

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

**A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA (2008-2013): repensando a
implementação e seus condicionantes a partir do nível local.**

Simone Costa de Almeida

Belo Horizonte

2015

Simone Costa de Almeida

**A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA (2008-2013): repensando a
implementação e seus condicionantes a partir do nível local.**

Qualificação de Tese apresentada ao Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciência Política.

Área de Concentração: Ciência Política

Orientador: José Angelo Machado

Coorientador: Manoel Leonardo dos Santos

Belo Horizonte

2015

320

A447p

2015

Almeida, Simone Costa de

A política antimanicomial brasileira (2008-2013):
[manuscrito]: repensando a implementação e seus
condicionantes a partir do nível local / Simone
Costa de Almeida. - 2015.

130 f.: il.

Orientador: José Angelo Machado.

Coorientador: Manoel Leonardo dos Santos.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas.

Inclui bibliografia

1.Ciência política – Teses. 2. Reforma
psiquiátrica - Teses. 3.Política públicas - Teses. 4.
Federalismo -Teses. I. Machado, José Ângelo. II.
Santos, Manoel Leonardo dos. III. Universidade
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas. IV.Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

Tese intitulada “*A política antimanicomial brasileira (2008-2013): repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local*”, de autoria da doutoranda Simone Costa de Almeida, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. José Angelo Machado – Departamento de Ciência Política/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais – Orientador.

Prof. Dr. Manoel Leonardo dos Santos – Departamento de Ciência Política/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais– Coorientador.

Prof. Dr. Bruno Wanderley Reis – Departamento de Ciência Política/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dra. Maria Stella Brandão Goulart – Departamento de Psicologia/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dr. Aluísio Ferreira Lima – Departamento de Psicologia/Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Magna Inácio
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política
FAFICH/UFMG

Belo Horizonte, 06 de agosto de 2015

Av. Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte, MG – 31270-901 – Brasil – Tel. 34095030

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Beatriz e Sophia, pela alegria e sabedoria com que impregnam a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Angelo Machado, pelo dedicado compromisso na orientação desta tese. Interlocutor disponível e atento, sempre interessado na descoberta dos recursos que tornassem factível a elaboração do texto que aqui apresento.

Ao Prof. Dr. Manoel Leonardo dos Santos, cuja coorientação na metodologia do desenho de pesquisa foi determinante no progresso do trabalho.

Ao acolhimento do Prof. Dr. Bruno Wanderley Reis, com quem cursei a primeira disciplina do Programa, e que me indicou precisamente o contato com o prof. José Angelo para nortear minha inserção na Ciência Política.

À contribuição especial e motivadora da Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goulart nas etapas de apresentação do projeto final e qualificação, que antecederam a tessitura conclusiva deste trabalho.

Ao amigo, colega, músico, poeta e estudioso cientista social Wesley Matheus, com quem tive a oportunidade de trabalhar e divagar ao longo da trajetória.

Às amigas e colegas do Departamento de Terapia Ocupacional, profas. Gisele Beatriz de Oliveira Alves e Marcella Guimarães Assis, “fiéis escudeiras”, pelo apoio afetuoso e leal.

Aos meus pais, Cacá e Neneca, peço desculpas pelo jargão, mas “me faltam palavras”. A vocês, toda a emoção desta conquista!

A todos aqueles que, presentes em diferentes momentos, acrescentaram elementos à composição do estudo desenvolvido.

EPÍGRAFE

“Uma coisa é necessário ter: ou um espírito leve por natureza ou um espírito aliviado pela arte ou pelo saber”

Nietzsche

RESUMO

A política pública de saúde mental brasileira objetiva mudar a condição histórica de desassistência e exclusão social das pessoas com sofrimento mental, buscando superar o modelo centrado no manicômio para práticas de convívio inclusivas e cuidado em serviços abertos na comunidade. A mobilização de técnicos, usuários e familiares na condução da Reforma Psiquiátrica culminou na aprovação da Lei 10.216/2001, executada sob a responsabilidade dos entes municipais. Considerando-se a estrutura federativa brasileira e a complexa dependência política e financeira entre as três esferas autônomas de governo, foram objetivos desta tese: 1) avaliar o processo de implementação da Política Antimanicomial (PA) pelos governos subnacionais; e 2) identificar prováveis condições causais que impactaram o grau de implementação da Política Antimanicomial. Para tanto, foi criado um indicador de implementação baseado na combinação entre redução de leitos psiquiátricos, por um lado, e a criação de CAPS e SRT, por outro, no intervalo temporal entre 2008 a 2013. Os resultados heterogêneos revelaram padrões de implementação compostos por experiências de sucesso e insucesso na execução da política antimanicomial. Diante da seleção de doze municípios, inicialmente, foram elencadas as prováveis condições causais (legislação, ideologia partidária e proporção do gasto psiquiátrico com internação) que afetaram as situações discriminadas (sucesso e insucesso) e, posteriormente, tais hipóteses foram submetidas à Análise Qualitativa Comparativa (QCA). Concluiu-se que, a despeito do baixo poder explicativo (aferição da estatística da Cobertura) do modelo utilizado, a configuração causal essencial para o sucesso na implementação da política revelou a presença de governos de esquerda e a baixa proporção do gasto com leito psiquiátrico. Esta tese sugeriu também a inauguração de uma agenda de pesquisas que favoreça a condução de outros estudos sobre os fatores que impactam a política pública de saúde mental de forma a oferecer subsídios para o seu aperfeiçoamento.

ABSTRACT

The Brazilian mental health public policy aims to change the historical condition of lack of assistance and social exclusion of people with mental suffering, seeking to overcome the model centered on asylum for inclusive living practices and care services open in the community. The mobilization of technicians, users and family members in the conduction of the Psychiatric Reform culminated in the acceptance of the Law 10.216 / 2001, executed under the responsibility of municipal entities. Considering Brazil's federal structure and the complex political and financial dependence among the three autonomous spheres of government, the objectives of this thesis were: 1) to evaluate the implementation process of the Anti-Asylum Policy (PA) by subnational governments; and 2) identify likely causal conditions that have affected the measure of the Anti-Asylum Policy implementation. To this end, an indicator of the implementation was created based on the combination of the reduction of psychiatric beds, on the one hand, and the creation of CAPS and SRT, on the other, in the time interval between 2008 and 2013. The heterogeneous results showed implementation standards composed of successful and failure experiences in implementing the Anti-Asylum Policy. Given the selection of twelve municipalities were initially listed the probable causal conditions (legislation, party ideology and proportion of the psychiatric hospitalization expense) that affected the mentioned situations (success and failure) and subsequently such hypothesis were submitted to Comparative Qualitative Analysis (CQA). It was concluded that despite the low explanatory power (statistical of coverage measurement) of the model used, the essential causal setting for the successful implementation of the policy revealed the presence of leftist governments and the low proportion of expenses on psychiatric beds. This thesis also suggested the opening of a research agenda that favors the conduction of other studies on the factors that impact the mental health public policy in order to provide subsidies for its improvement.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Distribuição total dos leitos psiquiátricos entre 2008 e 2013	67
GRÁFICO 2	Variação percentual dos leitos psiquiátricos entre 2008 e 2013.....	67
GRÁFICO 3	Taxa de leitos/1.000 hab. por estado, para o ano de 2013.	70
GRÁFICO 4	Número de CAPS implementados no Brasil, entre 2008 e 2013.....	74
GRÁFICO 5	Variação percentual de implementação de CAPS no Brasil, entre 2008 e 2013.....	75
GRÁFICO 6	Número de SRT implementados no Brasil, entre 2008 e 2013.....	76
GRÁFICO 7	Variação percentual de implementação de SRT no Brasil, entre 2008 e 2013.....	77
GRÁFICO 8	Diagrama de Venn para municípios, segundo existência de Leitos, CAPS e SRT, em 2013.....	80
QUADRO 1	Padrões de implementação da PA.....	85
QUADRO 2	Legislação estadual.....	89
QUADRO 3	Legado hospitalocêntrico não público.....	91
QUADRO 4	Posicionamento dos partidos na escala ideológica.....	92
QUADRO 5	Orientação ideológica.....	93

LISTA DE TABELAS

1	Taxa de crescimento linear (média do número de leitos) entre 2008 e 2013, por estado.....	69
2	Municípios, taxa de leitos / habitantes e redução de leitos.....	82
3	Municípios, taxa de leitos / habitantes e aumento dos leitos.....	83
4	Municípios, taxa de leitos / habitantes e manutenção dos leitos.....	84
5	Gasto psiquiátrico / internação.....	96
6	Matriz de dados.....	98
7	Análise das condições necessárias.....	99
8	Tabela de Verdade. Análise das condições suficientes.....	103

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABP -	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACIR -	Advisory Commission on Intergovernmental Relations
AIH -	Alta de Internação Hospitalar
AIS -	Ações Integradas de Saúde
AFDM -	Associação de Amigos, Familiares de Doentes Mentais do Brasil
APAC -	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APACOJUM -	Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad. -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi -	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CES -	Conselho Estadual de Saúde
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CIT -	Comissão Intergestores Tripartite
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP -	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONSEMS -	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS -	Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS
FAEC -	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FAFICH –	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FBH -	Federação Brasileira de Hospitais
GM/MS -	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
HIV/AIDS -	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
MS -	Ministério da Saúde
MTSM -	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS -	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS -	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs -	Normas Operacionais Básicas
OMS -	Organização Mundial da Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
PA -	Política Antimanicomial
PT -	Partido dos Trabalhadores
PDT/AP -	Partido Democrático Trabalhista/Amapá
PNASH -	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF-	Programa de Saúde da Família
PRH -	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
QCA -	Análise Qualitativa Comparativa
RAPS -	Rede de Atenção Psicossocial
RS -	Reforma Sanitária
RP -	Reforma Psiquiátrica
SAI -	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH -	Sistema de Informações Hospitalares
SOSINTRA -	Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho
SNAS -	Secretaria Nacional de Assistência Social
SRT -	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS -	Sistema Único de Saúde
UAS -	Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	CONDICIONANTES DOS SISTEMAS FEDERATIVOS NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	23
2.1	Aspectos conceituais do federalismo e um recorte do percurso brasileiro.....	23
2.2	Federalismo e políticas públicas: o compartilhamento de responsabilidades.....	27
2.3	Federalismo, descentralização e políticas públicas: sob a égide dos incentivos financeiros federais.....	30
2.4	Políticas públicas no federalismo: o objeto da tese.....	35
3	A POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	38
3.1	Marcos do movimento da Reforma Psiquiátrica e configuração da nova rede de assistência.....	42
3.2	A Lei nº 10.216/2001.....	51
3.3	Legislação e normatização complementar.....	55
3.4	Na esteira do Projeto de Lei Federal, “ondas” legislativas nos governos subnacionais.....	57
3.5	Repensando o problema de pesquisa.....	58
4	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS.....	61
4.1	Um indicador para representar a implementação da Política Antimanicomial pelos governos subnacionais.....	61
4.2	Evolução dos serviços de atendimento em saúde mental: em perspectivas nacional, estadual e municipal.....	65
4.2.1	<i>Leitos.....</i>	65
4.2.2	<i>Criação dos serviços substitutivos pelos governos subnacionais.....</i>	72
<u>4.2.2.1</u>	<u>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....</u>	72
<u>4.2.2.2</u>	<u>Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).....</u>	75
4.3	Sob a perspectiva combinada das três variáveis.....	79
4.4	Padrões de implementação da política antimanicomial.....	81
4.4.1	Experiências municipais de sucesso na implementação da política.....	81
4.4.2	Experiências municipais de insucesso na implementação da política.....	82
5	AS CONDIÇÕES DO SUCESSO E DO INSUCESSO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL.....	87
5.1	Sobre os fatores que afetaram a implementação da política antimanicomial.....	87

5.2	Verificação das hipóteses sob a luz da Análise Qualitativa Comparativa (QCA).....	97
5.3	Resultados: necessidade e suficiência.....	98
5.3.1	<i>Condições necessárias</i>	99
5.3.2	<i>Condições suficientes</i>	101
5.4	Resultados da análise da teoria tipológica.....	104
5.4.1	<i>Resultados verdadeiros</i>	104
5.4.2	<i>Os casos contraditórios</i>	105
5.4.3	<i>Análise dos contrafactuais</i>	108
5.5	Os implicantes primários.....	110
5.6	O ajuste do modelo.....	111
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: RETOMANDO A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO DESENHO FEDERATIVO.....	114
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
	REFERÊNCIAS.....	123

APRESENTAÇÃO

O propósito de mudar o quadro histórico de desassistência e exclusão das pessoas com sofrimento mental norteia a política pública de saúde mental brasileira, que, ancorada na Reforma Psiquiátrica, busca superar o modelo manicomial – conduzindo, dentre outras medidas, ações voltadas para a construção de novos *loci* de intervenção, agora integrados ao território, à comunidade, aos espaços onde a vida cotidiana acontece.

Como um movimento sociopolítico, iniciado no fim da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica extrapola a crítica de humanização do asilo e apresenta como diferencial o apelo do direito à cidadania da pessoa com sofrimento mental (TENÓRIO, 2002). A mobilização de profissionais, usuários, familiares e outros segmentos interessados na mudança do modelo de assistência, bem como aqueles que se indispuseram com a causa, foi protagonista de um processo político que, em 2001, culminou na aprovação da Lei nº 10.216/2001. Implementada sob a responsabilidade dos governos municipais, no vasto território brasileiro, essa política antimanicomial ganhou matizes diferentes no que diz respeito à redução de leitos psiquiátricos e à criação de serviços substitutivos ao manicômio.

O desenvolvimento desta pesquisa para tese de doutoramento na área de concentração “Instituições, comportamento político e políticas públicas” do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política é fruto de minha inserção como docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, atuando no ensino da saúde mental, desde 1998.¹ Proponho estudar a implementação da política antimanicomial com base nas reflexões advindas da condição de supervisora de estágio, inicialmente nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos e, em seguida, nos serviços concebidos como substitutivos ao modelo manicomial, orientados por uma lógica de assistência inclusiva com práticas que valorizam o cuidado em liberdade.

O ingresso dos estudantes na clínica, no fim da década de 1990, era regido por duas possibilidades simultâneas: por um lado, atender os pacientes

¹ No biênio 2013-2014 houve dedicação exclusiva ao doutorado.

no manicômio, nas enfermarias; por outro, conviver com os usuários nos serviços abertos, territorializados, numa perspectiva de que as pessoas assistidas nesses espaços lidam com a oportunidade de gerir algum aspecto do dia a dia, ainda que amiúde limitadas pelo sofrimento psíquico.

Brevemente é importante situar que a Reforma Psiquiátrica mineira data do ano de 1979 quando, Franco Basaglia, expoente da Reforma Psiquiátrica italiana, e Robert Castel, estudioso sobre o papel do sistema psiquiátrico como agente da ordem pública produtor de controle social, estiveram em Belo Horizonte durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Em conjunto com trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares, sindicalistas do setor saúde, jornalistas discutiram as denúncias da violência nos hospitais, o desrespeito aos direitos humanos e uma cidadania possível para a loucura. O processo de Reforma no estado teve início “(...) num contexto de retrocesso – valorização da saúde como mercadoria, hospitalização como recurso único e falta de incentivo à saúde pública (...)” (GOULART; DURÃES, 2010, p. 116). Em Minas, a contestação à situação vigente se deu no interior da instituição psiquiátrica, pois as lideranças do movimento antimanicomial eram psiquiatras, principalmente preceptores da Residência do Instituto Raul Soares (LOBOSQUE, 1997).

Na assistência às pessoas com sofrimento mental nos hospitais e nos serviços inseridos na comunidade e também participando das reuniões de equipe, tive a oportunidade de conhecer o *modus operandi* dessas duas propostas. Constatei que houve investimento na prática de humanização do hospital, permanecendo, no entanto, os limites do modelo manicomial, a segregação e a cronicidade como produtos dessa assistência. Os desafios de fazer diferente essa clínica, assumindo que não basta deslocar o foco do hospital para um conjunto de equipamentos extra-hospitalares, e a urgência de desconstruir as práticas manicomiais com seu complexo arcabouço ideológico e cultural (i) mobilizaram uma infinidade de discussões das equipes.

Aprender sobre os impasses suscitados pelo convívio com a loucura e lidar com orientação de projetos terapêuticos propostos pelos estudantes que apontassem para a inserção das pessoas com sofrimento mental nas atividades cotidianas de forma que elas pudessem gerir com algum grau de autonomia

aquilo que lhes competia fizeram parte de minha identidade como professora do campo da saúde mental.

A inserção nos campos de estágio, o manuseio da literatura e a constatação de que municípios e estados são heterogêneos na forma de fazer a Reforma e a condição – ainda atual – de transição desse processo mobilizaram o desejo de estudar a *política pública de saúde mental* na Pós-Graduação em Ciência Política.

A construção deste projeto pautou-se no interesse em saber sobre o desenho de implementação da política antimanicomial no Brasil, transcorrida mais de uma década de vigor da lei federal, reconhecendo os avanços dessa proposta e a coexistência do modelo hospitalocêntrico. Partindo de uma análise preliminar, foi considerada a possibilidade de abordar o alcance da política antimanicomial utilizando – como indicador – a existência dos serviços Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, mediante discussões com militantes do movimento mineiro de Reforma Psiquiátrica e apontamentos da literatura, esse raciocínio foi redimensionado.

Na formulação do indicador, foram introduzidas mais variáveis que pudessem sinalizar quanto ao grau de implementação da política antimanicomial: *o quantitativo de leitos psiquiátricos e de centros de atenção psicossocial e serviços residenciais terapêuticos*. A pesquisa sobre a implementação desta política foi conduzida considerando-se os moldes da estrutura federativa brasileira, ou seja, a dinâmica de autoridade que se estabelece entre a União e os entes subnacionais, os conflitos e os arranjos imbricados nessa trama.

