



O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora

Federal financing of CAPS in Brazil: Pandora's box

Edineia F. A. Oliveira^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4138-0842>

Maria Lúcia T. Garcia^a

 <https://orcid.org/0000-0003-2672-9310>

Resumo: Este artigo analisa o financiamento federal dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil entre 2008 e 2023. Trata-se de pesquisa documental, utilizando o banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, bem como informações obtidas por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. Para análise, utilizou-se da estatística descritiva com medida de tendência central. Identificou-se a expansão gradativa do CAPS no período, mas apenas 85% destes eram habilitados pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Financiamento.

Abstract: This paper analyze the federal financing of Psychosocial Care Centers in Brazil between 2008 and 2023, reflecting on how federal financing contributes to the expansion and maintenance of these devices. This is documentary research using the database of the IT Department of the Brazilian Unified Health System, as well as information obtained through the Electronic System of the Citizen Information Service. For analysis, descriptive statistics were used with a measure of central tendency. The gradual expansion of CAPS during the period was identified, but only 85% of that were authorized by the Ministry of Health.

Keywords: Mental health. Psychosocial Care Center. Funding.

^aUniversidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória/ES, Brasil.

Recebido: 21/6/2024 ■ **Aprovado:** 12/7/2024

Introdução

Este artigo analisa o financiamento federal dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil entre 2008 e 2023, refletindo sobre como o financiamento federal contribuiu para expansão e manutenção desses dispositivos, evidenciando as discrepâncias entre a expansão e o financiamento de tais dispositivos. O recorte temporal foi estabelecido considerando que, até 2008, os CAPS recebiam recursos de custeio por Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) por produção dos serviços, conforme registro no DATASUS/TabNet. A partir da Portaria GM/MS n. 2.867, de 27 de novembro de 2008, os estados, o Distrito Federal e os municípios passaram a receber um teto financeiro por CAPS habilitado. E 2023 foi o último ano com dados disponíveis.

O foco nos CAPS se justifica pela importância desses dispositivos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como estratégicos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2004a). Como serviços de base territorial, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário, os CAPS, distribuídos em todo o país, ofertam tratamento com assistência de uma equipe multiprofissional, que garante o cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada usuário (Brasil, 2004a). Além disso, o estudo se justifica por sua relevância científica. Os estudos usualmente destacam reflexões sobre o dispositivo (Oliveira, 2006; Onocko-Campos; Furtado, 2006; Araújo, 2021; entre outros), e o debate sobre o financiamento da saúde mental ocorreu com foco ora na redução de danos (2004aPinto, 2022), ora no financiamento federal (Oliveira; Garcia, 2011; Oliveira, 2017; Garcia; Oliveira, 2017; Oliveira, 2021; Oliveira; Garcia, 2023). O financiamento federal dos CAPS é um tema ainda pouco explorado e, em sua maioria, com foco em dispositivos em algum município ou estado (Freire, 2004; Marinho, 2015). Este artigo adensa, ainda, debates anteriores sobre a participação da União no financiamento das ações de saúde mental realizadas nos estados e municípios brasileiros.

O artigo foi estruturado em cinco seções, além desta introdução. Na primeira, refletimos sobre o processo de expansão dos CAPS e as regulamentações do Ministério da Saúde, com garantia de financiamento para reorientação do modelo assistencial, e problematizamos o processo de contrarreforma da política de saúde e seus impactos sobre a saúde mental, com desmonte do Estado. Na segunda seção, refletimos sobre a expansão dos CAPS após a Lei de Saúde Mental. Em seguida, apresentamos a metodologia, que envolveu pesquisa documental. Na quarta, evidenciamos a tendência de financiamento — o valor alocado para esse dispositivo em 2023 é similar ao praticado em 2010. Por último, nossas considerações afirmam que a garantia de financiamento é mister para a constituição da RAPS e dos CAPS, em específico.

