministério da Saúde ao longo da década de 2000, como mostra a Tabela 2.

A estabilização na participação proporcional das despesas com saúde mental no orçamento do Ministério da Saúde foi compensada, entretanto, pela mudança radical na prioridade alocativa. Como mostra a Tabela 3, os novos serviços territoriais tiveram um real crescimento no financiamento por habitante de 333% enquanto que os recursos para ações e serviços hospitalares de saúde mental sofreram perdas significativas de financiamento pelo Ministério da Saúde. A política de redução da oferta de leitos psiquiátricos alcançou um pleno êxito no fim da década passada, principalmente porque acompanhada de imensa redução do financiamento pelo Ministério da Saúde.

Tabela 2. Despesas com Saúde Mental – Ministério da Saúde – Brasil - 2002-2009

Descritores	2002	2009
Despesa Nominal Total Executada pelo Ministério da Saúde*	28.293	62.991
Despesa Nominal com Saúde Mental Executadas pelo Ministério da Saúde*	619	1.495
% das Despesas com Saúde Mental nas Despesas Totais do Ministério da Saúde	2,19	2,38

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – Relatório de Gestão. Saúde Mental no SUS. Janeiro de 2011* Em milhões de Reais

Tabela 3. Despesas per capita com Saúde Mental do Ministério da Saúde – Brasil - 2002 e 2009 (Em R\$ de 2002)*

Descritor	2002	2009	Varição 2002-2009
Despesa per capita com CAPS e outros dispositivos não hospitalares	0,90	3,90	333%
Despesa per capita com ações e programas hospitalares	2,77	1,86	-33%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde – Relatório de Gestão. Saúde Mental no SUS. Janeiro de 2011 *Deflacionados pelo IPCA 12 meses

A conversão para os serviços territoriais de provisão local aproveitou uma conjuntura expansionista das atividades de provisão de serviços e ações de saúde pelos Municípios brasileiros em razão dos compromissos com a Emenda Constitucional 29 (EC-29). Os governos estaduais e, principalmente, os municipais aumentaram significativamente a parcela do financiamento público da assistência à saúde na década de 2000²⁰.

A vinculação de fontes para a saúde foi viabilizada pela EC-29 de 1999. Esta emenda definiu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicariam, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos próprios mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados segundo acordos pactuados. O pacto federativo na saúde viabilizou, assim, um importante espaço de negociação, coordenação e articulação de ações entre as três esferas de governo no âmbito do financiamento.

Com a previsão constitucional de responsabilidade compartilhada no financiamento, esperava-se estabilizar e aumentar os recursos públicos para a saúde. Para a União, os recursos destinados à saúde passariam, inicialmente, a ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, o montante mínimo de recursos aplicado em saúde deveria corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Este percentual foi gradualmente ampliado até alcançar 12% para os governos estaduais e do Distrito

Federal, e 15%, para a maioria dos governos municipais, de 2004 em diante.

No contexto expansionista das despesas municipais com saúde, a estratégia de ampliação da escala de provisão pelos CAPS alcançou vários objetivos: 1) a padronização no desenho organizacional dos novos serviços, indo de encontro à heterogeneidade das experiências municipais; 2) a focalização de clientela, explicitando especialmente os usuários de álcool e drogas bem como crianças e adolescentes com transtornos mentais como população-alvo; 3) a tipificação de níveis de complexidade dos CAPS segundo a população-alvo e a carteira de serviços; 4) a sinalização do acolhimento à crise nos CAPS III, diante do criticismo em relação à redução do financiamento da oferta de leitos psiquiátricos pelo SUS; 5) e uma população de referência sob sua responsabilidade territorial – e não mais um quantitativo de pacientes como na Portaria 224/1992.

Os CAPS têm como população-alvo os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes adscritos à área territorial sob a sua responsabilidade. Assumem também funções estatais de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental desde que sejam organizações de natureza jurídica pública da administração direta. As unidades devem funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar¹⁸.