1 INTRODUÇÃO

Tendo como marco a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, a assistência à pessoa com sofrimento mental, no Brasil, é historicamente pautada no modelo asilo-manicomial. O surgimento das primeiras instituições psiquiátricas no país se deu em meio a um cenário de ameaça à ordem social como resposta aos protestos gerais contra a desimpedida circulação de “doidos” pelas ruas da cidade, somado a apelos de caráter humanitário (RESENDE, 2000).

Essa primeira fase, concebida como “psiquiatria empírica”, é caracterizada pela autoridade das religiosas, com a função única de simples segregação dos desviantes. O momento posterior à proclamação da República situa-se como marco divisório para o surgimento da “psiquiatria científica”, isto é, “a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado [...]”, que passa, então, a assumir a assistência ao doente mental (RESENDE, 2000, p. 43). O autor registra que, nesse período, além de atividades como congressos e conferências, foi elaborada a classificação brasileira das doenças mentais e teve destaque a atuação de dois segmentos: o de psiquiatria, neurologia e ciências afins e a Liga de Higiene Mental.

No que diz respeito à terapêutica da época, sob a influência da concepção de trabalho como tratamento, a ideia da implantação das colônias agrícolas foi difundida em território nacional como complemento a hospitais tradicionais ou na condição de única opção. No entanto, dado o descompasso entre a reprodução artificial de um meio rural pré-capitalista e as demandas de uma sociedade urbana que se industrializava rapidamente, essa prática não foi exitosa, e coube ao hospital agrícola também repetir a função de exclusão do doente mental (RESENDE, 2000).

Permanecendo a internação como denominador comum, mediante a construção de outros hospitais ou a ampliação dos já existentes, a população de internados seguiu, nas primeiras décadas do século XX, uma escala ascendente. Por meio do Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, a construção de hospitais psiquiátricos foi favorecida realizando-se convênios com os governos

estaduais. As décadas de 1940 e 50 foram marcadas pela expansão dos hospitais públicos que “viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 244).

Consolidou-se a estrutura manicomial do Estado na era Vargas, associado ao advento dos neurolépticos, predominando o tratamento pautado numa conduta biológica.² No período pós-Segunda Guerra Mundial, as experiências desenvolvidas na Europa sobre a necessidade de transformações na assistência reverberaram marginal e tardiamente no Brasil, nos anos 1960. Na década seguinte, a expansão das internações psiquiátricas a segmentos cada vez maiores da população se deu “após a unificação dos Institutos de Aposentadorias em 1966, centralizando recursos com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social” (PITTA; 2011, p. 4581).

A partir do governo de Juscelino Kubitschek vigorou uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento, e uma nova classe social urbana passou a exigir melhor qualidade de atendimento na saúde e também na saúde mental: o hospital psiquiátrico privado ganhou destaque.

O movimento militar é considerado “um ponto de inflexão” na atenção à saúde, uma vez que, dadas as mudanças econômicas e sociais que ocorreram, fez-se necessária “[...] a contratação dos serviços de saúde da rede privada e a garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras”, impactando diretamente a saúde mental por meio da expansão na oferta de leitos (PAULIN; TURATO, 2004, p. 246). Após o golpe militar de 1964, mediante a celebração de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a psiquiatria passou a ter a condição de prática assistencial de massa, transformando-se em um atrativo negócio. A transformação da saúde em produto de consumo não foi exclusividade da psiquiatria, já que decorreu da implantação de um modelo médico-previdenciário que teve dois efeitos: assistência médica abrangendo grande extensão da classe trabalhadora e incentivo à prática privada na saúde financiada pelo erário público (YASUI, 2010).

Ainda nos idos de 1970, aconteceram no país experiências isoladas influenciadas pelo modelo preventivo-comunitário nos Estados do Rio Grande do

² Expressamente contrária a esse modelo, Nise da Silveira propôs o uso da expressão artística como instrumento terapêutico, criando, com base na produção dos internos, o Museu de Imagens do Inconsciente.

Sul, Rio de Janeiro e São Paulo, no entanto, sem mudanças efetivas (PAULIN; TURATO, 2004). A partir de 1975, em um contexto de luta pela redemocratização do país e de combate ao Estado autoritário, “emergem críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central” (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Num momento histórico de autoritarismo e repressão, muitos dos principais movimentos sociais surgiram reivindicando necessidades cotidianas de sobrevivência, tais como transporte, saneamento básico, moradia. Contextualiza-se aí o movimento pela transformação das condições de saúde da população, tendo origem a Reforma Sanitária. Yasui (2010, p. 31) localiza a saúde mental “no interior desse processo mais amplo, trilhando os mesmos caminhos”. O entendimento de que há contemporaneidade nos processos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira situa a discussão sobre as mudanças na atenção à saúde mental em uma reorientação geral da lógica da saúde.

A Reforma Psiquiátrica, “[...] nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, [...], buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas [...]” (YASUI, 2010, p. 31). Considerada “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1998, p. 87), a Reforma Psiquiátrica teve início no fim da década de 1970, adquirindo impulso e legitimidade no início dos anos 1980.

No ano de 1989, foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) o Projeto de Lei nº 3.657/89, dispondo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. A Coordenação de Saúde Mental foi instituída no âmbito do Ministério da Saúde apenas em 1991, quando foi editado o primeiro documento normativo: a Portaria SNAS nº 189/91, que se referia a grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), possibilitando o custeio de ações e serviços alternativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dez anos depois, a Lei nº 10.216/2001³ tornou-se referência ao reorientar o modelo assistencial em saúde mental, no Brasil, com a criação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária em contraponto ao espaço asilar. Linhas específicas de financiamento foram criadas para incentivar a disseminação dos serviços abertos – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos (SRT), cooperativas sociais –, aliadas a mecanismos para fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país.

Considerando o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde desencadeado a partir dos anos 1990, cabia aos Estados, mas também e principalmente, aos municípios, a adesão ou não à implantação desses serviços, assim como de resto ocorria com outros serviços e programas induzidos em caráter nacional. Arretche (2000), em sentido mais amplo, para abordar o processo de reforma das políticas sociais no Brasil, discorreu sobre “graus de descentralização”, argumentando em que medida as políticas foram mais ou menos bem-sucedidas ao transferir responsabilidades de implementação para governos subnacionais.

Neste estudo, fazemos uso dessa ideia sinalizando para distintos “graus de implementação”, ou padrões de implementação da política pública destinada a promover a reorientação da atenção à saúde mental, analisando prováveis determinantes causais que teriam impacto nessa política de indução nacional, considerando que, no âmbito dos Estados e dos municípios, seu alcance ou extensão apresentam-se distintos.

Estudar o alcance da política pública nacional de saúde mental – aqui doravante denominada “antimanicomial” – evoca, entretanto, num primeiro plano, situar a discussão sobre a forma de organização do Estado, ou seja, numa estrutura federativa, cuja marcante característica reside na existência de três esferas autônomas de governos – federal, estadual e municipal –, ainda que regidas por complexa dependência política e financeira entre si. Situação

³ A Lei nº 10.216/2001 institucionaliza a política nacional de saúde mental, que, nesta tese, será designada como política antimanicomial, refletindo o indicador aqui concebido numa proposição que se pauta na redução dos leitos, criação de CAPS e SRT, ou seja, apontando para uma direção contrária à preconizada pelo modelo hospitalocêntrico.

consagrada pela Constituição Federal de 1988, que, na opinião de Souza (2001), deveria minimizar as gritantes diferenças regionais, constringendo o governo federal e redirecionando o papel dos entes subnacionais na provisão de serviços sociais. De acordo com Dourado e Elias (2011), pelo fato de o Estado ter papel fundamental na promoção do bem-estar social, a articulação entre as unidades federadas visando ao alcance dos objetivos sociais e econômicos consiste num dos principais instrumentos de ação das federações.

Dessa forma, a gestão de políticas públicas nas federações pode requerer processos decisórios compartilhados a fim de conduzir o planejamento e a execução de ações de natureza socioeconômica de maneira coordenada, evitando lacunas, superposição de esforços ou ações contraditórias. Pode demandar também, em alguns casos, a construção de constrangimentos constitucionais ou legais, por meio de dispositivos de natureza vinculante para os comportamentos dos governos subnacionais, como pode se apoiar em incentivos financeiros, sob os quais governos locais executem ações previamente concebidas em dimensão nacional. Reconhecendo que as políticas de saúde se pautam simultaneamente nessas diferentes formas de coordenação, mas que os governos subnacionais são amplamente heterogêneos na sua capacidade de implementar políticas e de investir em programas sociais, busca-se saber sobre os padrões de implementação da política antimanicomial por esses, orientada pelos instrumentos normativos formulados pelo Ministério da Saúde, identificando-se prováveis condições causais.

Mediante a constatação, por meio das publicações do Ministério da Saúde, de que há um processo de redefinição da atenção à pessoa com sofrimento mental e que as experiências dos governos subnacionais têm variações no escopo e na intensidade da implementação, objetivou-se: 1) avaliar o processo de implementação da Política Antimanicomial (PA) pelos governos subnacionais; e 2) identificar prováveis condições causais que impactaram o grau de implementação da Política Antimanicomial. Assumimos aqui a afirmativa de Pérez-Liñán (2010), segundo a qual uma boa pergunta de pesquisa deve indagar sobre algum fenômeno que apresente variação no mundo real.

Para tanto, foi construído um *indicador de implementação*,⁴ focando a dimensão assistencial da política, baseado na combinação entre redução de leitos psiquiátricos, por um lado, e a criação de CAPS e SRT, por outro.

Considerando que o estudo refere-se à política antimanicomial, cujo histórico de tramitação legal provocou reações contrárias principalmente entre os donos de hospitais psiquiátricos, o problema da heterogeneidade na implementação, já mencionada, remeteu-nos à indagação sobre as razões desse quadro: que fatores determinaram a adesão ou não dos governos subnacionais à implantação dos serviços substitutivos ao manicômio? Teria a ideologia partidária influenciado a gestão da política em tela pelos governos subnacionais? Incentivos financeiros instituídos pelo Ministério da Saúde para remunerar os serviços substitutivos superaram correlações de forças desfavoráveis à adesão? De que natureza foram os constrangimentos dessa adesão? Qual teria sido o impacto do legado das políticas prévias de atenção à saúde mental na implantação dos serviços substitutivos? Quais foram os atores sociais mais importantes na cena de implementação dessa política e aqueles que se opuseram a ela? Qual a influência de suas ideias e visões de mundo e como atuaram?

Esta tese está estruturada em seis capítulos, afora a esta introdução (capítulo 1) e as referências. No capítulo 2, descreveremos os condicionantes dos sistemas federativos para o desenvolvimento de políticas públicas. Avançando para o capítulo 3, o foco recai sobre a política nacional de saúde mental, com o reconhecimento dos marcos da Reforma Psiquiátrica, o desenho da nova assistência e a lei, propriamente dita, que institucionaliza a política antimanicomial, definindo-a como variável dependente. Já no capítulo 4, a implementação da política pelos governos subnacionais dá o tom, sendo apresentada a evolução dos serviços de atendimento em saúde mental em perspectiva nacional, este estudo abarca a redução de leitos psiquiátricos e a

⁴ Esclarecemos que o indicador formulado para este estudo não está isento de limitações, haja vista que lidamos com lacunas nas fontes governamentais para construir o banco de dados no que diz respeito às modalidades de CAPS e ao número de SRT por município. Reconhecemos também que outros critérios relevantes, a despeito de toda sua riqueza, permaneceram não contemplados como, por exemplo, a questão da inclusão social ou a dimensão da cidadania da pessoa com sofrimento mental, que constituem grandes desafios da reabilitação psicossocial, paradigma do modelo de atenção à saúde mental difundido pela política antimanicomial. Avaliamos, no entanto que, ainda assim, o indicador formulado nos permite analisar uma faceta da política num recorte de tempo específico.

criação de CAPS e SRT. Trataremos dos padrões de implementação da política antimanicomial e a respectiva alocação dos municípios. No capítulo 5, inicialmente, serão argumentadas as condições de sucesso e insucesso na implementação da política e, em seguida, as hipóteses serão submetidas à Análise Qualitativa Comparativa (QCA). Segue-se a este, a discussão dos resultados, objeto do capítulo 6, quando serão retomados os dados primários e secundários da pesquisa para uma análise ampliada, alicerçada na literatura. Por fim, no capítulo 7, apresentaremos os apontamentos conclusivos deste estudo.

2 CONDICIONANTES DOS SISTEMAS FEDERATIVOS NA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo versa sobre um componente do quadro institucional em que se formaram os padrões de implementação da política pública de saúde mental assumida pelo Estado brasileiro desde os anos 1990. A discussão trata do federalismo e do papel central dos governos subnacionais no seu processo de implementação, discorrendo sobre os condicionantes dos sistemas federativos para o desenvolvimento de políticas públicas. Está dividido em quatro seções que abordam o federalismo e seu percurso recente no caso brasileiro; a questão da separação ou compartilhamento de responsabilidades; a temática da descentralização e dos incentivos financeiros e, por fim, circunscreve o problema de pesquisa discutindo políticas públicas e federalismo.

2.1 Aspectos conceituais do federalismo e um recorte do percurso brasileiro

Os sistemas federativos acomodam dois elementos distintos: 1º) a existência de *heterogeneidades* que segmentam uma determinada nação, de

natureza territorial (grande extensão e/ou enorme diversidade física), étnica, linguística, socioeconômica (desigualdades regionais), cultural ou política (diferenças no processo de formação das elites e/ou forte disputa entre elas); e 2º) a presença de um discurso e de uma prática defensores da *unidade na diversidade*, defendendo a autonomia local, no entanto buscando formas de manter a integridade territorial em um país marcado por heterogeneidades (ABRÚCIO, 2005). A afirmação dos valores e dos interesses de uma unidade de partes que pactuam uma ação comum denota, então, noções de unidade e diversidade como centrais ao conceito de federalismo (ROCHA, 2013).

Para Souza (2008, p. 36), o federalismo “organiza o Estado em dois ou mais níveis de governo, que têm autoridade formal sobre o mesmo espaço territorial e sobre todos os cidadãos”. De acordo com a autora, ele pode ser abordado por linhas teóricas que se mesclam e enfatizam, ora a “descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas”; ora a dimensão do “pacto”, isto é, por meio da aliança, conjuga-se o princípio da unidade com o princípio da autoridade interna; ou pode também estar associado à “democracia”, principalmente às garantias constitucionais inerentes, com o argumento de que só esse regime utiliza mecanismos institucionais que garantem respeito às prerrogativas dos entes da Federação.

Nessa delimitação do tema, cabe registrar a distinção conceitual entre federalismo e federação⁵ com a ressalva de que, mais do que uma questão semântica, sua relevância decorre de duas situações: a existência na prática da forma plural como os princípios federativos são aplicados em cada federação; e ainda a existência de marcos federativos nos quais o sistema federativo não é formalmente adotado. Passemos, daí a como se constituiu a federação no Brasil contemporâneo.

A partir da Constituição de 1988, o sistema federal foi redesenhado beneficiando estados e municípios e consagrando a tendência à redistribuição dos recursos fiscais em detrimento do governo federal (ALMEIDA, 2000). Desde então, reúne centros de poder que perpassam as três esferas de governo,

⁵ “A federação é uma forma organizacional específica, que inclui estruturas, instituições e técnicas que pretendem dar conta de uma realidade tangível. Já o federalismo é a ideologia política no sentido de ser um meio (e não um fim em si mesmo), através do qual interesses são conscientemente defendidos e persistentemente perseguidos” (p. 34).

tornando-se um sistema complexo de dependência política e financeira entre esses, que dispõem de caminhos e capacidades distintas na provisão de serviços públicos e cujas diferenças inter e intrarregionais são acentuadas (SOUZA, 2001).

Reportando-se à sua gênese, Sano e Abrúcio (2013) esclarecem que disputas entre elites regionais pertencem à formação histórica brasileira, uma vez que já no modelo unitarista do Império ocorriam conflitos entre o centro e as províncias. Almeida (2001) recorre à literatura e acrescenta que o federalismo brasileiro nasce associado à ideia de descentralização e de república.

O que se segue a isso é uma estrutura federativa caracterizada, desde suas origens, pela assimetria quanto aos recursos e à capacidade político-administrativa entre as esferas de governo.

Nossa história federativa revela um percurso de instabilidades nas relações entre níveis de governo (ABRÚCIO, 2005). Viana e Machado (2009) retratam a alternância entre períodos de centralização e descentralização como uma característica do federalismo do país. Souza (2001) afirma que as oscilações do federalismo brasileiro extrapolam a dicotomia centralização *versus* descentralização, sendo mais bem representadas em um *continuum* entre esses dois polos.

Na República Velha, prevaleceu um modelo em que os estados tinham ampla autonomia, pouca cooperação entre si e um governo federal com atuação reduzida. Na era Vargas, o Estado Nacional ganhou robustez, mas os governos estaduais perderam autonomia. De acordo com Abrúcio (2005, p. 46), o período de 1946-1964 foi o “primeiro momento de maior equilíbrio em nossa federação, tanto do ponto de vista da relação entre as esferas de poder como da prática democrática”.

No entanto, o golpe militar acabou com esse padrão, e, por volta de duas décadas, as relações intergovernamentais no Estado brasileiro passaram a se assemelhar mais às formas que caracterizam um Estado unitário do que àquelas que constituem as federações. Governadores e prefeitos lidavam com escassa autonomia fiscal, uma vez que, em meados de 1960, a reforma fiscal foi marcada por uma centralização financeira que concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal. Ainda que o volume da receita disponível dos

municípios tenha aumentado, por meio das transferências, essas ficavam sob o crivo do governo federal (ARRETCHE, 1999).