1. CAPS no Brasil: entre expansão e vazios geográficos

O movimento pela Reforma Psiquiátrica consolidou um conjunto de práticas inovadoras de cuidados assistenciais à saúde mental a partir dos anos de 1980, mesmo antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (Luzio; Yasui, 2010). No decorrer de mais de 30 anos de implantação do SUS, foram implementadas iniciativas de desospitalização/desinstitucionalização, de ampliação de novas estratégias de atenção de base comunitária, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Programa de Volta para Casa (PVC); práticas de cuidado não medicalizantes, com incorporação de outras formas de promoção da saúde mental, pautadas na valorização da arte e da cultura, entre outras (Machado, 2020), centrais na substituição do modelo manicomial vigente.

Esse conjunto de dispositivos assistenciais de base comunitária dependia de financiamento e de um arcabouço jurídico-legal (Luzio; Yasui, 2010). Uma nova rede de serviços e cuidados foi se consolidando, sustentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, tais como: (a) reorientação do modelo assistencial; (b) mudança na maneira de cuidar e de pensar o território;

(c) implantação de clínica de atenção psicossocial, clínica ampliada, com gestão de cuidado participativa e protagonismo dos usuários; (d) mudança cultural sobre a loucura e sobre o cuidado (Amarante, 1995a).

Para fortalecer essas novas experiências, o Ministério da Saúde, a partir dos anos de 1990, provocado pelos entes federados, editou duas portarias como garantia de financiamento para as novas modalidades de serviços. Nos anos 1990, a transferência de recursos financeiros da saúde mental se restringia à internação e às consultas ambulatoriais (Luzio; Yasui, 2010), mas a Portaria SNAS n. 189/1991 (Brasil, 1991) possibilitou o custeio de serviços alternativos. Essa portaria previa, entre outras ações: (a) pagamento de consultas individuais ou em grupo em saúde mental, realizadas por profissionais de diferentes categorias; (b) atenção em centros psicossociais e hospital-dia; (c) pagamentos com atendimento de urgência e internações em saúde mental em hospitais gerais; ou seja, criaram-se outros procedimentos relativos à saúde mental (Brasil, 1991).

No ano seguinte, a Portaria n. 224/1992 possibilitou uma diversificação na alocação de recursos para financiar serviços de saúde mental existentes; fixou normas para as equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia de psiquiatria, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, bem como leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral (Brasil, 1992). Essa portaria legitimou importantes experiências que vinham ocorrendo, além de possibilitar o financiamento destas com recurso do SUS (Luzio, Yasui, 2010). Ou seja, nos anos 1990, ocorreram avanços com produção normativa que possibilitaram o enfrentamento da questão da desospitalização e da abertura do financiamento da saúde mental, apesar de não ter sido configurado um desenho do modelo assistencial de uma rede de serviços de complexidade e territorializada (Borges; Baptista, 2008).

Em 2001, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001a). Nesse mesmo ano, a III Conferência de Saúde Mental debateu sobre o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e a supervisão das estruturas hospitalares psiquiátricas e demais equipamentos de saúde mental, o processo de implantação dos novos serviços de base comunitária, propostas de estratégias de desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos, entre outras estratégias e iniciativas para a área (Brasil, 2001b).

Ainda em 2001, estrategicamente, o Ministério da Saúde reimplantou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (criado em 1998), provocando fechamento de leitos psiquiátricos que não se enquadravam nas normas legais (Luzio; Yasui, 2010). A criação de normas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, bem como de dispositivos de fiscalização desses serviços, foi utilizada como estratégia para reversão do modelo assistencial, diante da impossibilidade de fechamento total das estruturas hospitalares psiquiátricas (Amarante, 1995a).

O debate sobre o cuidado a ser ofertado à pessoa em sofrimento psíquico na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2002, sustentou que o processo de desinstitucionalização não se reduzia à desospitalização (Amarante, 1995b). Ainda em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 336, que definiu o CAPS como espaço de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, na perspectiva de construção de um modelo que priorizasse a reabilitação e a reintegração psicossocial da pessoa com transtorno mental, com garantia de acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares (Brasil, 2002; 2004a).