No âmbito de seu território, as principais competências organizacionais dos CAPS são: organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental; regular a porta de entrada da rede

assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais na área de saúde mental.

O Quadro 1 resume a configuração proposta pelas Portarias 336/2002 e 1455/2003 nos itens coparticipação federal, clientela alvo, composição da equipe, cobertura, carteira de serviços e apoio aos pacientes. Cabe destacar que a modelagem do Quadro 1 reproduz as diretrizes e as normas para a assistência em saúde já indicados da Portaria 224/1992, como comentamos acima. A Portaria 224/1992 não contemplava uma pa-

dronização organizacional tão isomórfica por ainda mencionar as figuras de CAPS e NAPS.

As Duas Décadas de Expansão dos CAPS

Resta então mostrar qual o padrão observado de expansão dos CAPS nos Municípios brasileiros, resultado dos processos de difusão por imitação e incentivo econômico em ambiente federativo. A Tabela 4 mostra o efeito dos incentivos positivos associados às Portarias 189/1991, 224/1992 e 336/2002 sobre a disponibilidade de CAPS em duas décadas. Demonstra que o efeito indutivo das várias Portarias produziu o incremento anual médio de 25% na oferta de CAPS pelos municípios brasileiros entre 1990 e 2010.

Quadro 1. Isomorfismo Organizacional e as Características de Cobertura, População-Alvo, Disponibilidade, Carteira de Serviços, Apoio ao Paciente e Recursos Humanos dos CAPS – Brasil.

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSAd
Cobertura populacional	20 a 70 mil habitantes	70 a 200 mil habitantes	200 mil ou mais habitantes	100 mil ou mais habitantes	100 mil ou mais habitantes
População-alvo	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas
Disponibilidade	Diurna – 5 dias	Diurna – 5 dias	24 horas	Diurna – 5 dias	Diurna- 5 dias
Carteira de serviços, Intervenção territorial e intersetorial e Suporte aos pacientes	Atendimento Individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições	Idem Caps I	Idem Caps I e II, mais leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias	Idem Caps I e II, mais ações intersetoriais com educação, assistência, justiça	Idem Caps I e II, mais atendimento de desintoxicação
Equipe mínima	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível técnico	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em SM 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra + 1 médico clínico 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde - Portaria 336 de 2002 e Portaria 1455 de 2003.

O impacto específico da Portaria 336/2002 resultou em novo impulso de crescimento de 282% na disponibilidade de CAPS no SUS em 2010 quando comparado com 2002. A difusão dos novos serviços nos Municípios foi, portanto, muito expressiva nas duas décadas. Como mostra o Gráfico 1, a demarcação mais relevante produzida pela Portaria 336/2002 foi na escala da oferta, que apresentará uma mudança sem precedentes em fins da década passada.

Em 2010, a oferta de CAPS alcançou 1541 unidades. Em 2001, quando promulgada a Lei 10.216, a oferta nacional ainda era de apenas 295 unidades. O ambiente institucional de cooperação federativa, os incentivos financeiros, os recursos próprios locais, aliados à clareza e coerência dos objetivos da política para saúde mental, criaram as condições favoráveis para que a reforma psiquiátrica fosse assumida como política local no ambiente de expansão da agenda sanitária nos Municípios.

Tabela 4. Duas Décadas de Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios – Brasil - 1990-2010

Ano	Quantidade de CAPS nos Municípios
1990	12
1991	15
1992	23
1993	34
1994	51
1995	63
1996	92
1997	112
1998	148
1999	179
2000	208
2001	295
2002	424
2003	500
2004	605
2005	732
2006	1010
2007	1155
2008	1326
2009	1467
2010	1620
Varição Média Anual de 1990 a 2010	25%
Varição 2002/2010	282%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental em Dados. Janeiro. 2007 e 2011

Cabe assinalar, ainda assim, que crescimento dos diferentes tipos de CAPS foi bastante desigual. A Tabela 5 revela um padrão diferenciado de crescimento da oferta de CAPS segundo as tipologias de cobertura, complexidade e clientela definidas pela Portaria 336/2002.