Foi um Estado com essa configuração, cunhado pela centralização financeira e administrativa, que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social. Nesse desenho, “estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas” (ARRETCHE, 1999, p. 114).

Podem ser destacadas como pontos de inflexão, já na década de 1980, a redemocratização – com destaque para a realização de eleições diretas para todos os níveis de governo –, bem como a descentralização fiscal da Constituição de 1988, visto que repercutiu em mudanças intensas na natureza das relações intergovernamentais e na distribuição de atribuições na área social. Governadores e prefeitos ampliaram de forma significativa sua autoridade sobre recursos fiscais, uma vez que aumentou a parcela dos tributos federais que é automaticamente transferida aos governos subnacionais, e também obtiveram autoridade tributária sobre impostos de volume importante. “A Federação brasileira, como instituição, e o gasto social, como política pública, passaram por profundas transformações [...]”, decorrentes dos compromissos assumidos com a redemocratização e com o novo modelo econômico (SOUZA, 2001, p. 5).

Nesse mesmo espectro de elementos relevantes, acrescenta-se o fato de que, a partir de meados dos anos 1990, as relações federativas foram reconstruídas sob os esforços para a obtenção da estabilidade macroeconômica, o controle fiscal na esfera subnacional e a recomposição de receitas públicas na União. Decorre desse contexto o incremento das transferências intergovernamentais condicionadas da União para estados e municípios, no entanto agora impulsionando a descentralização de políticas públicas sob responsabilidades mais claramente definidas. Deve-se salientar que tais transferências favoreceram estados e municípios com um importante aporte de recurso, simultaneamente conferindo à União um forte instrumento de indução de políticas públicas (MACHADO, 2011).

Souza (2001) discorre sobre três fontes de tensão que se apresentam estruturais e incidem sobre o federalismo: 1ª.) as demandas da política econômica que constroem a perspectiva do papel do Estado nas questões sociais; 2ª.) a heterogeneidade inter e intrarregional dos governos subnacionais

que impacta diretamente os resultados da descentralização; e 3^a.) a capacidade dessas esferas na provisão de serviços sociais.

Almeida (2001) também trata da natureza do federalismo brasileiro, valendo-se de um balanço da literatura da ciência política, e discute o fenômeno de sobre-representação de alguns Estados e sub-representação de outros. A autora afirma que a representação distorcida impacta as relações entre federalismo e democracia porque, principalmente, incorre numa “[...] forma de organização do Estado que seria constitutivamente limitadora do poder da maioria” (p. 18). Na análise de Almeida (2001), as pesquisas empíricas são insuficientes para validar a ideia das consequências políticas da sub/sobre-representação; essa distorção representativa está também ligada a regras eleitorais, não sendo, portanto, exclusiva das instituições federativas.

A estrutura federativa brasileira, reconfigurada com o processo de democratização ainda antes da Constituição Federal de 1988, havia reservado, inicialmente aos governadores, o papel de atores nacionais poderosos, gerando uma distribuição de poder e um desenho institucional propícios ao impasse. Todavia esse balanço de poder veio se alterando, como já dito, desde meados dos anos 1990, quando o Executivo federal assumiu o protagonismo na proposição de ajustes institucionais que levariam ao fortalecimento de seu papel na coordenação federativa (ARRETCHE, 2012).

Outro ponto-problema presente na literatura diz respeito à implementação de políticas públicas sob o modelo federativo brasileiro (ALMEIDA, 2001). A alegação de que há ineficiência na provisão de certos bens ou serviços na área social vinha sendo atribuída à indefinição do desenho constitucional quanto à atribuição de competências entre os entes nacionais. Mais uma vez, a autora não comunga da ideia de que haja correlação entre o compartilhamento de competências entre diferentes esferas de governo e tal ineficiência, argumentando que estudos empíricos têm realçado bem mais os efeitos de variáveis estruturais, intencionais ou institucionais para explicar os problemas ligados às políticas sociais.

Este primeiro tópico abordou, em linhas gerais, o federalismo e trouxe elementos históricos que nos permitiram identificar o modelo brasileiro, revelando um perfil oscilatório quanto à distribuição de poder nas relações intergovernamentais. Desde a República Velha até a contemporaneidade, é

preciso reconhecer que a vastidão do território nacional e sua heterogeneidade, sobretudo, de natureza econômico-social, trouxe conflitos, cujas tentativas de resolução acabaram por moldar o desenho que hoje vigora. Serão tratados, a seguir, aspectos que adensam a caracterização do federalismo ao enfatizar a distribuição das responsabilidades entre os entes federados.

2.2 Federalismo e políticas públicas: o compartilhamento de responsabilidades

Reconhecendo que a noção de federalismo está diretamente associada à distribuição territorial da autoridade entre jurisdições autônomas, interessa destacar dois conceitos que emolduram essa discussão: relações intergovernamentais (RIGs) e descentralização. A pertinência dessa evocação é necessária para “[...] analisar as relações que se estabelecem entre níveis de governo, quando da implementação de políticas, e para responder às questões sobre o que os governos fazem e como fazem” (SOUZA, 2008, p. 37). Na construção dos papéis a ser distribuídos em torno das funções de formulação e implementação, as “[...] federações são arranjos institucionais que propiciam e requerem a negociação entre esferas de governo, dotadas de certo grau de autonomia e recursos próprios de poder” (ALMEIDA, 2001, p. 24).

Apoiadas sobre um conjunto de regras constitucionais e legais, bem como sobre as condições específicas em diferentes setores governamentais, as RIGs são afetadas pelo desenho do federalismo e têm papel determinante dada sua natureza institucional pautada na barganha contínua entre atores autônomos. Sua importância deve-se à necessidade de que coexista a autonomia dos níveis de governo e a interdependência entre eles (SOUZA, 2008).

A Constituição de 1988 instituiu competências comuns para União, estados e municípios nas áreas de saúde, assistência social, educação, cultura, habitação e saneamento, meio ambiente, proteção do patrimônio histórico; combate à pobreza e integração social dos setores desfavorecidos, e educação

para o trânsito. Legislação complementar deveria definir as formas de cooperação entre os três níveis de governo (BRASIL, 1988, art. 23).

Aos governos estaduais e federal foram atribuídas competências legislativas concorrentes em um extenso leque de áreas, a saber: proteção ao meio ambiente e aos recursos naturais; conservação do patrimônio cultural, artístico e histórico; educação, cultura e esportes; juizado de pequenas causas; saúde e previdência social; assistência jurídica e defensoria pública; proteção à infância, à adolescência e aos portadores de deficiência; organização da polícia civil (BRASIL, 1988, art. 24).

Ganhou destaque, no conjunto de atribuições compartilhadas, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido em uma nítida concepção de articulação e cooperação entre os três níveis de governo. Na visão de Sano e Abrúcio (2013), a implantação do SUS é a experiência mais exitosa em termos de articulação intergovernamental destacando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes dos estados e dos municípios no âmbito federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representantes no nível estadual. A criação dessas arenas formais de discussão e negociação do processo de descentralização de ações reflete, associado a outros elementos, a atuação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Consems).

As especificidades da atuação de cada uma das esferas de governo são mais funcionais que jurisdicionais, cabendo à União um papel relativo à coordenação, normatização e definição de padrões nacionais para a ação governamental no setor saúde. Aos estados foram reservadas funções de coordenação e normatização complementar no seu nível, além de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas do SUS, bem como apoio técnico e financeiro, enquanto aos municípios foram reservadas as de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (artigo 18, inciso I da Lei 8080/90).

O compartilhamento da responsabilidade em um setor governamental encontrou, no SUS, um contraponto à ideia de que o modelo federativo brasileiro seria anômalo, uma vez formado por uma superposição de competências e

atribuições entre as três unidades de governo (ALMEIDA, 2000). Segundo a autora, o desenho brasileiro corresponde a um tipo específico de federalismo que se mostra adequado à diversidade de situações e capacidades das esferas subnacionais de governo no país. Diferentemente do modelo dual, prevalente na Primeira República, no qual aos estados se conferiam muitas atribuições, após a Constituição de 1988, o governo federal e níveis subnacionais passaram a compartilhar responsabilidades por políticas e oferta de bens e serviços coletivos. O Brasil, na visão da autora, poderia ser pensado como um federalismo cooperativo e descentralizado, “que supõe competências compartilhadas e um processo permanente de negociação dos termos da cooperação” (ALMEIDA, 2000, p. 18).

Pautada na tipologia da ACIR,⁶ cujo critério é a natureza das relações intergovernamentais distinguindo-se três tipos de arranjo federativo,⁷ Almeida (2000) afirma que *federalismo cooperativo* apresenta graus diferentes de intervenção do poder federal e é marcado por formas de ação conjunta entre níveis de governo, nos quais as unidades subnacionais preservam importante autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.⁸

Isso não significaria desconhecer o papel protagonista do governo federal e de sua capacidade de se valer de incentivos para produzir ações, programas ou políticas nas unidades subnacionais. Para Souza (2005, p. 111), aliás, “a federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais [...]”.

Ainda a este respeito, há trabalhos de outros autores apontando para o fato de que são as políticas e os programas sociais formulados pela União e implementados por governos subnacionais que organizam as ações

⁶ ACIR: Advisory Commission on Intergovernmental Relations (ACIR), organização criada e sustentada pelos partidos Republicano e Democrata dos Estados Unidos para produzir estudos e recomendações sobre temas relacionados ao funcionamento do federalismo norte-americano. Foi extinta durante o governo Clinton.

⁷ Federalismo dual; federalismo centralizado e federalismo cooperativo (ACIR, 1981).

⁸ Machado e Palotti (2014) acrescentam a literatura sobre o *modelo americano* e o *modelo alemão* e também *federalismo inter e intraestado*. No modelo americano, os diferentes níveis de governo exercem autoridade independente sobre políticas públicas, enquanto no modelo alemão há compartilhamento de autoridade sobre uma mesma área entre as diferentes unidades. As competências sobre diferentes políticas públicas distribuídas entre as esferas de governo marcam o federalismo interestado. Já no federalismo intraestado, as competências são compartilhadas, a União assume o papel de formuladora e coordenadora, cabendo às unidades subnacionais a implementação.

governamentais nas áreas sociais com competências compartilhadas e dão consistência a elas (ABRÚCIO, 2006; ARRETCHE, 2009, 2010).

Assim, pode-se dizer que há uma dinâmica de inclinações descentralizadoras interagindo com forças centralizadoras, que é própria das relações intergovernamentais na Federação brasileira.

Nesse sentido, a continuidade da exposição sobre as principais questões entrelaçadas na discussão do federalismo e políticas públicas avança no quesito da descentralização a fim de esclarecer a importância dos incentivos financeiros federais enquanto mecanismo para regulação central dessas políticas (ARRETCHE, 2010).

2.3 Federalismo, descentralização e políticas públicas: sob a égide dos incentivos financeiros federais

A instauração do regime democrático, precedida pelo governo militar que havia sido marcado pela concentração das decisões políticas e dos recursos financeiros na esfera federal, inaugurou um processo de descentralização fortalecendo a capacidade decisória de estados e municípios (RIBEIRO, 2013).

Almeida (2005) afirma que a descentralização foi defendida em prol da ampliação da democracia e também do aumento da eficiência do governo e da eficácia de suas políticas. Em contraponto às limitações das estruturas centralizadas instituídas ao longo do século XX, mas também a estudos que analisam objetivamente os efeitos da gestão descentralizada sob um viés normativo, Arretche (2003) afirma que essa não traz garantias inerentes para a democratização do processo decisório, a eficiência na gestão das políticas públicas, o controle social e a qualidade da informação para o processo decisório. O federalismo moldado na redemocratização trouxe à tona a descentralização dependente da adesão dos níveis de governo estadual e municipal. Se, sob essa moldura, estados e municípios poderiam assumir funções de gestão de políticas públicas por iniciativa própria, por adesão a algum programa proposto por instância maior de governo ou ainda por determinação constitucional, foi a segunda dessas alternativas que teria prevalecido.

A recuperação da capacidade de coordenação pela União significou a retomada da iniciativa de propor políticas e programas com transferências condicionadas para governos subnacionais que aderissem a esses.

As novas bases federativas do Estado brasileiro se dirigiram para a adesão do nível de governo para o qual se destina a transferência de competências e recursos. Transferência essa que não elimina a barganha federativa, ou seja, que “[...] cada nível de governo busca transferir ou imputar a outra administração a maior parte dos custos políticos, financeiros e administrativos da gestão das políticas e reservar a si a maior parte dos benefícios dela derivados” (ARRETCHE, 2000, p. 242).

Ainda que regido sob o preceito do aumento das responsabilidades dos governos locais, a descentralização “significou coisas diferentes e ocorreu em ritmos diferentes, de acordo com o desenho específico de cada política, com a distribuição prévia de competências e de recursos entre as três esferas de governo (ALMEIDA, 2005, p. 37).

Na experiência brasileira pós-constitucional, com o poder de barganha diferenciado da União e maior dependência financeira de estados e municípios a partir dos constrangimentos fiscais a que foram submetidos, a institucionalização de incentivos federais revelou-se uma estratégia atraente para essa, bem como para estados e municípios. Por meio desses recursos, a União teve instrumentos para descentralizar e controlar a execução dos seus programas federais nos estados e nos municípios, os quais tiveram acesso a recursos e redução de custos e riscos que acompanham a implementação de políticas públicas (MACHADO, 2012). Outra vantagem consistiu na possibilidade de alcançar resultados redistributivos, reduzindo desigualdades horizontais de capacidade de gasto (ARRETCHE, 2004).

A autora destaca que, em tese, as garantias constitucionais do Estado federativo permitiram que os governos locais elaborassem a própria agenda na área social, uma vez que as relações verticais na Federação brasileira eram marcadas pela independência: estados e municípios são entes federativos autônomos. No entanto, com exceção da política de educação fundamental, as relações federativas na gestão de políticas, inclusive as políticas de saúde, são caracterizadas pela concentração de autoridade no governo federal. Compete à

União o papel de principal financiador, normatizando e coordenando as relações intergovernamentais.

A extensão da descentralização, na avaliação de Arretche (2000), está diretamente vinculada às ações coordenadas entre níveis de governo, a partir da União. Abrúcio (2005) também destaca que a dependência da transferência entre níveis de governo é importante para a adesão de governos subnacionais que passam a exercer as novas atividades. A assunção da gestão de políticas públicas por estados e municípios, sob o preceito da adesão, supõe que estejam motivados pelos incentivos construídos para esse fim pelo desenho dos programas federais.

Assim, um elemento-chave para análise do comportamento dos entes subnacionais, na implementação de políticas públicas, seriam os incentivos a que estão submetidos.

São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais (ARRETCHÉ, 2003, p. 335).

Isso porque os governos locais são autônomos para assumir (ou não) a responsabilidade pública pela gestão de programa social mediante um cálculo no qual constam custos e benefícios prováveis da decisão. A riqueza econômica, a capacidade fiscal e a capacidade administrativa são componentes desse cálculo, embora não determinantes em si. A adesão dos governos locais à transferência de atribuições seria, assim, pautada em um cálculo que concebe os possíveis custos políticos e financeiros provenientes da engenharia operacional das políticas e do legado das políticas prévias com destaque para a estrutura de incentivos oferecida pela esfera de governo interessada na transferência de atribuições.

Na literatura que aborda as relações intergovernamentais, podem-se identificar dois tipos ideais em situações opostas numa federação: de um lado, elevada concentração de poder no centro; do outro, dispersão de poder com a participação dos governos subnacionais nas decisões.

No primeiro, União e governos se relacionam como em um *contrato de execução*, conforme definido na teoria da agência, nos moldes de uma relação em que os governos subnacionais (*agents*) são remunerados para realizar projetos e ações concebidos pela União (*principal*), o que seria caracterizado de acordo com Machado (2012) pelos seguintes atributos: I. Poder de agenda e desenho dos incentivos sob controle da União; II. Regulação do comportamento dos governos subnacionais a fim de que executem estritamente o que foi decidido pela União, incluindo sanções e mecanismos de controle e auditoria; III. Relações verticalizadas e fragmentadas entre União e cada governo subnacional, sem a presença de órgãos ou arenas de negociação intergestores.

No segundo tipo ideal, baseado na descrição dos *sistemas de decisão conjunta* (SCHARPF, 1988) em que as decisões da União dependem da concordância unânime ou quase unânime dos governos subnacionais, trata-se de uma *gestão compartilhada*. Suas principais características são: I. Poder de agenda e desenho dos incentivos difuso, com decisões tomadas por consenso entre representantes da União e governos subnacionais com poder de veto; II. Regulação do comportamento dos governos subnacionais com mecanismos de controle e auditoria multilaterais, sem o domínio exclusivo da União para aplicação de sanções; III. Relação horizontalizada e multilateral por meio de arenas de negociação intergestores.

Assim, o conjunto de regras e transferências federais que configuram os incentivos para adesão poderia ser pensado como variações entre esses dois polos, ainda que Machado (2012) tenha constatado que, em geral, os governos subnacionais se comportam como *agents* da União, embora em algumas políticas haja elementos de compartilhamento da gestão. O autor conclui que o federalismo não é condição suficiente para bloquear ou atrasar a implementação de políticas sociais, uma vez que a União é capaz de estruturar incentivos de modo a exercer seu papel como *principal*, com poder diferenciado na formulação e na implementação da agenda social

Num estudo sobre o alcance da descentralização das políticas sociais no Brasil, nos anos 1990, por sua vez, Arretche (1999, p. 112) verificou expressiva variação no grau de descentralização entre as políticas sociais (no caso: saneamento, habitação, educação, assistência social e saúde) e entre os

estados pesquisados (SP, PR, RS, BA, PE e CE). Partindo da premissa de que “[...] os atributos estruturais nas unidades locais de governo, tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local” influenciam a descentralização, não sendo determinantes em si, essa autora considerou também o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a engenharia operacional da política. Ela constatou, quanto à variação entre as políticas sociais, que o desenho e o modo efetivo de implementação de estratégias de indução para transferir atribuições de gestão de políticas públicas são decisivos para a extensão do processo de descentralização.