2. Entre CAPS e CAPS, os anos após a Lei de Saúde Mental

Diferentes modalidades de CAPS foram descritas na Portaria n. 336/2002: CAPS I, II, III, CAPSi (voltado ao público infanto-juvenil)

e CAPS AD III (CAPS álcool e drogas), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, com a responsabilidade de desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local, no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial (Brasil, 2002). A Portaria n. 336/2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS.

Nos anos 2000, foram editadas oito portarias de regulamentação dos CAPS, com garantia de financiamento para esse dispositivo assistencial (Quadro 1).

Quadro 1. Portarias de Regulamentação dos CAPS, com garantia de financiamento a partir dos anos 2000

Portarias	Ano	Conteúdo
Portaria GM/MS n. 336	2002	Garante recursos financeiros para implantação de CAPS no valor total de R\$ 52.000.000,00
Portaria GM/MS n. 2.867	2008	Incorporou recursos transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade.
Portaria GM/MS n. 3.089	2011	Institui recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Portaria GM/MS n. 130	2012	Estabeleceu incentivos financeiros para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas.
Portaria GM/MS n. 615	2013	Garantiu incentivo financeiro para a construção de CAPS e Unidade de Acolhimento.
Portaria GM/MS n. 6	2017	Definiu os valores de custeio mensal das ações de atenção psicossocial para os Centros de Atenção Psicossocial.
Portaria n. 3.659	2018	Suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT (Serviço Residencial Terapêutico), UA (Unidade de Acolhimento) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
Portaria GM/MS n. 660	2023	Alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados pelo Ministério da Saúde.

Fonte: sistematização das autoras (2024).

As portarias editadas garantiram recursos tanto de custeio quanto de investimento para os CAPS habilitados. A exceção foi a Portaria n. 3.659, de 2018, que funcionou como mecanismo de controle do Ministério da Saúde para garantir a alimentação do sistema de informação DATASUS/TabNet no que se refere aos procedimentos realizados nos dispositivos assistenciais da RAPS. Em 2023, a Portaria GM/MS n. 660 alterou o valor do incentivo financeiro para custeio dos CAPS, passando estados e municípios, em 2024, a receber montantes maiores.

Os CAPS são dispositivos estratégicos que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011). A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados que estabelecem pontos de atenção de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo as de uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas. A RAPS possui os seguintes componentes de atenção: (1) Atenção Básica em Saúde — Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centros de Convivência; (2) Atenção Psicossocial Especializada — Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades; (3) Atenção de Urgência e Emergência — Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); (4) Atenção Residencial de Caráter Transitório — Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil e Comunidade Terapêutica; (5) Atenção Hospitalar — leitos de saúde mental em hospital geral; (6) Estratégias de Desinstitucionalização — Serviço Residencial Terapêutico e o Programa de Volta para Casa; (7) Reabilitação Psicossocial — cooperativas sociais (Brasil, 2011).

Os CAPS são estruturados em diferentes modalidades (Quadro 2).

Eles são responsáveis por articular os demais pontos de atenção, bem como garantir o apoio matricial às equipes de Estratégia Saúde da Família.

Quadro 2. Tipos de CAPS

Tipo de CAPS	Características	Município
CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como outras situações clínicas.	Acima de 15 mil habitantes.
CAPS II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas.	Acima de 70 mil habitantes.
CAPS<i>i</i>	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas.	Acima de 70 mil habitantes.
CAPS AD Álcool e Drogas	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas.	Acima de 70 mil habitantes.
CAPS III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas, bem como outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, e possui até cinco leitos para acolhimento noturno.	Acima de 150 mil habitantes.
CAPS AD III Álcool e Drogas	Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana.	Acima de 150 mil habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

3. O financiamento dos CAPS

A edição da Portaria n. 336/2002, ao estabelecer as três modalidades de serviços para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com garantia de financiamento, permitiu a expansão regular de CAPS nas três modalidades (Brasil, 2002). Nesse ano, tínhamos 424 CAPS, passando

para 3.379 em 2023. Ou seja, o financiamento das estruturas de CAPS por parte do governo federal incentivou a adesão dos entes federados para implementação desse dispositivo assistencial de base comunitária.