Entre 2002 e 2010, o incremento na quantidade de CAPS I foi de 424%. O crescimento na oferta de CAPSAd e CAPSi também foi muito substantivo: 514% e 300 %, respectivamente no período.

O investimento municipal na oferta de CAPS II foi um pouco menos expressivo em comparação às demais tipologias. A expansão desses dispositivos foi de 124%, em função do grande crescimento observado na década anterior.

A proposta dos CAPS III, com leito e funcionamento 24 horas, não foi assumida pela gestão municipal na escala observada para os outros tipos de serviços. Ainda que o crescimento observado dos CAPS III tenha sido 189% entre 2002 e 2010, poucas unidades foram disponibilizadas pelos Municípios. Em 2010 era informada a existência de apenas 55 CAPS III, concentrados em poucos Municípios. Em 2010, os CAPS III representavam apenas 3,4% do total. Em 2002, esse percentual era de 4,5% do total de CAPS. Entre os

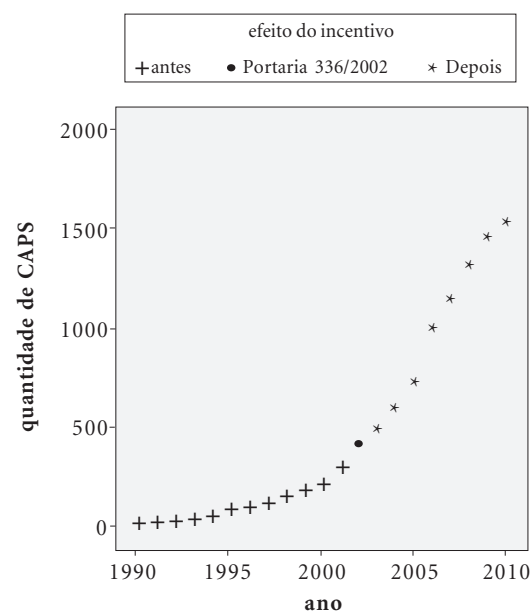


Gráfico 1. Efeito da Portaria 336/2002 sobre a Oferta de CAPS – Brasil. 1990-2010

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental em Dados. Janeiro. 2007 e 2011

anos 2009 e 2010, chama especialmente atenção, adicionalmente, que o ritmo de expansão de todos os tipos de CAPS foi de 10%, indicando uma importante redução na velocidade histórica de expansão dos novos serviços de saúde mental.

Os CAPS nos Grandes Municípios Brasileiros

Uma perspectiva complementar e importante para a descrição do desenvolvimento da reforma psiquiátrica diz respeito ao padrão de implantação do modelo CAPS nas grandes cidades brasileiras, ou seja, com mais de 200 mil habitantes em 2010. O tema da aderência das grandes cidades já foi destacado na agenda do SUS diante das dificuldades de expansão da Estratégia de Saúde da Família²¹. Nestes municípios, no início dos anos 2000, as transferências federais do SUS poderiam não favorecer a expansão generalizada dos novos serviços de saúde mental por duas razões: 1) os mecanismos utilizados não avaliaram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de

gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais; 2) o volume de recursos transferidos não seria suficiente para superar as limitações estruturais (orçamentárias) dos Municípios menos desenvolvidos economicamente.

Os grandes Municípios, alvos preferenciais das políticas públicas de saúde mental, apresentam importantes diferenças no *padrão de oferta dos diferentes tipos de CAPS*. A Tabela 6 descreve a disponibilidade dos novos serviços de saúde no universo dos 119 Municípios qualificados como de grande porte.