Por fim, ela afirma que “o sucesso de um programa abrangente de reforma do Estado [...] depende [...] da implementação de estratégias deliberadas e adequadas de incentivo à adesão dos governos locais” (ARRETCHE, 1999, 2000, p. 52). A autora enumera, entre os mecanismos de incentivo: redução dos custos financeiros envolvidos na execução das funções de gestão; depreciação dos custos de instalação da infraestrutura necessária para o desempenho das funções a ser descentralizadas; aumento do volume da receita disponível; transferência de recursos em uma escala em que a adesão se torne atraente e a reversão das condições adversas resultantes da natureza das políticas, do legado das políticas prévias e dos atributos estruturais de estados e municípios.

Uma vez descritos os principais componentes constitutivos do federalismo que vigora no Brasil, e que aponta para uma descentralização regulada pela União atravessada por mecanismos centralizadores, interessa, enfim, circunscrever a discussão de políticas públicas no contexto federativo com o objetivo de apresentar o problema de pesquisa desta tese.

2.4 Políticas públicas no federalismo: o objeto da tese

A coordenação de políticas sociais a partir do centro, operada em grande medida pelos programas federais com transferências condicionadas para governos subnacionais, permite induzir em tese algum grau de uniformidade na oferta de serviços e bens necessários à realização de direitos em dimensão nacional. Entretanto, para obter tais efeitos, o governo federal, por meio das pastas sociais, tem lançado mão de um conjunto de mecanismos no sentido de constranger eventuais desvios de finalidade no uso dos recursos. Visando a uma solução otimizada para eliminar ou, no mínimo, reduzir uma eventual distância existente entre o que o *principal* espera e o que, de fato, é realizado pelo *agent*, situam-se os chamados “custos de agência” (GODOY; MARCON, 2006).

O custo de agência é, assim, gerado por conflitos de interesse entre as duas partes, uma vez que o *agent* pode atuar em nome dos próprios interesses, que não são exatamente os mesmos que os do *principal* (KAYO; FAMÁ, 1996). Os custos aumentam porque, temendo abusos, o *principal* impõe – ex ante – procedimentos, normas de decisão, protocolos, ou formulários que limitam as ações do *agent*, ou, ex post, por meio de auditorias ou formas afins de controle. Finalmente, dada apreensão do *principal* de que o *agent* conduza de maneira equivocada suas preferências, lançam-se medidas que assegurem que eles possam fazê-las da forma mais certa (SHAPIRO; 2005).

A despeito da indução financeira e dos mecanismos de controle vertical, governos regionais ou locais parecem lidar com distintas condições para implementação de políticas públicas, o que pode afetar seus resultados e gerar diferenciais na implementação das políticas. Nesse particular, a literatura sobre políticas públicas é de especial importância para alimentar a formulação de hipóteses ou explicações, especialmente no que se refere aos estudos que tomam os processos de implementação como variável dependente.

Nesse sentido, embora em caráter genérico, Ham e Hill (1993) chamam a atenção para a relativa influência do Estado e dos fatores sociais na explicação do desenvolvimento de políticas públicas e mencionam as quatro principais teorias que abordam a temática – pluralismo, elitismo, marxismo, e teorias corporativas.

O pluralismo atribui importância destacada à atuação dos diferentes grupos e interesses que impõem restrições ao Estado, sendo a política pública um reflexo das preferências desses grupos. Já a teoria elitista enfatiza o poder

exercido por um reduzido número de interesses sociais bem organizados e destaca a habilidade dos grupos que defendem seus interesses para atingir seus objetivos.

O marxismo aponta a influência de interesses econômicos sobre a ação política, projetando a luta de classes para esta última esfera, e enquadra o Estado como um importante meio de manutenção da dominação. Por fim, as teorias corporativas revelam que, como resultado de um declínio do processo de acumulação do capital, o Estado na sociedade capitalista passou a adotar uma posição mais diretiva e intervencionista, porém absorvendo vários interesses setoriais nas suas estruturas.

Essas diferentes teorias, entretanto, fornecem marcos analíticos muito amplos carecendo de complementaridade com categorias intermediárias que permitam análises empiricamente mais consistentes do processo de implementação de políticas públicas. Nestes termos, Skocpol e Amenta (1986) enfatizam o impacto do Estado na elaboração de políticas sociais, e as burocracias públicas situam-se, assim, como “atores relevantes, capazes de influenciar o formato da legislação social e a implementação de políticas” (FARIA, 2012, p. 45).

Ainda nessa direção, a abordagem de implementação *bottom-up* destaca as burocracias de nível de rua como as agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas e que têm substancial discricionariedade na execução de seu trabalho. A margem de discricionariedade do executor é muito grande, e o implementador toma as decisões mais importantes de uma política setorial (LIPSKY, 1980).

Considerando esses pontos, será discutido o padrão de implementação da política pública de saúde mental pelos governos subnacionais. Em que pese o esforço de indução nacional dessa política pelo Ministério da Saúde, os governos subnacionais responsáveis por sua implementação apresentam significativas desigualdades de natureza econômica, social, política e de capacidade de gestão de seus governos, lidando com cenários muito distintos, inclusive quanto à correlação entre as forças com elementos mais salientes no que toca à Reforma Psiquiátrica. Os movimentos de profissionais de saúde mental pró-Reforma, de um lado, ou os grupos alinhados aos valores da psiquiatria tradicional ou de proprietários de

estabelecimentos manicomiais, de outro, não apresentam uma influência homogênea nas esferas estadual e municipal, proporcionando uma multiplicidade de desenhos e condições para a implementação de uma política nacional.

Este último elemento, aliás, constitui um desafio não apenas do ponto de vista da coordenação das políticas públicas nacionais implementadas de forma descentralizada, mas inclusive sob a ótica do seu estudo. Considerando a advertência de Arretche (1999) sobre a existência de poucos elementos conclusivos na literatura acerca da natureza dos fatores que explicariam variações significativas no processo de descentralização das políticas públicas nacionais induzidas pela União, o objetivo desta tese foca no seguinte:

- 1) avaliação do processo de implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais;

- 2) identificação das prováveis condições causais que impactaram o grau de implementação da Política Antimanicomial.

A discussão da política nacional de saúde mental consubstanciada na Lei nº 10.216/2001, produto da Reforma Psiquiátrica, será feita no próximo capítulo.

3 A POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo, inicialmente, contextualiza a reforma no setor de saúde brasileiro, cujo desenvolvimento se deu a partir de meados da década de 1970, sustentado por amplo movimento social e que culminou no reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado com a instituição do SUS, pela Constituição de 1988. Uma vez exposta a conjuntura ampliada, passaremos, então, a delimitar os aspectos centrais da Reforma Psiquiátrica que foram determinantes na proposta de reorientação da assistência à pessoa com sofrimento mental. Trataremos, assim, da Lei Federal nº 10.216/2001, evidenciando também as legislações estaduais. Tendo a política antimanicomial como alvo de análise, serão apresentados os elementos que vão permitir compreender, no capítulo seguinte, as nuances de sua implementação.

Mencionadas como movimentos que ocorrem paralelamente, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica contextualizam-se nos últimos anos do governo militar, portanto, num momento de efervescência social, contestatório, inscrito numa conjuntura desfavorável em âmbito nacional – alta taxa de juros, aceleração do processo inflacionário, interrupção de crédito internacional, e também marcado por um quadro de recessão mundial (YASUI, 2010).

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, com a mobilização da sociedade civil – e associada à luta a favor da redemocratização –, transcendia a defesa da saúde como questão biológica, apontando para a necessidade de um enfoque político, dimensionado no espaço público (PAIM *et al.*, 2011). Concebido também como uma “práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização dos serviços de saúde, [...]” em um horizonte de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais (SILVA, 2014, p. 3), formou alianças com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais e, a despeito da oposição de um setor privado robusto e influente, logrou delinear os fundamentos do SUS.

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que determinava as atribuições e a organização do SUS, há mais de 25 anos, imputou às três esferas governamentais a participação no *modus operandi* da

política marcada pela descentralização. Sendo de natureza político-administrativa, a descentralização extrapola a transferência de serviços, incluindo também responsabilidades, poder e recursos do âmbito federal para o estadual e municipal (LEVCOVITZ *et al.*, 2001). “A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal” (PAIM *et al.*, 2011, p. 19).

Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991/93 e 96 foram elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização, uma vez que regulamentam sobre a divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Soma-se a essas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, reformulada em 2002 para incorporar demandas de caráter legislativo, que em linhas gerais versa sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e enfatiza a regionalização como estratégia necessária para que o processo de descentralização fosse aprofundado, acompanhando a organização da rede de assistência.

Desde 2006, vigora também o Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria Ministerial nº 399/2006, que consiste em um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e as responsabilidades em saúde (BRASIL, 2006).

Salienta-se que foi num cenário financeiramente desfavorável e com a “política de oposição ao SUS, comandada pelos setores mercantilistas da saúde sustentada dentro da política neoliberal do Governo Collor” (ROCHA, 1994, p. 5), que inclusive obstaculizava e protelava a implantação do SUS, que a Reforma Sanitária iniciou o processo de implementação da descentralização, um de seus principais pressupostos.

As dificuldades de gestão de um sistema de saúde em um estado federativo, no início da década de 1990, colocaram em xeque a capacidade dos gestores e do movimento sanitário quanto à utilização de mecanismos que tornassem viável a coordenação vertical e horizontal das ações implementadas nos moldes da descentralização (CÔRTEZ, 2009). Com o objetivo de administrar essa política descentralizada, ampliaram-se os mecanismos de tomada de decisão com participação social, e os gestores de saúde ganharam projeção, tornando-se atores fundamentais no campo da saúde.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) desempenharam função importante, sobretudo a partir de 1994, quando foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), reunindo municípios e governos estaduais, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), reunindo municípios, governos estaduais e o governo federal. Tais arenas foram importantes para decidir sobre regras e implementação, não apenas no que se refere ao SUS, mas também à Reforma Psiquiátrica. “Foi se forjando uma complexa engenharia política de representação e articulação de interesses, [...] para a gestão descentralizada, [...] frente à necessidade de autonomia com interdependência dos entes federados” (MAIO; LIMA, 2009, p. 1612).

A oferta de incentivos e estruturas institucionais que contribuíssem para o comportamento responsável dos governos locais foi a chave para o sucesso da reforma sanitária do país (COSTA *et al.*, 2011). Nesses termos, as políticas de saúde que vigoraram nos governos locais tiveram forte dependência das transferências federais e das normas estabelecidas pelo MS, pois, “[...] o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo” (ARRETCHE, 2004, p. 22).

Pode-se afirmar que, nesses moldes, a política descentralizadora na área da saúde foi regida por forte indução estratégica de centro (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Com destaque para o período recente, o que se apreende, nos últimos vinte anos, é um “modelo [...] em que se coadunam o movimento geral de centralização e processos de descentralização setoriais” (VIANA; MACHADO, 2009, p. 811), conduzidos por estratégias de coordenação intergovernamental. Tem-se um governo nacional fortemente centralizador, com capacidade decisória e regulatória sobre os entes subnacionais por meio de incentivos vinculados a programas específicos.

A literatura salienta que, a despeito da participação dos governos subnacionais no processo de formulação e implementação das regras de descentralização, “o Ministério da Saúde é o ator mais poderoso da arena”, tendo a possibilidade efetiva de interferência no conteúdo das decisões (ARRETCHE, 2003, p. 342).

Embora num contexto adverso de políticas econômicas, regidas pela redução do papel do Estado como preconiza a agenda neoliberal, a Reforma Sanitária foi se firmando como política pública no decorrer da década de 1990 com a instituição de práticas inovadoras que consolidaram a implantação do SUS.

Em meio a mudanças de natureza política e econômica, que envolveram desde a posse de Fernando Collor de Mello (1990) e o impedimento de seu governo (1992), a eleição e a reeleição de Fernando Henrique Cardoso e o ingresso de Luiz Inácio Lula da Silva, também por dois mandatos, Paim *et al.* (2011) avaliam que iniciativas importantes foram lançadas como o Programa de Saúde da Família (PSF), o programa nacional de controle e prevenção HIV/AIDS, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dentre outros.

No que toca à Reforma Psiquiátrica, conceituada como "[...] um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria" (AMARANTE, 1998, p. 87), cabe ressaltar que sua origem está relacionada à mobilização de trabalhadores de saúde que buscaram tornar política a questão da saúde mental, sobretudo na luta contra as instituições psiquiátricas. Em linhas gerais, criaram-se experiências e estratégias de cuidados opostas à lógica manicomial segregadora, lograram-se mudanças no campo legal e os resultados dessas ações também se fizeram sentir na esfera sociocultural.

Apesar de os primeiros serviços substitutivos municipais de saúde mental Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inspirados na experiência pioneira do município de Santos (SP), terem sido criados sem incentivos específicos do governo federal no fim da década de 1980, o que se seguiu foi a edição de uma série de Portarias pelo Ministério da Saúde com os objetivos de modificar a remuneração das internações psiquiátricas e de criar outros procedimentos relativos à saúde mental (COSTA *et al.*, 2011). O primeiro documento normativo, a Portaria SNAS nº 189, data de 1991 e regulamenta grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), tornando possível o custeio de ações e serviços alternativos, sendo seu principal ponto a alteração do financiamento (BRASIL, 2002). Em janeiro de 1992, foi publicada a Portaria nº

224/92, demasiado importante por ser o documento de orientação e referência de implantação dos novos serviços substitutivos, nos sistemas locais de saúde.⁹

A edição de portarias ministeriais, cujo conteúdo geralmente condiciona as transferências federais à adesão de Estados e municípios aos objetivos da política federal, é um relevante instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde, tendo sido um dos principais recursos utilizados para desencadear a política antimanicomial. Como desdobramento, aumentou a disposição dos municípios para assumir o compromisso com a oferta dos serviços de saúde, limitando-se a margem de escolhas dos governos subnacionais e submetendo-os à adoção de um comportamento tido como desejável pelo governo federal.

Diante do exposto, conforme apontado por Machado (2011), o horizonte de produção e desenvolvimento de políticas públicas tem apresentado para os sistemas federativos novos desafios, pois a interdependência entre as escolhas dos entes federados tornou-se maior com a reconfiguração do pacto federativo, o que também é o caso da saúde mental em que a supressão do manicômio deveria ser acompanhada da montagem de redes de atenção regionalizada que articulariam ações de municípios de diferente porte populacional. Em relação a esta discussão, o próximo tópico tratará dos aspectos constituintes da Reforma Psiquiátrica e a produção legislativa da política antimanicomial.

3.1 Marcos do movimento da Reforma Psiquiátrica e configuração da nova rede de assistência

Conforme abordado, a compreensão de que a Reforma Psiquiátrica brasileira se associa ao processo da Reforma Sanitária localiza a discussão atual sobre as transformações na assistência em saúde mental como vinculada à reorientação da lógica da saúde geral.

⁹ As demais Portarias serão discutidas no tópico 3.2.

Quando da implantação do SUS (1988), os municípios brasileiros se mobilizaram no sentido de tornar viável, na ampla gama da assistência à saúde, os direitos constitucionais dos usuários.

No entanto, significativas foram as dificuldades de natureza política e econômica na efetivação das diretrizes gerais, tanto da Reforma Sanitária quanto da Reforma Psiquiátrica. Transcorridas quase quatro décadas e lançando-se mão de mecanismos institucionais, e sob o imperativo da descentralização, lidamos com um novo desenho da política de saúde e de saúde mental.

Assim como a Reforma Sanitária foi contextualizada temporal e socialmente, nos idos de 1970, em um cenário histórico e político marcado pelo ressurgimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, lançou-se mão, nesta tese, da periodização histórica proposta por Vasconcelos (2000)¹⁰ para compreensão da Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo primeiro período envolve os anos de 1978 a 1982.

O surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) é organizado a partir de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, no ano de 1978, impulsionado pelo contato com lideranças mundiais, como Franco Basaglia (VASCONCELOS, 2000).

Tem destaque o fato de o movimento ser “[...] completamente *externo* ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa [...]” (VASCONCELOS, 2000, p. 23). O mote do movimento caracterizava-se por denúncias e reivindicações dirigidas à indústria da loucura nos hospitais privados subsidiados pelo governo, clamando pela humanização desses hospitais e também dos públicos, por melhores condições de trabalho nas instituições e pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Nessa mesma direção, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), vinculada ao Ministério da Saúde, ocorrida em 1978, a partir do surgimento de denúncias de seus hospitais, seguidas por movimentos de greve, repercutindo na demissão de profissionais, foi definida como desencadeadora

¹⁰ Considerando a publicação de Vasconcelos no ano 2000, infere-se que a periodização por ele proposta se estende até 1999.

de um intenso processo de discussão sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos públicos brasileiros (AMARANTE, 1995).

Na década de 1980, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica se aproximam sob um projeto de redemocratização e construção de um pacto social consubstanciado na nova Constituição. Criou-se uma agenda que propunha transformação no setor saúde pautada na descentralização, na universalização e na unificação do sistema de saúde.