A garantia de incentivo financeiro para os CAPS por parte do Ministério da Saúde ocorre através da habilitação desses serviços.¹ Significa dizer que os serviços não habilitados não recebem incentivo financeiro do Ministério da Saúde. Atualmente, os CAPS habilitados têm o financiamento de custeio regulamentado pela Portaria GM/MS n. 660, de 3 de julho de 2023 (Brasil, 2023b).

Entre avanços e ataques, a saúde mental vivenciou um contexto de contrarreformas. No âmbito da saúde mental, esse processo está vinculado ao desmonte do Estado, com retrocessos e redirecionamento dessa política. Os maiores ataques se deram com a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 (Brasil, 2016), que congelou os investimentos na seguridade social por 20 anos, impactando nos gastos com a saúde mental e com a alteração da RAPS (Portaria GM n. 3.588, de dezembro de 2017) (Brasil, 2017). Essa portaria redirecionou a política de saúde mental, com incorporação de dispositivos de lógica manicomial à RAPS (como as comunidades terapêuticas e aumento de valores das internações em hospitais psiquiátricos), ferindo as legislações que fundamentam a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Soma-se à lista de retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira a não transparência dos recursos destinados à manutenção dos CAPS. Trabalhos anteriores (Garcia; Oliveira, 2017; Oliveira, 2021; Oliveira; Garcia, 2023) identificaram que, a partir de 2017, houve esvaziamento e/ou extinção de ações orçamentárias com os recursos definidos para a manutenção dos CAPS. Ao indagarmos o Ministério da Saúde (via e-SIC) sobre os recursos para manutenção dos CAPS — visto que não identificamos nas ações orçamentárias —, obtivemos a seguinte informação:

¹ As habilitações resultam de pactuações feitas nos espaços dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Por efeito da Portaria GM/MS n. 3.992 de 28 de dezembro de 2017, Art. 3º — a partir de 2018, os recursos destinados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Atenção Psicossocial, foram incorporados ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), juntamente com os demais serviços de saúde da Média e Alta Complexidade (e-SIC, 2023, p. 1).

A portaria supracitada inviabiliza a identificação dos gastos com os CAPS no orçamento da saúde. Desse modo, para sabermos o montante de recursos gastos com a manutenção dos CAPS, perguntamos ao Ministério da Saúde (via e-SIC).

No início de 2023, o Ministério da Saúde, sob gestão do governo Lula, lançou a Nota Técnica n. 2/2023, propondo a revogação da Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2023a), e, em junho do mesmo ano, por meio da Portaria GM/MS n. 757/2023, revogou a Portaria n. 3.588/2017, que instituiu retrocessos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre as mudanças, citamos: a revogação de normativas que sustentavam, na composição da RAPS, as Unidades Ambulatoriais Especializadas; os Hospitais Psiquiátricos Especializados; os Hospitais-dia; e CAPS AD IV (Brasil, 2023a). A crítica apresentada é que esses dispositivos reforçam um modelo de atenção (hiper)especializado, hospitalocêntrico e ambulatorial, em detrimento de uma atenção predominantemente extra-hospitalar, de base territorial-comunitária (Abrasco, 2020). Não significa dizer que dispositivos hospitalares e/ou ambulatoriais não devam ser considerados na rede de atenção; mas não podem ser acionados de forma desvirtuada do sentido proposto pela Reforma Psiquiátrica. No caso de dispositivo hospitalar, necessário e fundamental em momentos de urgência e emergência, na atenção à crise, entre outros casos, deve ser ofertado em hospitais gerais, e não em hospitais psiquiátricos (que segregam e asilam as pessoas). E, em relação aos atendimentos ambulatoriais especializados, cabe ressaltar que uma das dificuldades vivenciadas pelos CAPS é justamente romper com a lógica ambulatorial, o que a Portaria n. 3.588/2017 fortalecia.