Observa-se que a quase totalidade (96,5) dos Municípios adotou uma modalidade de CAPS. Entretanto, o CAPS III foi implantado por uma proporção baixíssima de cidades (17%). Essa condição ratifica o perfil de baixa da adesão aos CAPS III comentada anteriormente. Por outro lado, os CAPS II e CAPSAd estavam disponibilizados em, respectivamente, 79% e 70% dos grandes Municípios em 2010. Os serviços para pacientes com transtornos mentais associados ao uso de álcool e drogas dispunham, portanto, de razoável capilaridade

Tabela 5. Número de CAPS por tipo – Brasil – 2002-2010

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSAd	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620
Variação 2002/2010	424%	124%	189%	300%	514%	282%
Variação 2009/2010	11%	4,5%	19%	14%	15%	10%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Brasília. 2011.

Tabela 6. Perfil da Distribuição dos CAPS nos Municípios com mais de 200 mil habitantes – Brasil. 2010

Descritores	Frequência	% Sobre o universo (N=119)
Municípios com algum tipo de CAPS	115	96,5%
Municípios com CAPS II	94	79%
Municípios com CAPS Ad	84	70%
Municípios com CAP Si	55	47%
Municípios com CAPS III	20	17%
Municípios com CAPS I	11	9%

Fonte: Ministério da Saúde. Sala de Situação. 2011

de nas grandes cidades. A oferta dos CAPS era menos expressiva, estando disponível em 47% dos grandes Municípios naquele ano.

A *escala de cobertura* dos CAPS no universo dos grandes Municípios também é um ponto que merece uma observação específica. Em 2008 a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde definiu escalas de cobertura referidas a 100 mil habitantes para avaliar a oferta dos CAPS nos Municípios, Estados e Regiões. Nessa escala, a cobertura muito boa está acima de 0,70 CAPS por 100 mil habitantes; boa (entre 0,50 e 0,69); baixa (entre 0,49 e 0,20) e insuficiente (abaixo de 0,20 CAPS/100 mil habitantes). A Tabela 7 descreve a situação de cobertura dos CAPS por 100 mil habitantes nos grandes Municípios brasileiros em 2010.

Constatava-se que 35 Municípios, no universo de 119, apresentavam cobertura insuficiente ou baixa – disponibilidade máxima de 0,34 CAPS por 100 mil habitantes em 2010. Era um percentual relativamente baixo de Municípios: 24%. Entretanto, como observado na Tabela 7, os Municípios com menor cobertura apresentavam uma população média significativamente superior aos demais.

Em 29 Municípios a cobertura dos CAPS foi classificada como boa (média 0,57 CAPS por 100 mil habitantes). A cobertura ótima – acima de 0,70 CAPS por 100 mil habitantes - era observada em 55 Municípios (46% do universo). Estes Municípios apresentavam uma média de cobertura de 1 CAPS por 100 mil habitantes. Cabe salientar, sobretudo, que em 2010, a alta cobertura de novos serviços de saúde mental independeu da capacidade fiscal e do gasto com saúde, mas era negativamente associada ao porte populacional dos Municípios. Os grandes Municípios apresentavam um déficit importante de cobertura populacional. A escala populacional do Município aparecia como uma importante limitação para o alcance da cobertura adequada na provisão dos novos serviços de saúde mental.

Outras variáveis estruturais devem ser exploradas para a compreensão da baixa disponibilidade de CAPS nas cidades brasileiras muito grandes nos últimos anos, como a importante oferta de assistência à saúde mental nos serviços ambulatoriais tradicionais.

Conclusão

O trabalho demonstra uma trajetória de consistente estabilidade institucional da reforma psiquiátrica no Brasil ao longo de duas décadas. A reforma psiquiátrica, ao contrário de outras políticas setoriais brasileiras, superou o padrão de veto dos grupos organizados, característico do processo decisório brasileiro em áreas onde existe divergência marcada de interesses. A noção de *veto* na agenda política considera que a adoção de uma nova linha de ação governamental que se desvia do *status quo* requer a concordância de uma ampla gama de atores. Quando a quantidade de atores com o poder de obstrução é expressiva, a mudança se torna extremamente difícil. No Brasil, no regime de democracia recente, o Executivo federal tem dificuldade para introduzir novas políticas onde exista um grande número de atores cruciais com poder de obstrução²². É importante assinalar que o desenvolvimento dos novos serviços foi realizado em um ambiente de veto explícito dos proprietários de hospitais, mesmo familiares e, nos últimos anos, de representação organizada dos médicos psiquiatras. A ação coletiva desses grupos de interesse, entretanto, não obteve sucesso em obstaculizar o desenvolvimento da nova agenda.