O caminho que começava a ser trilhado tinha como marcas a tentativa de ruptura epistemológica com o saber e o aparato psiquiátricos, bem como a criação de estratégias de cuidado, contrárias ao modelo hospitalocêntrico fundado na exclusão da loucura da cena social.

A RP trouxe à tona ações expressivas e reivindicatórias de atores da sociedade civil especialmente dos trabalhadores da saúde que, no cotidiano de suas práticas institucionais, interrogavam o Estado, sobretudo na luta contra as instituições psiquiátricas.

A etapa seguinte à mobilização da sociedade civil contra o asilamento e a mercantilização da loucura foi marcada, nos anos de 1982 a 1987, por uma parceria que se estabeleceu entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência com a finalidade de administrar os hospitais públicos. Possibilitou-se, assim, o ingresso político para que lideranças do MTSM conduzissem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos. Outro efeito positivo dessa aliança foi a criação de condições para o lançamento do Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), no final de 1981, que se “consubstanciou” no Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, cujos objetivos visavam à racionalização do sistema, à melhoria da qualidade dos serviços e à reversão do modelo assistencial privatizante a fim de dar cabo à crise financeira da saúde previdenciária. Foi criado o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS), como parte do Conasp, e precursora do SUS, que permitiu repassar os recursos financeiros da União para os estados e as prefeituras, ampliando a rede de assistência e diversos programas de saúde (VASCONCELOS, 2000; YASUI, 2010).

Já nessa época, lideranças do MTSM nas Secretarias Estaduais de Saúde defendiam, dentre outras ações, a não criação de outros leitos em

hospitais psiquiátricos especializados e a redução desses, onde fosse possível e/ou necessário, a regionalização das ações em saúde mental e o controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados.

No ano de 1987, dada a configuração política dos governos, com Sarney no âmbito federal, ocorre uma restrição do campo para as políticas de saúde mental. A situação de burocratização no interior de próprio MTSM foi avaliada por um segmento do Movimento, que apontou para a necessidade da saúde mental se reaproximar dos movimentos populares, bem como da opinião pública em geral, e ainda lançar metas estratégicas mais arrojadas, que extrapolassem o movimento sanitarista, rumo à experiência do modelo difundido por Basaglia (VASCONCELOS, 2000). A experiência italiana de desinstitucionalização, entendida não apenas como desospitalização, mas a criação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental – baseada em uma crítica ostensiva ao manicômio – inspirou a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

Nesse mesmo ano, à luz da VIII Conferência de Saúde (1986), marco histórico na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que representou, nas palavras de Tenório (2002, p. 35), “o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”. O MTSM adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” orientando o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que amplia sua abrangência ao romper com o corporativismo profissional e incorporar usuários, familiares e a sociedade civil como membros. Ao criar um movimento desvinculado das instituições, a sociedade é interpelada a discutir e a reconstruir sua relação com o louco e a loucura.

A RP configurou-se como um movimento multifacetário em virtude das experiências institucionais inovadoras ganhando legitimidade como política pública, conduzida pelo Ministério da Saúde, implementada pelos governos subnacionais, e, como movimento social, congregando diferentes atores, usuários, profissionais, familiares, simpatizantes.

Ainda na perspectiva de ampliar o alcance das mudanças aspiradas, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com

o objetivo de aglutinar outras parcelas da sociedade em torno da causa. O escopo das ações centrou-se na invenção de novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, não interessando mais aperfeiçoar as estruturas tradicionais (o ambulatório e o hospital de internação). Substituir a psiquiatria hospitalocêntrica por uma forma de cuidar que envolvesse dispositivos abertos e de natureza comunitária ou territoriais era a tarefa da Reforma Psiquiátrica.

Também de grande importância na discussão, deve-se registrar o considerável número de organizações de usuários e familiares que despontaram na década de 1980, articulando congressos e encontros difundidos em todo o Brasil. Dispondo-se a favor ou contrariamente às propostas de mudanças no modelo da assistência à saúde mental, tais associações tiveram presença significativa nas arenas de decisão das políticas de saúde mental. Não se atendo à discussão sobre as causas do adoecimento mental, concebendo-a como uma conjugação de fatores biológicos e ambientais, o posicionamento político das associações mostra-se distinto quanto à concepção dos dispositivos de assistência ofertados: as associações de familiares, ainda que não sejam todas, reconhecem o hospital como recurso necessário nos momentos de crise; já as propostas de intervenção não asilares são eleitas pelas associações de usuários como a terapêutica mais bem-sucedida (SOUZA, 2001).

A Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA) e a Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM) são citadas como associações com comportamento de adesão à agenda da luta Antimanicomial; já a Associação de Amigos, Familiares de Doentes Mentais do Brasil (AFDM) atua como uma comunidade de veto. Diferentemente da RS, a RP obteve êxito em ocupar espaços no aparelho estatal e, ao mesmo tempo, manter uma base de atuação autônoma como movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários (YASUI, 2010).

Em 1989, foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n. 3.657/89, que propunha “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2012). Esse fato estimulou, nos anos seguintes, a mobilização de estados e municípios para que esses elaborassem e promulgassem leis inspiradas no teor do projeto do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Nas palavras de Tenório (2002,

p. 36), “a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada”.

Também em 1989, a experiência do município de Santos (SP), sob gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), foi marcada pela ocupação dos espaços de decisão e de poder do aparelho estatal, que possibilitou “[...] produzir e sustentar politicamente um processo de transformação radical da assistência em saúde mental” (YASUI, 2010, p. 47). Avaliada como a experiência de maior repercussão, tanto no âmbito nacional quanto internacional, “[...], e que constituiu o principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial [...]” (VASCONCELOS, 2000, p. 26).

Sob a influência da Conferência de Caracas, realizada em 1990, que definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), inaugura-se um período de consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.

O quarto período, que acontece no triênio de 1992 a 1995, consolida o horizonte da desinstitucionalização psiquiátrica e atualiza o país junto aos principais centros internacionais de reforma da assistência às pessoas com sofrimento mental. A Coordenação de Saúde Mental, no âmbito do Ministério da Saúde, contou novamente com o espaço político ocupado pelo movimento de Reforma, conduzindo, então, importantes iniciativas políticas formais. Devem ser destacadas a II Conferência Nacional de Saúde Mental e a publicação das primeiras normas federais regulamentando a criação de serviços de atenção diária – Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – e dos critérios para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo patamares sucessivos de qualidade (Psiquiatria I, II, III e IV) (VASCONCELOS, 2000).

Como já abordado, em novembro de 1991, foi publicada a Portaria nº 189/1991, do Ministério da Saúde, que modificou a forma de remuneração das internações hospitalares, buscando reduzir o tempo de internação, e criou procedimentos para atender às diferentes experiências assistenciais que estavam sendo realizadas: NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Em janeiro de 1992, publicou-se a Portaria nº 224, que versa sobre diretrizes e normas para a assistência em saúde mental (YASUI, 2010).

Cabe sublinhar a redução significativa de leitos em hospitais privados e principalmente públicos, entre 1987 e 1995, que Vasconcelos (2000) denominou “desospitalização saneadora”. Paralelamente a esse processo, foram abertos dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de 200 serviços de atenção psicossocial.

É necessário salientar que a condução da RP na década de 1990 sofreu o impacto de um cenário econômico e político marcado por reformas parciais, e em boa parte fracassadas, na estrutura e nas funções de Estado, bem como pela prioridade para a conquista da estabilidade econômica. Em pauta, a redefinição das funções desempenhadas pelo Estado mediante uma agenda neoliberal, que propunha um conjunto básico de medidas baseadas na “menor interferência estatal nas relações que se estabelecem entre os agentes privados, privatizações e cortes na provisão de serviços pelo poder público” (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011, p. 11). Nesse período, foram fortes os constrangimentos fiscais e as crises resultantes da falta de fontes de financiamento estáveis para o setor saúde (ABRÚCIO, 2005). Insere-se nesse contexto, a partir de 1995, o quinto período da Reforma Psiquiátrica marcado por um “[...] relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde” (VASCONCELOS, 2000).

Nos níveis regional e local, a mudança de governos estaduais e municipais impactou negativamente programas de saúde mental. Por outro lado, novas gestões de esquerda e centro-esquerda, em alguns estados e municípios, contribuíram para a difusão e o aprofundamento de programas de saúde mental alinhados com a reforma (VASCONCELOS, 2000). Em 1998, na arena legislativa, o Senado aprovou o substitutivo Sebastião Rocha – referente ao Projeto de Lei nº 3.657 – num trâmite que já se estendia por nove anos e que avançou ao estabelecer direitos dos usuários, mas, no entanto, não extinguiu a possibilidade de construção de hospitais psiquiátricos convencionais.

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou um plano de reorientação da assistência hospitalar. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) foi regulamentado pela Portaria nº 252/2002 e tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência dos serviços hospitalares prestados aos usuários dos SUS e indicar os principais problemas na qualidade da assistência. Em 2004, a Portaria nº 52/2002 do

Ministério da Saúde regulamenta o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) que estabelece uma estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Esse programa estabeleceu um mecanismo organizador do processo de redução dos leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de maior porte). Foram fechados 16.000 leitos no período entre 2002 e 2009, abrangendo 208 hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2010). O PNASH/Psiquiatria e o PRH se constituíram como os mecanismos principais de avaliação e redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2007).

Um pouco antes, em 6 de abril de 2001, a Lei nº 10.216/2001 – aprovada pelo Congresso Nacional, e sancionada pelo Presidente da República – assinalava um novo ciclo histórico ao promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. “A aprovação representou [...] a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o fim dos anos 1970 [...], durante toda a década de 1980, [e ainda está em construção], naquilo que se denominou reforma psiquiátrica” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 242).

Entre os anos de 2001 e 2005, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política oficial do governo federal, totalizando o funcionamento de 689 (seiscentos e oitenta e nove) CAPS, embora os recursos gastos com hospitais psiquiátricos ainda representassem 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Desde então, o número desses novos serviços cresceu exponencialmente por todo o país, como veremos no capítulo 4, e já se contabilizam mais de dois mil centros de atenção psicossocial. Em seu percurso de mais de trinta anos, novas questões se apresentaram, representando avanços e, em alguns casos, na análise de Guljor (2013), também retrocessos. A autora afirma que, embora pautados na lógica do cuidar com liberdade, não há garantias de que, na totalidade dessas instituições, a ruptura com o modelo manicomial tenha sido alcançada.

Foi a partir de 2006 que os recursos federais empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. A inversão da lógica de financiamento dos serviços de saúde mental atesta que, no período compreendido entre 2002 e 2009, os gastos da União com o

programa extra-hospitalar cresceram 269%, enquanto os gastos hospitalares decresceram 40%.

Embora os números revelem investimento na atual política de saúde mental, deve-se ressaltar, entretanto, que, nesse intervalo de sete anos, a porcentagem de gastos com o Programa de Saúde Mental do Orçamento do Ministério da Saúde sofreu irrisório acréscimo, alterando de 2,19% para 2,38%. Reportando-se à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que mais do que 5% devem ser investidos nesse campo, Barros e Salles (2011) avaliam a necessidade de ampliação dos recursos destinados à saúde mental para pelo menos 3% do orçamento da saúde no próximo biênio.

A percepção de que as transformações no modelo hospitalocêntrico transcendem a reorganização de serviços traz desafios e evidencia uma discussão que envolve disputas ideológicas, políticas e econômicas. Nesse sentido, constatou-se que nem só de aliados e de forças sociais favoráveis é conduzida a proposta de reorientação da assistência à pessoa com sofrimento mental. Se, por um lado, conforme contextualizado, foram reconhecidas as “arenas político-institucionais e societárias onde vêm se dando a militância e a luta dos movimentos sociais [...] comprometidos no campo da saúde mental”, que se revelam, por exemplo, na esfera legislativa por meio de legislações nacionais ou na dimensão executiva pela ocupação de postos importantes nas administrações federais, estaduais e municipais (VASCONCELOS, 2000, p. 30), por outro, muitas críticas, envolvendo amplo escopo de questões, são dirigidas ao processo de Reforma Psiquiátrica. “[...], desde a lentidão do processo, passando pela insuficiência técnica dos novos serviços até desembocar numa suposta ideologia antipsiquiátrica” (GAMA, 2012, p. 1398).

O documento intitulado “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), pauta-se na ideia de que os hospitais psiquiátricos são indispensáveis na composição da rede de saúde mental e, portanto, dada a contestação desse pressuposto pela reforma, estaria em curso um processo não apenas de desospitalização, mas principalmente de despsiquiatrização.

Outro aspecto, na avaliação da ABP e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), diz respeito à imposição da redução de leitos no país que lida, segundo os parâmetros de necessidade do MS, com uma situação de déficit.

Nesse sentido, sustenta-se o argumento de que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos acarreta a desassistência e o desamparo das pessoas com sofrimento mental. Na análise de Pedro Gabriel Delgado, as entidades – Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais, Associação de Amigos, Familiares de Doentes Mentais do Brasil e Sindicato dos Médicos de Porto Alegre – são críticas históricas da Reforma Psiquiátrica e da desospitalização em saúde mental no SUS (MACHADO, 2008). Barros e Salles (2011) também comungam da ideia de que há segmentos, como parlamentares, profissionais, setores da Universidade e matérias negativas na imprensa, que tentam desqualificar o processo da Reforma.

Ao estudar o processo de desinstitucionalização dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras (mais de 1.500 pessoas), em Paracambi (RJ), que transcorreu durante 12 anos e resultou no fechamento completo do estabelecimento, por meio de uma gestão compartilhada tripartite e embasada exclusivamente na legislação que regulamenta o SUS, Guljor (2013, p. 231) revelou “[...] o poder de articulação dos proprietários [que] ultrapassava os limites do município e desta forma exerciam pressão sobre instâncias legislativas estaduais e federais”. A autora analisou o forte vínculo histórico da instituição com a receita municipal, ressaltando o baixo grau de governabilidade de que dispunha o gestor do município. Outro aspecto relevante desse processo foi o reconhecimento da ligação dos proprietários da Casa com conhecidos deputados, nos âmbitos estadual e federal, que facilitavam o acesso ao Poder Executivo. Decorrente disso, “não havia governabilidade para que pudesse ser operada uma efetiva ruptura com o modelo assistencial vigente, pois representaria a extinção de significativos ganhos financeiros e políticos de muitas personalidades influentes na cidade” (GULJOR, 2013, p. 325).

Constata-se, diante do exposto, que a despeito das conquistas obtidas na proposta de reorientar o modelo de assistência à pessoa com sofrimento mental, visíveis na abertura de serviços públicos de base comunitária, na redução do número de leitos psiquiátricos, na inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, o movimento não é hegemônico e há forças contrárias a ele. Ilustrativo dessa posição de resistência a uma nova lógica do cuidado em saúde mental foi o longo processo de tramitação do Projeto de Lei nº 3.675/89, que, 12 anos depois, recebendo

emendas e substitutivos, consubstanciou-se na Lei nº 10.216/2001, cujo conteúdo será abordado no próximo tópico.

3.2 A Lei nº 10.216/2001

Para situar o caráter legislativo resultante da RP é interessante recorrer à noção de ciclo de política pública (*policy cycle*), que propõe um mapa conceitual com o objetivo de fornecer uma imagem geral das principais fases de qualquer ação coletiva, nomeando-as da seguinte maneira: *inteligência*, concebida como coleta, processamento e disseminação das informações pelos decisores; *promoção* de opções específicas pelos envolvidos no processo decisório; *prescrição* de um curso de ação pelos decisores; *invocação*, uma vez que o curso de ação prescrito é determinado por meio de um conjunto de sanções dirigidas àqueles que não cumprem as prescrições; *aplicação* pelas cortes e pela burocracia, que segue seu curso até ser concluída ou cancelada; *término* e *avaliação*, quando os resultados são avaliados em relação aos objetivos e às intenções originais. Denominou-se, assim, o processo de produção da política pública, ou seja, a forma como uma dada política é proposta, avaliada, executada e, talvez, concluída. Estudos posteriores mantiveram a concepção do processo de políticas públicas em diferentes fases, sendo apontadas como etapas comuns: a identificação do problema, a formação de agenda, a análise das alternativas, a formulação, a implementação e a avaliação (DELEON, 1999).

Essa separação das fases redundou na visão do processo como um conjunto diferenciado de atividades, isto é, um processo episódico e desconectado ao invés de um processo contínuo (JOHN, 1998). A imagem das fases de políticas públicas acabou implicando certa linearidade em contraponto a uma série de ações retroalimentadoras que, de fato, caracterizam a condução da política. Argumentou-se também que a política concebida como uma fase que começa com a formulação é modificada pela negociação e elaboração da lei e, então, é posta em prática pelas decisões de implementação e revela um cálculo linear de que o sistema político opera na lógica “inputs-outputs”.

Contudo, muitos concordam que o modelo de fases do processo da produção da política predominou nas décadas de 1970 e 80, sendo considerada “a sabedoria convencional”. A força desse modelo reside na maneira de categorizar ações relativas a políticas públicas, tendo em vista que elas variam de estágio a estágio. A maior importância da abordagem sequencial que promove a separação das políticas públicas em fases consiste no fato de ela ser uma ferramenta de recorte do objeto de análise (LIMA; D’ASCENZI, 2013).

O estudo da trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira revela-se um desafio aos pesquisadores interessados em analisar suas particularidades, haja vista a complexidade do processo que está em curso por mais de três décadas. Foram vividas mudanças no regime político, na Constituição vigente, na mobilização das forças sociais. Nesta tese, ao debruçar-se sobre a política nacional de saúde mental, a autora perpassa a fase de formulação, centra nos padrões de implementação e desenha um quadro avaliativo, sob o prisma de um indicador específico pautado na redução de leitos e na criação de serviços (CAPS e SRT).