Somamos nesse processo de contrarreforma psiquiátrica a insuficiência do SUS no atendimento às demandas decorrentes da pandemia de covid-19 (Chiabotto; Nunes; Aguiar, 2022). Ademais, a pandemia impactou na saúde mental da população, desencadeando questões, como: medo de morrer ou perder entes queridos, do isolamento ao adoecer, do desemprego; maior insegurança diante do futuro incerto, entre outras (Fiocruz, 2020). Essa realidade demanda maiores investimentos em dispositivos para atendê-la.

Nesse contexto, debater o financiamento de um importante dispositivo assistencial, de base territorial e articulador da rede integrada da saúde mental, é mister.

Trata-se de pesquisa documental no banco de dados do Ministério da Saúde: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS/TabNet), para identificar na rede assistencial, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o número de CAPS cadastrados por região e ano. Além disso, recorreremos a informações do Ministério da Saúde, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC, 2023), para identificar os valores gastos com a manutenção dos CAPS (custeio) no período entre 2017-2023.

As variáveis consideradas para a análise sobre implantação e financiamento dos CAPS foram: (a) CAPS por região/ano; (b) número de CAPS habilitados; (c) custeio anual de CAPS por tipo; e (d) CAPS com leitos de internação. Como técnica de análise, utilizou-se a análise estatística descritiva. Os dados foram organizados em variáveis e analisados por medida de tendência central. Os valores foram deflacionados, utilizando o fator IGP-DI da Fundação Getulio Vargas, por meio da ferramenta “Calculadora do Cidadão do Banco Central”, tomando por base o mês 12/2023.

3.1 Financiamento dos CAPS — avanços e desafios

O CNES registrou a expansão gradativa do CAPS: em 2008, tínhamos 1.485; em 2023, chegamos a 3.379, com implantação de 1.894 novos

CAPS no período (taxa de crescimento de 127%). É importante ressaltar que, dos 3.379 CAPS existentes nos municípios brasileiros, somente 85% são habilitados, ou seja, recebem incentivo financeiro do Ministério da Saúde para manutenção do serviço.

Em termos de taxa de crescimento, entre 2012 e 2023, temos percentualmente variação entre a maior taxa: 475% (CAPS III); e a menor: 23% (CAPS II), com CAPSi e CAPS III (73%), CAPS I (66%) e CAPS AD (48%). Há uma grande distância entre a taxa de crescimento verificada e a demanda desse serviço. Considerando o parâmetro de cobertura assistencial definido pelo Ministério da Saúde (1 CAPS III ou CAPS AD III por 150 mil habitantes), o Brasil deveria dispor de 1.333 CAPS dessas modalidades, entretanto, com 265 CAPS III ou CAPS AD III, a cobertura é de 19,8% apenas, com um déficit de 1.068 serviços.

O CAPS AD IV, regulamentado pela Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, está previsto para municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, para atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento, decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, e possui leitos para acolhimento breve (Brasil, 2017). Desde a edição dessa portaria, três CAPS AD IV foram implantados (ver Gráfico 1). A criação dos CAPS AD IV representou “[...] financiamento público federal para as comunidades terapêuticas [...] práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais [...] as práticas asilares e manicomialis” (Onocko-Campos, 2019, p. 3). Além disso, os CAPS AD III já cumpriam o papel de oferecer atenção integral e contínua às pessoas com necessidades em função do uso de álcool, *crack* e outras drogas, com atendimento 24 horas, numa perspectiva de multidisciplinaridade e com ações de cuidados à saúde, com construção conjunta do projeto terapêutico singular (Brasil, 2023a).