A institucionalidade do processo decisório no espaço público brasileiro ofereceu à agenda da reforma condições de implantação nos Municípios dos novos formatos organizacionais por meio da imitação, dos incentivos financeiros e pela bem sucedida defesa das vantagens sobre o modelo hospitalar e asilar dominante nas décadas passa-

Tabela 7. Cobertura dos CAPS nos Municípios com mais de 200 mil habitantes – Brasil -2010

Descritores	Frequência de Municípios	Percentual	População Média	Média de cobertura por 100 mil habitantes
Cobertura Muito Boa (> 0,70)	55	46	390.625	1,0
Cobertura Boa (entre 0,69 e 0,50)	29	24	621.849	0,57
Cobertura Baixa ou Insuficiente (< de 0,50)	35	30	987.685	0,34
Total	119	100	622.580	0,72

das. As portarias setoriais indutivas, reforçadas e acolhidas pela Lei 10.216/2001, transformaram a agenda da reforma psiquiátrica, localizada em cidades pioneiras, em uma política pública nacional. A adesão horizontal dos Municípios foi muito favorecida pela cooperação federativa acumulada pela pactuação do SUS. Nesse sentido, a descentralização federativa favoreceu ao projeto de justiça distributiva na saúde mental.

A disseminação dos CAPS nos Municípios foi apenas um produto do oportunismo do governo local? A adesão mimética e massiva dos governos locais teria enfraquecido a radicalidade do projeto original dos CAPS? Haveria uma diferença abissal entre a praxis dos novos CAPS em relação às experiências pioneiras, como a do Município de Santos, que inspiraram a mobilização pela Reforma Psiquiátrica? Yasui afirma que “se as portarias 189/1991 e 224/1992 incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome NAPS e de CAPS, que acabaram se transformando em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda, a portaria 336/2002, em função das mudanças no financiamento está contribuindo para a ampliação do número de CAPS num ritmo cada vez mais veloz. Este é um risco presente no atual processo da Reforma Psiquiátrica. Embora inspirados em ideias e princípios de transformação assistencial, corremos o risco de produzir apenas uma tímida desospitalização”²².

As evidências desse trabalho não permitem concluir que os Municípios se comportaram de modo oportunista, ameaçando os objetivos estratégicos da reforma psiquiátrica. Assumiram a política de saúde mental para pacientes graves dentro de possibilidades populacionais e fiscais. Adotaram voluntariamente as soluções organizacionais preconizadas pela Coordenação de Saúde Mental do MS, que pareceram mais adequadas diante de um contexto de estabilidade nas despesas com saúde mental do Ministério da Saúde e da omissão da instância estadual do SUS com a política pública para o setor ao longo da década de 2000. O acelerado ritmo de crescimento da oferta dos novos serviços revela a criação de uma rede pública de assistência à saúde mental expressiva em cidades comprometidas com a saúde pública. Durante duas décadas uma nova estrutura de provisão municipal de saúde mental foi criada, rompendo com as heranças do passado. Antes de condená-la, é necessária a construção de uma nova coalizão que dialogue sobre as condições de sustentabilidade, qualidade e eficiência organizacional dessas novas estruturas. A sustentabilidade é

um ponto especialmente crítico na experiência brasileira. Refere-se aqui à questionável capacidade dos CAPS responderem setorialmente às necessidades múltiplas de pacientes graves, que demandam respostas no campo da habitação, educação, serviço social, justiça e outros^{23,24}. O modelo dos CAPS tem uma condição muito desfavorável de sustentabilidade, quando avaliado o perfil de gravidade da população-alvo em função da estreita dependência à governabilidade e ao financiamento setorial da saúde.