Em se tratando da formulação, é preciso reconhecer o papel determinante do movimento sanitarista, a constituição do SUS, seu elevado grau de descentralização e a mobilização dos trabalhadores de saúde mental. Foi paralelamente à consolidação da Reforma Sanitária, como política pública ao longo da década de 1990, que alguns governos municipais buscaram oferecer uma nova rede de cuidados e serviços às pessoas com sofrimento mental a partir de um intenso movimento social dos trabalhadores de saúde mental (LUZIO; YASUI, 2010). A ampliação dos serviços de saúde ao nível local, decorrente da condução do governo central, favoreceu a proposta da Reforma Psiquiátrica. A Política Nacional de Saúde Mental que hoje vigora foi caracterizada pela edição de Portarias do Ministério da Saúde, conforme já mencionado, visando à modificação na forma de pagamento das internações psiquiátricas, a fim de reduzir o tempo de internação, e à criação de outros procedimentos relativos à saúde mental.

Dada a extensão territorial e a caracterização federativa do país, Costa *et al.* (2011) argumentam que a expansão da Reforma esteve diretamente ligada à adesão dos governos subnacionais às inovações organizacionais delineadas na concepção dos novos serviços. Nesta tese, o detalhamento da Lei

nº 10.216/2001 antecede o estudo da implementação da política de saúde mental pelos governos subnacionais.

A Lei nº 10.216/2001 teve como base o Projeto original nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que previa a extinção dos manicômios e a desospitalização progressiva dos internos, e tramitou por mais de dez anos até sua publicação em lei no âmbito nacional. Sua versão final, modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha (PDT/AP), incluiu proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original – dos senadores Beni Veras (PSDB/CE) e Lúcio Alcântara (PSDB/CE) – ou contrários a ele – do senador Lucídio Portella (PP/PI). Merece registro, conforme será exposta ainda neste capítulo, a repercussão deste Projeto de Lei – dada a mobilização social que ele envolveu – sobre os governos subnacionais, a saber: estados e municípios que se anteciparam à elaboração de sua legislação anteriormente à aprovação da Lei Federal.

Sua análise revela descaracterização diante da proposta de mudança original, e, na opinião de Yasui (2010, p. 63), “transformada em um texto simples, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial” (YASUI, 2010, p. 63). Já para Pedro Gabriel Delgado (MACHADO, 2005), embora o texto final esteja “[...] atenuado em vários pontos, serve como matriz normativa muito eficaz para a mudança do modelo assistencial”. Há ainda o ponto de vista da ABP, que considera a lei antimédica, denunciando que os psiquiatras estão sendo cada vez mais excluídos da área de saúde mental (DUARTE; GARCIA, 2013). A ponderação de Tenório (2002, p. 52) é que “a lei [...] estabelece uma inflexão positiva. No essencial, ela estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país”. Merece destaque o fato de a lei ter mobilizado grandes setores sociais, favorecendo a coesão do movimento.

Quanto ao seu objeto, a Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e contém 13 artigos.

Os arts. 1º. e 2º. tratam dos direitos e da proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. O art. 3º. define que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a

promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. O art. 4º. restringe a internação somente a casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes, tendo o tratamento o objetivo de reinserção social do paciente em seu meio. Quando tratado em regime de internação, este deverá oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, ficando proibida a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

Já o art. 5º. diz respeito ao quadro de pacientes institucionalizados (longo tempo de hospitalização) que deverão ser objeto de política específica e alta planejada e reabilitação psicossocial. Os arts. 6º, 7º, 8º e 9º descrevem os tipos de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária, compulsória) e as condições de internação, mediante laudo médico que caracterize seus motivos. Segundo o art. 12, o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação dessa lei.

Em síntese, na análise de Yasui (2010), sete dos seus 13 artigos (do 4º. ao 10º.) abordam exclusivamente a regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois fazem referência aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. Apresenta-se, como uma sugestão, a mudança de modelo de atendimento no item IX, do parágrafo único, do art. 2º. Os outros artigos dizem respeito à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei.

A proposta de um novo modelo de atenção só se torna mais robusta quando se somam, à Lei nº 10.216/2001, as também federais Leis nº 9.687/99 e nº 10.708/2003, e mais 11 portarias ministeriais editadas entre 2000 e 2012, das quais trataremos a seguir.

3.3 Legislação e normatização complementar

O rumo da política de saúde mental, refletido neste texto no conjunto de normas legais reguladoras, aponta para o fortalecimento do modelo que se pretende substitutivo ao manicômio.

A Lei nº 9.687/99 abriu a oportunidade de criação e funcionamento das cooperativas sociais, importantes dispositivos para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluir os pacientes psiquiátricos na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Já a Lei nº 10.708/2003 (Programa de Volta para Casa) instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos principalmente de internações crônicas, conforme previsto no art. 5º. da Lei nº 10.216/2001.

As Portarias nº 106/2000 e 1220/2000, publicadas pelo Gabinete do Ministro, criaram os serviços residenciais terapêuticos e regulamentaram seu funcionamento. Apesar da importância desse instrumento para que os municípios consolidassem e ampliassem sua rede de atenção psicossocial, esta Portaria foi alvo de críticas por parte dos representantes dos empresários da assistência psiquiátrica e também do Poder Judiciário. Os primeiros reconheceram que teriam prejuízos na sua fonte de renda com o deslocamento dos recursos financeiros das internações para as residências, já os últimos – sob a influência da cultura manicomial que se pauta na exclusão do doente mental e em sua suposta periculosidade – questionaram a legalidade da realocação do recurso, temendo que o novo serviço “ferisse os direitos tanto dos usuários como da sociedade” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21).

Como resultado da III Conferência Nacional de Saúde (2001), em 2002 foi publicada, também pela Secretaria de Assistência à Saúde, a Portaria nº 336/2002, que estabeleceu que os CAPS poderiam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional. O CAPS passaria a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Conforme assinalado, a mudança no financiamento promovida por essa Portaria contribuiu para a ampliação do número de CAPS em um ritmo muito mais veloz.

Yasui (2010) destaca as mudanças no financiamento, que então passou a ser realizado por meio da Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), contando com verbas garantidas pelo Ministério da Saúde. Os recursos

financeiros para o CAPS pertencem ao Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), do Ministério da Saúde, criado em abril de 1999, pela Portaria GM/MS 531/1999, com o objetivo de garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos de alta complexidade ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas. Para uma análise posterior, é importante sublinhar que “os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos dos CAPS, incluídos no FAEC não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e funcionam como recurso ‘extrateto’” (YASUI, 2010, p. 66). Ainda sobre a Portaria 336/2002, seu “impacto específico [...] resultou em novo impulso de crescimento de 282% na disponibilidade de CAPS no SUS em 2010 quando comparado com 2002” (COSTA *et al.*, 2011, p. 4610).

Já a Portaria nº 52/2004, publicada pelo Gabinete do Ministro, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS. Esse programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução dos leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de maior porte) e pela melhor qualidade de assistência.

Por sua vez a Portaria nº 1.608/2004, também publicada pelo Gabinete do Ministro, constituiu o Fórum Nacional sobre saúde mental de crianças e adolescentes, ao passo que a Portaria nº 1.876/2006 instituiu Diretrizes Nacionais para a prevenção do suicídio.

Foram destinadas ao tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas as Portarias nº. 1.190/2009; 130/2012 e 131/2012, todas editadas pelo Gabinete do Ministro.

Merece destaque, em 2011, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. A Rede integra o SUS e é composta de serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAS), os Consultórios na Rua e os leitos de saúde mental, álcool e outras drogas em Hospitais Gerais.

A Portaria nº 132/2012, por sua vez, instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS, iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, aspecto de grande importância para a reinserção social das pessoas com sofrimento mental.

3.4 Na esteira do Projeto de Lei Federal, “ondas” legislativas nos governos subnacionais

Conforme mencionado anteriormente, ilustraremos a repercussão do Projeto de Lei nº 3.657/89 sobre oito estados brasileiros na década de 1990. O estado pioneiro, no ano de 1992, foi o Rio Grande do Sul, com a Lei nº 9.716. Seguiram-se a esse – em 1993 – a Lei nº 12.151 do Ceará; em 1994, a Lei nº 11.064 de Pernambuco. Em 1995, a Lei nº 975 do Distrito Federal, a Lei nº 11.189 do Paraná e a Lei nº 6.758 do Rio Grande do Norte. Também nesse mesmo ano, Minas Gerais sancionou a Lei nº 11.802, que foi alterada em 1997 e passou a ser referida como Lei nº 12.684. Em 2002, entrou em vigor, em Minas, o Decreto nº 42.910, que contém o regulamento da Lei nº 11.802/1995. Por fim, em 1996, foi o estado do Espírito Santo com a Lei nº 5.267.

Em todas está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivos para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação voluntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Nota-se também que, das oito leis, quatro são incisivas quanto à proibição de construção e ampliação de hospitais psiquiátricos públicos e privados. Somente a do estado do Paraná é destoante porque condiciona “à prévia aprovação do Conselho Estadual de Saúde a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados” (BRASIL, 2004).

Com uma média de 14 artigos por estado, a Lei de Minas Gerais é a mais extensa, com 31 artigos. Na alteração a que foi submetida, Lei nº 12.684, dois pontos chamam a atenção dada a natureza polêmica: o acréscimo ao art. 3º da Lei nº 11.802/1995, que introduz as indicações para o uso da

eletroconvulsoterapia; e o art. 4º, que revoga o art. 6º da referida lei, que proibia a realização de psicocirurgia.

Constatou-se ainda que, no limite da competência dos estados, a discussão sobre o Projeto de Lei foi determinante na elaboração e na aprovação, em oito unidades da Federação, de leis estaduais que regulamentaram a assistência na perspectiva da substituição asilar.

Visando à reapresentação do problema de pesquisa, serão associadas no próximo tópico as ideias desenvolvidas nos capítulos 2 e 3.

3.5. Repensando o problema de pesquisa

Ao ser concluído com o detalhamento da lei da Reforma Psiquiátrica e das portarias ministeriais vinculadas a ela, conferindo forma e conteúdo ao que aqui denominamos “política antimanicomial”, este capítulo assinalou os fatores que determinaram a reorientação do modelo de assistência à pessoa com sofrimento mental. Reconhecendo que as mudanças no campo da saúde mental aconteceram sintonizadas com a reorientação geral do sistema de saúde brasileiro, evidenciou-se a mobilização de diferentes atores sociais – na condução do processo – e também contrários a ele, resistindo à ruptura com o modelo manicomial. A descrição de todo o arcabouço jurídico e normativo acerca do redirecionamento da atenção à saúde mental converge para a discussão inicialmente apresentada nesta tese, sobre a relação do federalismo brasileiro com a implementação das políticas sociais e, nesse sentido, sobre o papel da União e dos governos subnacionais, atravessados pela dimensão dos incentivos financeiros. Conforme ressaltado por Almeida (2001), a discussão sobre a experiência federativa brasileira também é conduzida pela ótica da responsabilidade pela definição e pela implementação de políticas públicas, sobretudo as de natureza social.

A caracterização das federações extrapola o marco constitucional legal, sendo necessário incluir o processo de implantação das políticas públicas a fim de discutir a natureza e as propriedades dos regimes federativos (VIANA; MACHADO, 2009). Na condição de entes federados autônomos, os governos

subnacionais passaram a ter funções importantes na definição e na provisão de políticas públicas. No entanto, o movimento dos governos subnacionais não ocorreu alheio à esfera central, uma vez que, com o objetivo de enfrentar os problemas decorrentes da descentralização do sistema, o governo brasileiro recrudescer sua capacidade de coordenar políticas públicas, conforme ilustrado na condução da política de saúde mental.

A construção da explicação sobre eventuais variações nos padrões de implementação de uma política pública nacional e descentralizada, no ambiente de um Estado federativo, ainda que mediante a indução pela via de transferências financeiras e controles verticais, requer algumas definições prévias.

Num primeiro momento, seria possível tomar como hipótese que a relação estabelecida se estruture tal como vislumbrada pela teoria da agência, mencionada no capítulo 2, sob a qual competiria à União (*principal*) o papel decisivo na formulação e na coordenação da efetivação (implementação) da agenda social, enquanto que os governos subnacionais (*agents*) se encarregariam da execução. Conforme sublinhado por Miller (2005), tal relação principal-agente é regida por uma assimetria entre autoridade e informação, na qual a autoridade se baseia na imposição de incentivos aos agentes a fim de que eles executem o que foi prescrito, e os agentes, por sua vez, dispõem de vantagens informacionais. O *principal* construiria mecanismos de monitoramento e controle da atuação dos *agents* no sentido de assegurar que a atuação desses não se desviasse das suas preferências. Tomando, preliminarmente, o Executivo Federal por meio da burocracia do Ministério da Saúde, como *principal* interessado na realização de uma reforma psiquiátrica e os estados e municípios como *agents* responsáveis pela implementação, seria nossa expectativa aferir algum grau de sucesso, tendo em vista experiências exitosas na difusão vertical dos programas federais sob o SUS, tais como registrados por Arretche (2003, 2004), Abrúcio (2005) e Almeida (2005).

No entanto, como veremos a seguir, a heterogeneidade das condições de desenvolvimento da política antimanicomial em território nacional pode ter conferido contornos diferentes nos estados e nos municípios, sendo plausível supor que os “*agents*” não se defrontem com as mesmas oportunidades e constrangimentos. É possível que a saliência positiva e negativa dessa política

para diferentes forças sociais e políticas deem um contorno diferenciado ao seu processo de implementação, *vis-à-vis* outras políticas coordenadas a partir do SUS.

Mediante a exposição de dados do Ministério da Saúde, por meio dos quais constatamos o envolvimento – diferenciado – das 27 Unidades Federadas com a implementação da política antimanicomial, retomamos os objetivos que motivaram esta pesquisa: 1) avaliar o processo de implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais; e 2) identificar prováveis condições causais que impactaram o grau de implementação da política antimanicomial.

No próximo capítulo, vamos expor esse panorama heterogêneo na implementação da política antimanicomial, apoiando-nos sobre um indicador capaz de sinalizar essa situação ao combinar a redução de leitos psiquiátricos, por um lado, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) por município, por outro.

4 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS

Neste capítulo, propõe-se a realização do primeiro objetivo desta pesquisa, isto é, avaliar o processo de implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais, uma vez que, no contexto da distribuição de responsabilidades no âmbito do SUS, cabe aos últimos, em especial aos municípios, o planejamento e a gestão das ações e serviços de saúde (Lei nº 8.080/1990, art. 18). Para tanto, serão desenvolvidos dois raciocínios.

Na primeira seção, apresenta-se o indicador criado para identificar a implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais. Na segunda, a partir do cálculo da taxa de crescimento linear, será exposta a condição dos leitos psiquiátricos – em termos de redução, aumento e manutenção – em perspectiva nacional, estadual e municipal. Ainda nesta seção, quanto à abertura dos serviços substitutivos, CAPS e SRT, será também descrito o cenário nas três esferas. Enfim, considerando-se os anos de 2008 a 2013, delinear-se-á um panorama acerca da reorientação do modelo de assistência à saúde mental em âmbito nacional. Ao final, diante dos resultados apresentados, avançaremos para a composição dos padrões de implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais (municípios), selecionando casos representativos de experiências de sucesso e insucesso, que serão submetidos a possíveis hipóteses causais, no próximo capítulo.

4.1 Um indicador para representar a implementação da Política Antimanicomial pelos governos subnacionais

Em âmbito nacional, a descentralização das políticas sociais foi um processo que assumiu padrões e ritmos distintos nas diferentes áreas sociais e, em um mesmo campo ou função social, traçou caminhos diferentes para estados e municípios brasileiros. Nesse sentido, a fim de estudar a implementação da política em questão, deve ser considerado que o Brasil é um Estado de formação federativa, alicerçado sobre significativas desigualdades econômico-sociais,

políticas e de capacidade administrativa de seus governos locais. Para Antunes e Queiroz (2007, p. 207), “por ser um fenômeno recente no Brasil [a Reforma Psiquiátrica], que se manifesta no contexto descentralizado do SUS, a sua avaliação passa [...] por estudos [...] em nível local”.

Parte-se do argumento de que as políticas são continuamente transformadas ao longo da execução de ações, momento em que, simultaneamente, se alteram os recursos e os objetivos, bem como coalizões de atores que os sustentam. Nesse sentido, o conteúdo da política modela a implementação, sendo também modelada por esta, ao definir a arena em que o processo vai acontecer, a identidade e a função dos principais atores, a gama de ferramentas para ação e a distribuição de recursos entre eles (MAJONE; WILDAVSKY, 1984).

As pesquisas conduzidas pelos estudiosos da implementação revelam que, em meio a um vasto debate acerca das formas de implementação de uma política, a tônica da discussão gira em torno da polaridade de uma abordagem *top-down* de implementar a política ou de um modelo *bottom-up*. A perspectiva *top-down* focaliza uma decisão política específica, geralmente uma lei. A tentativa é aconselhar sobre como estruturar o processo de implementação de forma a alcançar os objetivos da legislação e minimizar os números de pontos de veto (DELEON; DELEON, 2002).