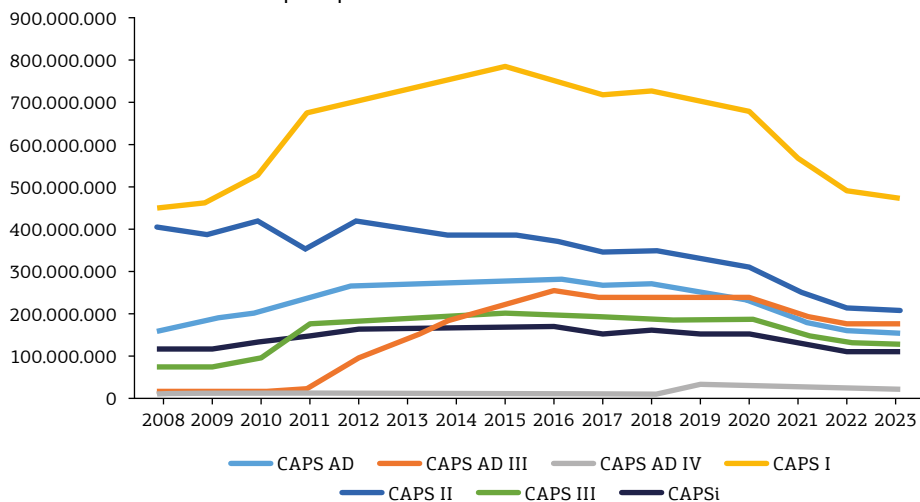
Sustentados por essas críticas, e com o fim do governo Bolsonaro, a nova gestão do Ministério da Saúde (2023) revogou, por meio da Portaria GM/MS n. 757, de 21 de junho de 2023, as normativas que sustentavam a

instituição de novos CAPS IV na composição da RAPS. O custeio dos serviços já habilitados permaneceu regido pela Portaria GM/MS n. 3.588/2017, até uma nova regulamentação sobre a matéria.

Outra dimensão da questão do financiamento é a distribuição desigual desses dispositivos no território nacional. Para avaliar a cobertura nacional em saúde mental, o Ministério da Saúde utiliza o parâmetro de um CAPS por 100 mil habitantes. Porém, o CAPS não é o único dispositivo assistencial na rede, não devendo ser utilizado como único parâmetro para avaliar a cobertura assistencial. O uso desse parâmetro nos leva à falsa impressão de que dispomos de 100% de cobertura assistencial na saúde mental no Brasil.

O indicador CAPS definido pelo Ministério da Saúde considera como parâmetros de cobertura: muito boa — acima de 0,70; boa — entre 0,50 e 0,69; regular/baixa — entre 0,35 e 0,49; baixa — de 0,20 a 0,34; insuficiente/crítica — abaixo de 0,20, que não configura cobertura assistencial dentro da necessidade de cuidado no campo da saúde mental. Assim, a ampliação do número de CAPS por si só não garante cobertura no cuidado integral. Há ainda outra particularidade. No CNES, em 2023, há 333 CAPS cadastrados com garantia de leitos de acolhimento (CAPS III e AD III e AD IV), distribuídos nas cinco regiões do país (19 — Norte; 83 — Nordeste; 175 — Sudeste; 38 — Sul; e 18 — Centro Oeste). A implantação de leitos em CAPS teve início em 2012, com o fortalecimento do programa “Crack, é possível vencer”, e os recursos de custeio mensal para as modalidades de CAPS são diferenciados. No entanto, considerando que tanto os CAPS III quanto os CAPS AD III e IV oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, a implantação de CAPS dessas modalidades exige maior gasto, e sua expansão ocorre de forma mais lenta, contribuindo com o déficit de acolhimento breve em saúde mental de base comunitária.

Em relação aos recursos destinados ao custeio dos CAPS, a tendência foi de decréscimo no financiamento desses serviços em todas as modalidades de CAPS (Gráfico 1).

Gráfico 1. Custeio de CAPS por tipo 2008-2023

Fonte: e-SIC/Ministério da Saúde (2024). Elaborado pelas autoras.

O custeio dos CAPS seguiu tendência decrescente, ao contrário do processo de habilitação desses serviços, que foi crescente para todos os tipos. Isso ocorre porque os recursos destinados ao custeio dos serviços habilitados só aumentam por meio de portarias. Ou seja, houve perdas de recursos para os municípios e estados que fazem a gestão desses serviços. As perdas ficam evidentes (Gráfico 1). Vale ressaltar que a Portaria GM/MS n. 660/2023 instituiu a recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados, que certamente impactará na série histórica, a partir de 2024.