O tema da deshospitalização exige, sobretudo, repensar, em perspectiva sistêmica, os papéis do Ministério da Saúde e dos governos estaduais no financiamento à saúde mental, aliviando a pressão sobre os governos locais. Um bom terreno para este deslocamento é o assunto “baixa disponibilidade dos CAPSIII nos Municípios”. A carteira de serviços e os mecanismos de financiamento dos CAPS III objetivam a implantação de “política humanizada de internação sem leitos” adequada à agenda da reforma brasileira. A mínima disponibilidade de CAPSIII mostrada neste trabalho configura uma falha de provisão governamental que não pode ser atribuída apenas aos governos municipais. É uma falha da política do Estado brasileiro em sua totalidade. Essa falha institucional afeta severamente a estratégia substitutiva da internação em hospital psiquiátrico por força da baixa responsabilidade federativa com essa agenda. Esse cenário é agravado pela ausência de uma política consequente no âmbito do SUS, ao longo da década passada, para de ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em hospital geral

Colaboradores

NR Costa, SV Siqueira, D Uhr, PF Silva e AA Molinaro participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e Dinâmica Política do Federalismo Sanitário Brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-411.
2. Yasui S. *Rupturas e Encontros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
3. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev. bras. Ciências Soc* 1999; 14(40):111-141.
4. Arretche MTS. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
5. Uhr D. *Atenção Psicossocial, Clínica Ampliada e Território: A Reforma Psiquiátrica e os Novos Serviços de Saúde Mental* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2001.
6. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):1053-1062.
7. Bossert T. Analyzing the Decentralization of the Health Systems in Developing Countries: decision space, innovation and Performance. *Social Science & Medicine* 1998; 47(10):1513-1527.
8. Almeida MHT. Recentralizando a Federação? *Rev Sociol Polit* 2005; 24:29-40.
9. Simeon R. Federalism and Social Justice: Thinking Through the Tangle. In: Greer SL, editor. *Territory, Democracy and Justice*. New York: Palgrave MacMillan; 2006.
10. Lima LD. Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
11. Melamed C, Costa NR. Inovação no financiamento federal à Atenção básica. *Rev Saude Coletiva* 2003; 8(2):393-401.
12. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e Alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2003; 8(12):417-437.
13. Berry FS, Berry WD. Innovation and Diffusion Models in Policy Research. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the Policy Process*. California: Westview Press; 2007.
14. Di Maggio PJ, Powell WW. The Iron Cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. In: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1991
15. Arretche MTS. Toward a Unified and More Equitable System: Health Reform in Brazil. In: Kaufman RR, Nelson JM, editors. *Crucial Needs, Weak Incentives*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 189 de 19 de Novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). *Diário Oficial da União* 1994; 30 jan.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS n° 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da União* 1994; 30 jan.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.196 de 4 de Junho de 2009. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União* 2009; 05 jun.
20. Costa NR. *Federalismo, Descentralização e Equidade: Uma análise do financiamento à saúde dos Municípios brasileiros* [nota técnica]. Rio de Janeiro: Laboratório de Políticas Públicas e Sistemas de Saúde. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2011.
21. Mattos RA. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as Grandes Cidades. *Physis* 2002; 12(1):77-108.
22. Ames B. *Os Entraves da Democracia no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2003.
23. Knapp M, McDavid D, Amaddeo F, Constantopoulos A, Oliveira MD, Carulla LS, Zechmeister I, The Mheen Group. Financing Mental Health Care in Europe. *Journal of Mental Health* 2007; 16(2):167-180.
24. McDavid D, Oliveira MD, Jurczak K, Knapp M, The Mheen Group. Moving Beyond the Mental Health Care System: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health* 2007; 16(2):181-194.

Apresentado em 08/09/2011

Aprovado em 30/09/2011

Versão final apresentada em 05/10/2011