Já a defesa de uma postura *bottom-up* para o estudo da implementação (HAM; HILL, 1993) centra na ação dos executores (implementadores), ignorados pelo segmento *top-down*. Este modelo salienta a contribuição de Lipsky, que trata do alto grau de discricionariedade e da relativa autonomia dos burocratas de nível de rua (*street level bureaucrats*) quanto à autoridade organizacional. A interação dos trabalhadores com cidadãos, repercutindo no curso de suas tarefas, reorganizam as rotinas mediante “a criação de dispositivos para lidar com as incertezas e pressões do trabalho efetivamente *tornam-se* as políticas públicas que implementam” (LIMA; D’ASCIENZA, 2013, p. 104). Na implementação, aqueles que são inicialmente afetados buscam influenciar no planejamento e na execução dos programas, com a finalidade de capturar toda a extensão das questões internas dessa fase.

É interessante observar que a política de saúde mental mescla aspectos salientados por ambas as formas de implementação. Da perspectiva

top-down, podemos extrair a dimensão legislativa e a expectativa de estruturar a implementação de forma a lograr os objetivos prescritos. Embora uma das críticas dirigidas a esse modelo seja que ele apresenta “uma visão ingênua e irrealista do funcionamento da administração pública, que aparece como um mecanismo operativo perfeito, onde seria possível a fidelidade ao desenho proposto inicialmente [...]”, não se pode perder de vista sua importância normativa (MELLO; SILVA, 2000, p. 8)

O padrão de formulação e coordenação de políticas sociais assumido sob o federalismo brasileiro desde meados dos anos 1990, conforme desenvolvido no capítulo 2, reforça tal importância ao apresentar o papel destacado da União na formatação da agenda, na propositura de iniciativas e no controle sobre a execução de programas e ações gestadas na esfera federal. Já o caráter *bottom-up* dessa política se revela em dois aspectos: o primeiro, conforme historicizado no capítulo 3, por meio da participação da sociedade no processo da reforma e ampliação dos setores nele envolvidos, e o segundo pela atuação dos técnicos da saúde mental cotidianamente executando, nos serviços substitutivos, as atividades clínicas e sociais.

Ham e Hill (1993) destacam que essa abordagem também não está isenta de limitações, uma vez que a discricionariedade dos burocratas do nível de rua pode acarretar mudanças na política pública que não estão sob o controle dos seus formuladores, endossando o caráter de imprevisibilidade da implementação. No caso em questão, tal implementação pelos governos subnacionais projetaria, nas interações entre burocratas e sociedade, os conflitos e as alianças entre diferentes atores envolvidos no processo em pauta: a corporação médica, especialmente o segmento dos psiquiatras; outras profissões em saúde envolvidas no cuidado à saúde mental; os proprietários de hospitais psiquiátricos; familiares dos usuários, dentre outros.

A literatura registra ainda uma lista com pré-requisitos para que a implementação se dê sob parâmetros ideais (HAM; HILL; 1993; SABATIER; MAZMANIAN; 1979), dentre os quais destacamos sinteticamente: recursos suficientes à disposição do programa; restrições de pequena importância pelas circunstâncias externas à agência responsável pela implementação; compreensão e consentimento acerca dos objetivos a ser atingidos e que essas condições persistam durante esse processo; qualidade na comunicação e na

cooperação entre os vários elementos envolvidos no programa; desenho da política com objetivos claros e consistentes capazes de fornecer critérios positivos de resolução de conflitos; presença de grupos que apoiem a política composto de legisladores ou chefes do Executivo que sustentem a política de forma a se prevenir de intervenções externas. A especificação dessas condições em um caso concreto, como na política antimanicomial conduzida pelos diversos governos subnacionais, poderá fornecer hipóteses explicativas acerca das variações nos processos de implementação.

Para identificar, porém, a implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais, e daí observar a ocorrência ou não de tais variações, foi tomado como indicador uma combinação de variáveis, que revelasse se um dado município está institucionalmente comprometido – ou não – com o exercício dessa política, realizando simultaneamente a *redução de leitos, a criação de CAPS e de SRT*. Tomou-se aqui por pressuposto que a análise isolada de qualquer um desses fatores seria insuficiente para a análise do avanço, ou não, da implementação, o que levou à conjugação desses elementos. Deste modo, o indicador ficou definido, preliminarmente, da seguinte forma:

Implementação PA Gov Sub = redução leitos + criação CAPS e SRT

Definido esse indicador, foram reconhecidas as fontes para informações correspondentes a cada uma das variáveis apontadas.

Inicialmente, por meio das publicações do Ministério da Saúde (MS) intituladas “Saúde Mental em Dados”, disponíveis no site do governo federal,¹¹ foi possível ter acesso à série histórica que cobria os dados relativos às variáveis especificadas, no entanto com a particularidade de serem referentes somente às Unidades Federativas, ou seja, dados agregados sobre redução de leitos e

¹¹ Registra-se aqui que acessar os dados demandou um trabalho bastante investigativo aos *links* do MS, constatando-se dificuldades de acesso a informações tidas como públicas. Verificou-se também discrepância na comparação dos dados anuais publicados pela série “Saúde Mental em Dados” e aqueles acessados no CNES. Observou-se que, em relação ao número de leitos em território nacional, a série “Saúde Mental em Dados” revela maior redução desse dispositivo, bem como maior número de CAPS e SRT do que aqueles encontrados no CNES, expondo um panorama muito mais favorável do processo de implementação da política antimanicomial. Mantivemos as informações contidas na segunda fonte (CNES), uma vez que as informações sobre os municípios estão lá disponíveis.

criação de serviços substitutivos que diziam respeito aos estados. A limitação a esse nível de análise teria como principal problema a possibilidade de esconder significativas desigualdades nas formas de expansão da Reforma. Daí, a fim de empreender esta pesquisa fazendo uma análise mais aprofundada que fosse além desta primeira aproximação, e permitindo avaliar outros planos de desigualdades, optou-se por lidar com dados desagregados, no âmbito municipal, uma vez que são os municípios os principais implementadores dessa política.

Por meio da consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS, foi possível obter a relação leitos psiquiátricos por município para o período 2006-2013, distinguindo-se os de natureza pública, privada e filantrópica, bem como a relação CAPS por município para o período 2008-2013.

As informações sobre os serviços residenciais terapêuticos¹² foram obtidas diretamente da Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, para o período 2004-2013, uma vez que não estavam disponíveis nas bases de dados mencionadas.

Optou-se por analisar os últimos cinco anos (2008 a 2013) em virtude de corresponder ao período comum à evolução das três variáveis para o qual dispomos de dados, condição indispensável para utilização do indicador proposto. Além disso, o mesmo período oferece um recorte temporal recente e sobretudo, como poderá ser confirmado a seguir, suficiente para revelar tendências quanto à evolução da redução de leitos em hospitais psiquiátricos e à implementação dos CAPS e dos SRT.

4.2 Evolução dos serviços de atendimento em saúde mental: em perspectivas nacional, estadual e municipal

¹² Para obtenção dessas informações, foram realizados vários contatos telefônicos e via *e-mail* com a Coordenação de Saúde Mental em Brasília, que apenas liberou os dados referentes ao período de 2004 a 2013, após cerca de 90 dias. Ainda assim, é digna de nota a declaração de que este banco apresenta lacunas, segundo a própria Coordenação de Saúde Mental.

4.2.1 Leitos

A história da psiquiatria no Brasil é uma história de asilamento e exclusão legitimada na função social do hospício (AMARANTE, 1994). Inicialmente marcada pela oferta de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, a assistência à pessoa com sofrimento mental acompanhou a expansão do modelo médico-privatista e, a partir da década de 1960, passou a ser administrada majoritariamente pela esfera privada, culminando na mercantilização de uma profusão de leitos psiquiátricos pelo país.

A despeito de sua condição ainda hegemônica, foi no início dos anos de 1990, momento germinativo da política de saúde mental, quando o Brasil tinha cerca de 90 mil leitos, que emergiu o viés da desospitalização, fundamentado em ações de avaliação e acreditação hospitalar, editadas – conforme já descrito – na Portaria SNAS nº 189/91 (BORGES; BAPTISTA, 2008). Posteriormente, essa tendência foi ratificada com as intervenções do MS nos hospitais psiquiátricos com base no PNASH/Psiquiatria (2002) e no PRH (2004), que fecharam, entre 2002 e 2011, cerca de 19 mil leitos (DUARTE; GARCIA, 2013).

No intuito de aplicar o indicador formulado sobre a implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais, considerando o número total de leitos em 2008 e o comportamento dessa variável ao longo de cinco anos (2008-2013), avaliou-se, por meio do cálculo da taxa de crescimento linear, a ocorrência de diminuição, bem como o aumento ou a manutenção de leitos na jurisdição em questão.

A *taxa de crescimento linear* dos leitos entre 2008 e 2013 é dada pela fórmula a seguir:

$$Tx = \frac{Xi - Xo}{Xo} * 100$$

Onde:

1. Tx: taxa de crescimento linear
2. Xi: Número de leitos no ano de 2013
3. Xo: Número de leitos no ano de 2008

No ano de 2008, o Brasil contava com 43.113 leitos psiquiátricos assim distribuídos: 24,2% públicos, 19,3% filantrópicos e 56,5% privados. Já em 2013, ao fim do período, eram 34.800 leitos, sendo 28,4% públicos, 27,6% filantrópicos e 44% privados.

Apresentamos a seguir as informações acerca do número de leitos públicos, privados e filantrópicos presentes no âmbito nacional, entre 2008 e 2013 (GRAF. 1).

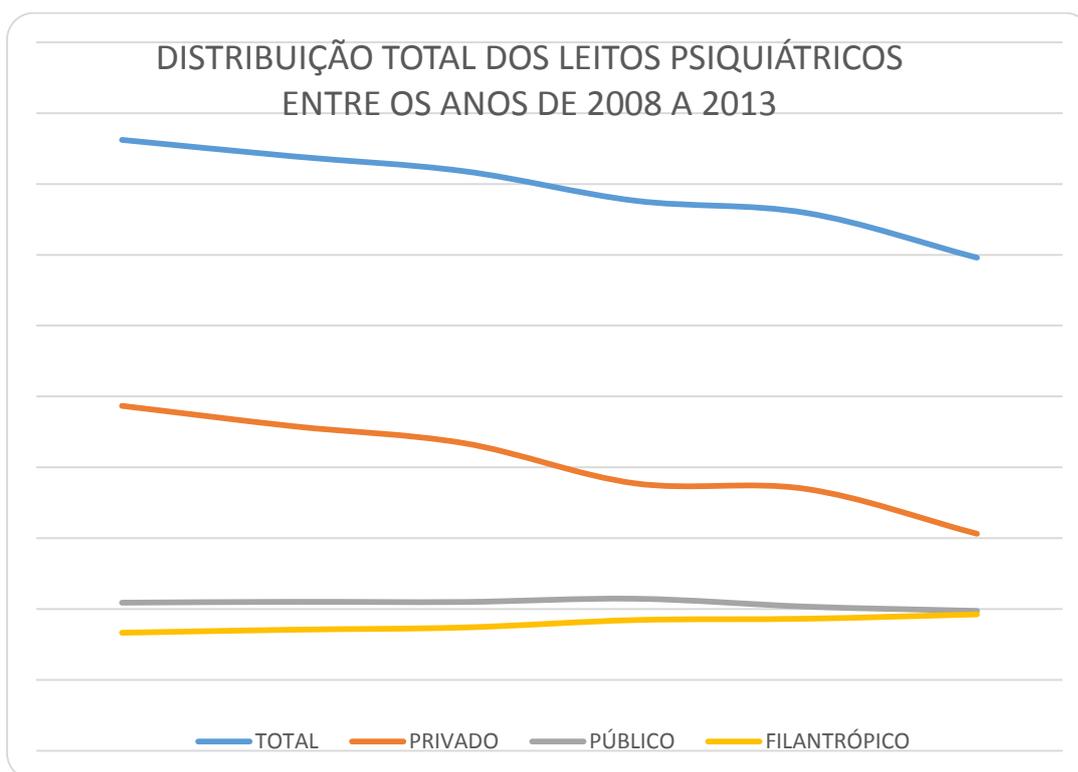


GRÁFICO 1 – Distribuição total dos leitos psiquiátricos entre 2008 e 2013

Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados

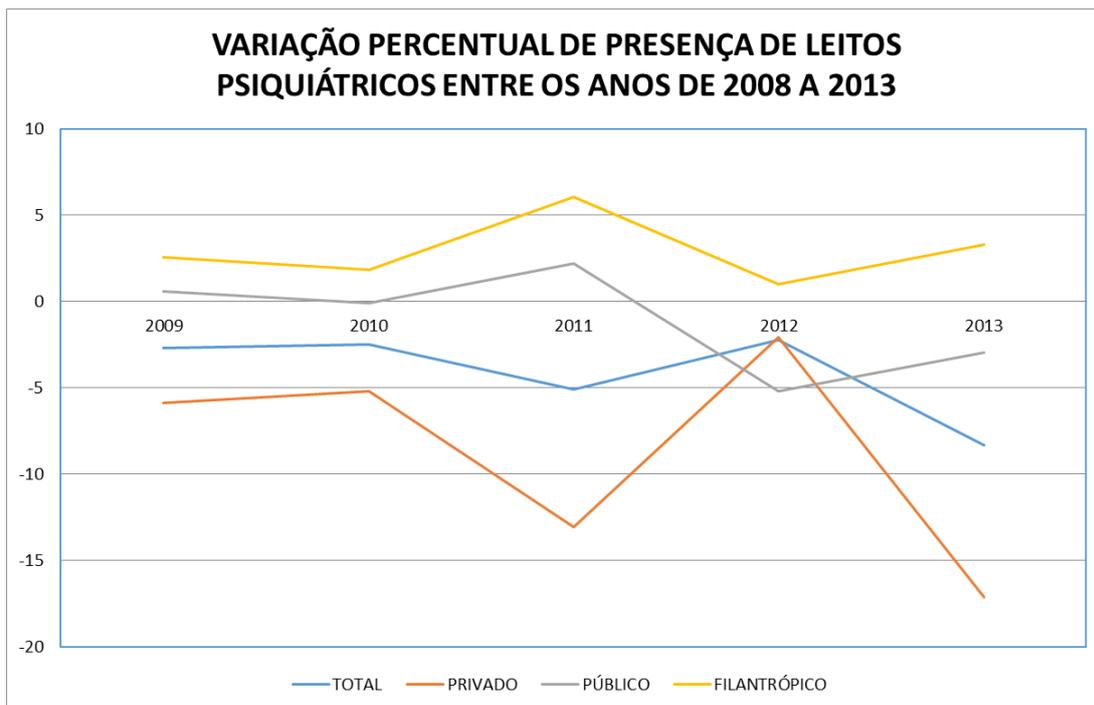


GRÁFICO 2 – Variação percentual dos leitos psiquiátricos entre 2008 e 2013

Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados

O exame do GRAF. 1 permite visualizar claramente um declínio do montante de leitos no plano nacional no decorrer do período, com a redução do estoque total de leitos de 19,3% no âmbito do SUS. O setor que mais contribuiu para a referida redução foi o setor privado, cuja diminuição de leitos foi da ordem de 37,1%, enquanto no setor público essa foi de 5,6%. Já o setor filantrópico, contrariamente, teve aumento de 13,5%. Por meio desses dados, percebe-se que o esforço de redução de leitos afetou seletivamente os diferentes setores da atenção psiquiátrica hospitalar, elegendo o setor privado como alvo privilegiado. Ainda assim, a alta proporção daqueles concentrados na rede privada não foi superada, permanecendo atual, embora numa ordem diferenciada, o infeliz título de “indústria da loucura”, imputado a essa área no fim da década de 1970.

Merece ainda destaque o fenômeno do aumento de leitos. A respeito desse comportamento, lidamos com inferências que podem justificar tal ocorrência: 1ª.) ainda que a formulação desse banco de dados não nos permita afirmar, a abertura de leitos psiquiátricos pode ter ocorrido em hospitais gerais, conforme preconiza a política; 2ª.) considerando a política destinada aos usuários de álcool e outras drogas que institui, dentre os dispositivos, a

internação, a abertura de leitos pode também ser um reflexo dessa proposta de assistência.

No âmbito estadual, foi calculada a taxa de crescimento linear dos leitos, conforme apresentado na TAB. 1 a seguir, e, posteriormente, para cada município, a fim de proporcionar um panorama nacional sobre a evolução de leitos psiquiátricos no Brasil.

TABELA 1

Taxa de crescimento linear entre 2008 e 2013, por estado

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TX CRES. LINEA R	DESVIO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE MUNICÍPIOS
<i>Maranhão</i>	-50,1	54,6	6
<i>Rio Grande do Norte</i>	-49,2	38,5	3
<i>Distrito Federal</i>	-47,2	0	1
<i>Pernambuco</i>	-41,3	48,7	13
<i>Bahia</i>	-33,0	43,1	13
<i>Mato Grosso do Sul</i>	-32,4	42,4	30
<i>Minas Gerais</i>	-27,2	38,7	35
<i>Pará</i>	-19,0	58,4	11
<i>Amapá</i>	-12,5	0	1
<i>Piauí</i>	-7,4	46,3	12
<i>Alagoas</i>	-7,1	10,1	2
<i>Rio de Janeiro</i>	-6,1	174,4	45
<i>Ceará</i>	-4,2	68,8	19
<i>Sergipe</i>	-2,3	0	1
<i>Espírito Santo</i>	0	70,7	5
<i>Acre</i>	0,1	0,5	14
<i>Goiás</i>	0,6	47,6	10
<i>Amazonas</i>	4,8	0	1
<i>Mato Grosso</i>	8,3	18,0	10
<i>Paraíba</i>	9,6	100,7	15
<i>São Paulo</i>	10,9	96,5	66
<i>Tocantins</i>	11,9	104,8	7
<i>Rondônia</i>	17,1	0	1
<i>Paraná</i>	32,4	112,6	23
<i>Santa Catarina</i>	76,7	404,7	77
<i>Rio Grande do Sul</i>	107,2	379,1	150
TOTAL	34,5	259,2	571

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do CNES.