O maior quantitativo de recursos direcionados para custeio de CAPS a estados e municípios foi para os CAPS I, visto ser em maior número na RAPS e o dispositivo de menor complexidade, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 15 mil habitantes (Brasil, 2002). Cabe lembrar que 68% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2023).

Estados e municípios que implantaram as modalidades de CAPS I, II e III, CAPS AD e CAPSi, com a função de garantir atendimento

prioritário aos usuários, receberam, no período estudado, o montante fixo anual de R\$ 339.660,00 para os CAPS I; R\$ 397.035,00 para CAPS II; R\$ 1.009.608,00 para CAPS III; R\$ 385.560,00 para CAPSi; R\$ 477.360,00 para CAPS AD; e R\$ 1.260.000,00 para CAPS AD III (Brasil, 2011; 2020). O montante de repasse se manteve até 2023, com edição da nova Portaria GM/MS n. 660/2023,² que aumentou o incentivo financeiro de custeio para manutenção de CAPS. Apenas três CAPS AD IV foram implantados no período com garantia de recebimento no valor de R\$ 4.800.000,00 anual (R\$ 400,00/mês).

Chamamos a atenção para o fato de que as portarias que regulamentam o financiamento federal dos CAPS dispõem de incentivo financeiro. Significa que os municípios e/ou estados que se dispuserem a implementar o serviço devem responsabilizar-se pelo restante do custo de funcionamento desse serviço. A conta fica mais cara para municípios e estados, ao longo do tempo, diante da não revisão dos incentivos, por parte do Ministério da Saúde. Soma-se nessa conta o fato de que somente os CAPS habilitados nas instâncias de pactuação recebem incentivos financeiros, e o número de CAPS existentes é maior que o de CAPS habilitados. Essas constatações demonstram que municípios e estados, cada vez mais, assumem a responsabilidade pelo financiamento dos serviços de saúde (Carvalho, 2024).

Afirmamos a necessidade de ampliação dos investimentos em CAPS, mas também em outros dispositivos assistenciais em saúde mental de base comunitária que compõem a RAPS — 65% das cidades brasileiras de pequeno porte não dispõem de dispositivos assistenciais em saúde mental ou apresentam baixo número de dispositivos (Fernandes, 2020).

Considerações finais

A análise sobre o financiamento do CAPS evidenciou a centralidade do dispositivo na Rede de Atenção Psicossocial, implantado de forma

² Os valores descritos na portaria impactarão na série histórica a partir de 2024 (Brasil, 2023b).

progressiva em todas as regiões brasileiras. A ampliação do número de CAPS, sem o aporte de financiamento, não é o suficiente para garantir a mudança do modelo assistencial. A garantia de financiamento para a constituição de vários dispositivos assistenciais é central e deve assegurar a composição de múltiplas estratégias de cuidado, seguindo a lógica de mudança do modelo.

É mister também priorizar outras estratégias com potencialidades criativas e transformadoras de sujeitos da política de saúde mental, que, em muitos casos, não se encontram submetidas a normas e portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Significa dizer que a prioridade de investimento em CAPS deve vir acompanhada da garantia de recursos a outras possibilidades de cuidado em saúde mental. Não podemos compreender esses dispositivos resumindo-os como um novo lugar de tratamento, no que tange ao financiamento dos CAPS.

Destacamos, por fim, a existência de CAPS custeados com 100% de recursos municipais, sem contrapartida do Ministério da Saúde, e que os incentivos financeiros de custeio destinados aos municípios sofreram defasagem ao longo do tempo, o que leva os gestores municipais a fazer contas antes de decidirem pela implantação dos serviços.

Referências

ABRASCO. *Nota contra a proposta de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial apresentada pelo Ministério da Saúde*. Nota publicada em 9 dez 2020. Disponível: <https://abrasco.org.br/nota-contra-a-proposta-de-desmonte-da-rede-de-atencao-psicossocial-apresentada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995a.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995b.

ARAÚJO, H. A. C. *A expansão dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e os indicadores de internações por transtornos mentais e comportamentais: uma análise utilizando o*

método propensity score matching. 2021. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) — Programa de Pós-Graduação em Economia, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/26763>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 456-468, fev. 2008.

BOSKA, G. A. et al. Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 71 p. 3282-3288, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5DwgMz8qQdPvpBv7pV6nhSr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. *Portaria SNAS/MS n. 189 de 19 de novembro de 1991*. Aprova os grupos e procedimentos da tabela SIH-SUS, na área de saúde mental e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. *Portaria SAS/MS n. 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília, DF: INAMPS, 1992. Disponível: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsmpdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 52, de 20 de janeiro 2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 20 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, Brasília, ano VII, n. 11, out. 2012. Informativo Eletrônico. Disponível em: <http://saudeecosal.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. *Emenda Constitucional n. 95/2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2016. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. *Portaria GM n. 3.588, de dezembro de 2017*. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 3.350, de 8 de dezembro de 2020*. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350_09_12_2020.html#:~:text=VII%20%2D%20R%24%20400.000%2C00,para%20modalidade%20CAPS%20AD%20IV. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 757, de 21 de junho de 2023*. Revoga a Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n. 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 660, de 3 de julho de 2023*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial — CAPS — habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html. Acesso em: 20 jan. 2024.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. DOI:10.1590/S1413-81231999000200013.

CARVALHO, G. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://idisa.org.br/img/File/TESEGC.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2024.

CHIABOTTO, C. D. C.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P. A. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado à família. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, p. 81-94, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63478>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS [Gestão 2017-2019]. Comentários acerca da Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Edineia/Desktop/Textos%20sobre%20caps/Cartilha%20sobre%20a%20portaria%20de%20SM%20de%202017.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

E-SIC. Solicitação de acesso à informação. Resposta ao cidadão. *Plataforma Fala.BR*: Protocolo NUP n. 25072.058018/2023-82. Brasília, 2023.

FERNANDES, C. J. *et al.* Índice de cobertura assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 36, e00049519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvkshzCS7j8LHMqH/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Apenas%20439%20cida%2D%20des%2C%207,na%20cobertura%20de%20servi%C3%A7os%20comunit%C3%A1rios>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FIOCRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19*. Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>. Acesso em: 4 jan. 2024.

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*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. F. A. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. *Social Work in Health Care*, v. 56, p. 1-20, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=37225&t=resultados>. Acesso em: 12 jan. 2024.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-633.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan. 2010.

MACHADO, C. V. A reforma psiquiátrica brasileira: caminhos e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, out. 2020.

MARINHO, L. C. P. *Gestão do recurso federal destinado aos Centros de Atenção Psicossocial no município de Santa Maria* — RS. 2015. Trabalho de Conclusão (Especialização em Gestão) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Escola Anna Nery*, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2006.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. *Revista Katálysis*, v. 14, p. 50-58, 2011.

OLIVEIRA, E.F.A. *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado em Política Social) — Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Vitória, 2017. 276 p

OLIVEIRA, E. F. A. A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira. *SER Social*, Brasília, v. 23, n. 49, p. 473-495, 2021. DOI: 10.26512/sersocial. v23i49.31929. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/31929. Acesso em: 15 jul. 2024.

OLIVEIRA, E. F. A. A Saúde Mental no orçamento da saúde. *Sociedade em Debate*, v. 29, p. 155-168, 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 11 [Acesso: 15 jul. 2024], e00156119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.

PINTO, E. N. *Mecanismos de financiamento da redução de danos (RD) no âmbito federal (2005 a 2018)*. 2022. 152 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/45228>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Sobre as autoras

EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA – Doutora em Política Social. Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social.

E-mail: eoliveiranj@ yahoo.com.br

MARIA LÚCIA TEIXEIRA GARCIA – Doutora em Psicologia Social, professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

E-mail: lucia-@uol.com.br