De acordo com a referida tabela, a primeira informação que chama a atenção é a de que, ao longo do período estudado, em 13 estados e no Distrito Federal houve redução de leitos, em 11 houve aumento de leitos e em um estado o número de leitos se manteve inalterado. Os estados com maior taxa de crescimento linear, ou seja, que tiveram aumento de leitos foram os da região Sul: Rio Grande do Sul (107,2%), Santa Catarina (76,7%) e Paraná (32,4%). Ao mesmo tempo, destaca-se que foram também esses estados que apresentaram os maiores índices de desvio padrão, revelando heterogeneidade no comportamento de seus 250 municípios quanto à redução/aumento do número de leitos. Este último ponto sugere que oscilações bruscas nos casos de alguns municípios poderiam ser responsáveis pelo aumento de leitos nesses estados.

No outro extremo da análise, os estados que reduziram leitos, fizeram-no numa escala de 2% a 50%, dentre eles Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão e o Distrito Federal (todos apresentando redução do número de leitos acima de 40%). Constata-se, pelos dados expostos, que também neste caso os estados apresentam alto desvio padrão, endossando que não há homogeneidade na implementação da política antimanicomial no que diz respeito à oferta de leitos. O estado do Espírito Santo destoa de ambos os grupos, já que permaneceu com o mesmo número de leitos no período analisado, o que em si também chama a atenção.

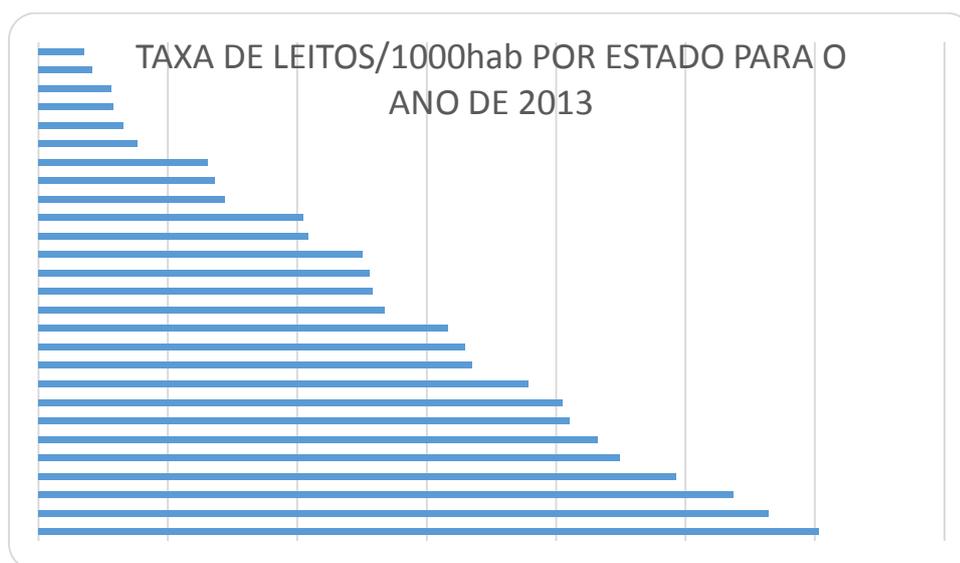


Gráfico 3 – Taxa de leitos/1.000 hab por estado para o ano de 2013
Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) preconize a existência de um (1) leito psiquiátrico para cada grupo de mil pessoas, recomendando que a ênfase do cuidado seja territorial, e o Ministério da Saúde calcule 0,5 para cada 1.000 habitantes (GASTAL *et al.*, 2007), a média nacional revela 0,18. É interessante registrar que o Sudeste é detentor de 55% dos leitos do Brasil, destacando-se o Rio de Janeiro com uma taxa de leitos/população x 1.000 habitantes equivalente a 0,30. Seguem-se a ele Alagoas, com 0,28; São Paulo, 0,27; e Paraná, 0,25. Pode-se constatar, com a exposição desses dados, que a média nacional de leitos/habitante, bem como a média estadual, apresenta-se numa proporção bastante inferior ao que é recomendado pela OMS e até mesmo pelo MS. No entanto, como destacaremos adiante, apesar de esses dados apontarem uma condição numérica em termos de leitos psiquiátricos no território nacional, aparentemente muito favorável, teremos a chance de identificar na esfera municipal experiências com forte concentração de leitos, delimitando-se aí uma das dimensões mais complexas do objeto de estudo desta tese.

No que diz respeito à variável *leitos*, sua redução de quase 20% em âmbito nacional, num intervalo de apenas cinco anos, destaca-se como um dado digno de nota, sugerindo efeitos altamente positivos a partir do arcabouço jurídico legal, inclusa a Lei nº 10.216/2001, bem como da atuação dos atores envolvidos com a causa antimanicomial, o que culminou num resultado favorável a um dos propósitos da reorientação do modelo de atenção às pessoas com sofrimento mental.

No entanto, quando aproximamos a lupa das esferas subnacionais, embora possamos constatar que 50% dos estados e o Distrito Federal reduziram os leitos psiquiátricos, a heterogeneidade no comportamento da taxa de crescimento linear é novamente verificada, revelando o caráter conflituoso da Lei nº 10.216/2001 e sugerindo diferentes resultados políticos no embate de forças que, historicamente, se mobilizaram a partir dela. Ao tomar municípios como unidade de análise, para o período entre 2008 e 2013, constata-se que 25,1% reduziram o número de leitos, em 36,5% não houve alteração; no entanto, 38,4% aumentaram o número de leitos psiquiátricos. Neste último grupo, revelou-se a destoante constatação de que 57,4% dos governos locais que não dispunham de leitos (166 municípios) abriram leitos (640), a partir de 2009, em plena

vigência da política antimanicomial, que tem como um dos pilares o deslocamento da assistência hospitalocêntrica para serviços comunitários.

Se de um lado, a redução dos leitos psiquiátricos no Brasil é uma marca indelével da implementação da política antimanicomial, de outro, o embate de forças com segmentos vigorosos que defendem o modelo hospitalocêntrico, mediante o aparato econômico e político de que dispõem, retarda a mudança que se pretende na forma de tratar a loucura.

Nesse sentido, os desafios da política de saúde mental brasileira consistem em, mais do que reduzir leitos, fazer a transição da prática hospitalar, ainda hegemônica, para a provisão dos serviços de base comunitária, tornando-se crucial, dentre outros pontos, a dimensão do financiamento para a ampliação dos serviços substitutivos.

Buscando ampliar nossa análise sobre o processo de implementação da PA, serão expostos a seguir os cenários relativos aos centros de atenção psicossocial e às residências terapêuticas.

4.2.2 Criação dos serviços substitutivos pelos governos subnacionais

A despeito da ainda marcante cultura de assistência centrada no hospital psiquiátrico, os dados sobre a criação de CAPS e SRT sinalizam que a política antimanicomial ecoa no estado federativo brasileiro.

4.2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial, de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva,¹³ e só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar (BRASIL, 2002).

¹³ Define-se como *atendimento intensivo* aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento

O CAPS Luís Cerqueira na cidade de São Paulo (SP), em 1987, é considerado o “marco inaugural” de um modo de cuidar, privilegiando o convívio do sujeito em sofrimento com seu território, numa lógica que se opõe à segregação para tratamento (PITTA, 2011). Concebidos como dispositivos de atenção substitutivos ao modelo hospitalar com a função estratégica de articular a rede de serviços, amiúde os CAPS também coexistem com os serviços ambulatoriais e hospitalares já existentes.

Os dados acessados no CNES para análise dos CAPS listavam o número total das unidades observadas no município, no entanto, sem discriminar as modalidades de CAPS, que são classificados de acordo com a abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III,¹⁴ bem como aquelas voltadas para crianças e adolescentes – CAPSi; e as dirigidas a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPSad.

Embora a tônica desta tese não tenha como foco discutir aspectos qualitativos da atenção implementada sob a política antimanicomial, reconhece-se que o acesso ao número total de CAPS por município, sem a discriminação das diferentes modalidades ofertadas, poderia comprometer a análise da cobertura da assistência numa lógica territorial, sob a qual se busca prescindir do hospital psiquiátrico.

No entanto, esta pesquisa se beneficiou do estudo de Costa *et al.* (2011), que verificaram, a despeito da expansão desse dispositivo, que o crescimento dos diferentes tipos de CAPS foi muito desigual, com ênfase sobre os CAPS I, CAPSad e CAPSi, sendo o investimento municipal na oferta de CAPS II menos expressivo em comparação às demais tipologias. Os autores constataram um crescimento pequeno do número de CAPS III, se comparado à cobertura ideal para uma função substitutiva à internação psiquiátrica. O destaque coube à afirmação de que “a proposta dos CAPS III, com leito e

destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter frequência menor.

¹⁴ CAPS I – Destinado a um território com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 50.000 habitantes. CAPS II – Destinado a um território com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 100.000 habitantes. CAPS III – Destinado a um território com população acima de 200.000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 150.000 habitantes (Portaria/SNAS nº 224, 29 de janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002).

funcionamento 24 horas, não foi assumida pela gestão municipal na escala observada para outros tipos de serviços” (Costa *et al.*, 2011, p. 4610).

Dada a especificidade da carteira de serviços e dos mecanismos de financiamento dos CAPS III, que objetivam a implantação da política humanizada de internação sem leitos, justifica-se a crítica de Lobosque (2011) ao apontar que a escassez de CAPS III em território nacional é um dos pontos fracos da Reforma Psiquiátrica.

Os GRAF. 4 e 5, abaixo, apresentam o número de CAPS implementados no Brasil, bem como a variação percentual no crescimento de CAPS para o período 2008-2013. Verificou-se um acréscimo global de 56,5%, no período, ao passar de um total de 1.467 serviços, distribuídos em 991 municípios, para 2.296, em 1.500 municípios.



GRÁFICO 4 – Número de CAPS implementados no Brasil, entre 2008 e 2013

Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados



GRÁFICO 5 – Variação percentual de implementação de CAPS no Brasil, entre 2008 e 2013

Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados

A despeito da expansão dos CAPS em território nacional, é necessário ter a clareza de que esses dispositivos “deverão se constituir como lugares de passagem” a fim de que não se tornem institucionalizados (HIRDES, 2009, p. 304). Os riscos da produção de uma nova cronicidade ou institucionalização “podem se dar mesmo em alguns serviços territoriais, ainda que estes tenham o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico e, portanto, não reproduzir o modelo tradicional de atenção” (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2075). Além da necessidade de sensibilizar os gestores da saúde, da utilização de estratégias e recursos presentes no território, em detrimento do foco exclusivo nas atividades ou nas ações dos serviços e da permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos, deve ser dada ênfase da inserção das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família (PSF) (HIRDES, 2009; PANDE; AMARANTE, 2011).

4.2.2.2 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Com o objetivo de reinserir os egressos de longa internação no espaço urbano e na comunidade, os serviços residenciais terapêuticos ou SRT

foram instituídos pelas Portarias nº 106 e nº 1.220, ambas de 2000. Concebidos como importantes dispositivos estratégicos na reinserção social da pessoa com sofrimento mental, estão intimamente ligados à prática da desinstitucionalização, que compreende o hospital psiquiátrico como um espaço inadequado de habitar e “[...] propõe a construção de novos espaços de habitar que permitam novos arranjos para a produção de subjetividade” (FRANCO; CORNELIS, 2015, p. 313).

Inicialmente, é preciso informar que os dados referentes às residências terapêuticas só apresentavam o número de casas abertas anualmente, e não o número total de casas existentes efetivamente em cada município e a cada ano. Por isso, a análise foi feita com base na soma das residências abertas para cada ano no período considerado. Como resultado, para análise do intervalo temporal apreendido abarcando as diferentes variáveis, ou seja, o período 2008-2013, o somatório dos anos considerados poderia não representar o total de SRT existentes para cada município, dada a possibilidade de abertura de alguma SRT antes do ano de 2004.¹⁵

Não consta dos dados, que nos foram repassados diretamente pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, a informação sobre possível desativação de residências terapêuticas nos municípios, sendo mais um motivo para acreditarmos que o número de SRT computado pode não representar exatamente os quantitativos efetivamente ofertados nos municípios. Não obstante essas imprecisões, os dados obtidos estão consolidados nos GRAF. 6 e 7, a seguir, para todo o país.

¹⁵ Momento em que o banco começa a ser organizado pela Coordenação de Saúde Mental.



GRÁFICO 6 – Número de SRT implementados no Brasil, entre 2008 e 2013
Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados



GRÁFICO 7 – Variação percentual de implementação de SRT no Brasil, entre 2008 e 2013
Fonte: Elaboração própria com base no banco de dados

Nos anos de 2008 e 2009 foram abertas, nesta ordem, 68 e 96 SRT; já em 2010 inauguraram-se 39 unidades. Em 2011 e 2012, respectivamente, 38 e 70. Em 2013, implantaram-se 46 SRT. Ainda que o banco tenha limitações, é possível verificar, no âmbito local, que esses dispositivos tiveram crescimento de 72%, passando de um número de 493 unidades, distribuídas em 134 municípios em 2008, para 850, presentes em 206 municípios em 2013. A título de ilustração, vale o registro de que a região Sudeste é a que concentra o maior número de serviços residenciais terapêuticos, reunindo 66% do total. Constatamos que a

implantação desses dispositivos de moradia não acompanha o ritmo de progressão geométrica dos CAPS, apresentando-se ainda numericamente insuficiente para dar conta da dimensão atual do problema.

O percurso de quase 15 anos de vigência da Lei nº 10.216/2001 coloca em pauta as inovações sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Neste tópico, ativemo-nos pontualmente à abertura de CAPS e SRT.

Sob uma ótica retrospectiva da Reforma Psiquiátrica, verificamos que o embate contra o hospital psiquiátrico, primeiro, teve a marca de superar as condições desumanas presentes em muitos manicômios para, posteriormente, se pautar na condução do processo de fechamento de leitos, cuja oferta se tornou fortemente regulada, oferecendo, assim, recursos substitutivos ao tratamento da loucura. A atenção dirigida aos hospitais foi deslocada para uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (RIBEIRO; DIAS, 2011).

Nota-se que, concebidos como serviços articuladores da política antimanicomial, os CAPS mantiveram uma tendência de implementação crescente, embora diferenciada quanto às suas modalidades, suscitando questões acerca do comportamento de adesão pelos governos subnacionais. Avalia-se a necessidade de fortalecimento dos CAPS II e III e a disponibilidade de leitos de observação diária para atender os pacientes graves e em crise, e, assim, articulados a outras estratégias, prescindir do manicômio.

Em contraponto ao crescimento significativo dos CAPS no período analisado, sem entrar no mérito de suas modalidades e da qualidade da assistência, os SRT lidam com uma situação de limitada expansão, cujo maior volume de entraves pesquisados por Furtado (2006) compreendem o fato de os SRT não serem prioridade na agenda dos gestores municipais; a repercussão das mudanças de orientação da gestão municipal, ao longo de sucessivos pleitos, a descontinuidade das iniciativas; a incipiência ou a inexistência das redes de saúde mental para acolhimento dos SRT e a dificuldade de realocação das AIHs para os municípios que implementam SRT.

O autor conclui que, os problemas estão vinculados “[...] à decisão e gestão – e, portanto, à política – e às respostas de exclusão ou baixa permeabilidade social do louco e da loucura”. Na visão do autor, essas questões

“reatualizam os alvos iniciais e centrais da reforma psiquiátrica: a transformação das políticas e das mentalidades” (FURTADO, 2006, p. 793).

Costa *et al.* (2011) avaliam que, apesar de a reforma psiquiátrica, diferentemente de outras políticas setoriais brasileiras, ter superado o padrão de veto dos grupos organizados no processo decisório nacional, a criação dos serviços substitutivos se deu em um contexto de oposição explícita dos proprietários de hospitais psiquiátricos, familiares e inclusive de representação organizada de médicos psiquiatras, conforme abordado no capítulo anterior. No entanto, de acordo com os autores, o desenvolvimento da nova agenda foi conduzido a despeito da ação coletiva desses grupos de interesse.

Uma vez analisadas separadamente as variáveis – leitos, CAPS e SRT –, passaremos, agora, a considerá-las em conjunto, com o intuito de retratar a implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais (municípios), conforme exposto no Diagrama de Venn.

4.3 Sob a perspectiva combinada das três variáveis

A análise do banco de dados desta pesquisa evidenciou a configuração de cenários distintos em perspectivas nacional, estadual e municipal, considerando as três variáveis descritas, chegando a 2013 com um quadro heterogêneo a ponto de sugerir que, embora a implementação da política antimanicomial esteja em curso, o modelo hospitalocêntrico ainda é muito presente no campo geral da atenção à saúde mental. Expusemos a redução dos leitos psiquiátricos no país e a criação dos serviços substitutivos, tanto em número de municípios abrangidos quanto de unidades de serviços existentes. “De forma não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede vem sendo construída no território nacional” (PITTA, 2011, p. 4587).

O universo dos dados analisados, no período de 2008 a 2013, compreendeu um total de 1.806 municípios com a seguinte distribuição: 210 (11,6%) municípios apenas com leitos; seis (0,3%) municípios apenas com SRT; 967 (53,5%) municípios apenas com CAPS; três (0,2) municípios com SRT e leitos; 336 (18,6) municípios com CAPS e leitos; 81 (4,5) municípios com CAPS

e SRT; e finalmente 116 (6,4%) municípios com leitos, CAPS e SRT; 87 municípios que, apenas em parte do período analisado, contempla uma das três dimensões apreendidas, conforme ilustrado no Diagrama de Venn (GRAF. 8).

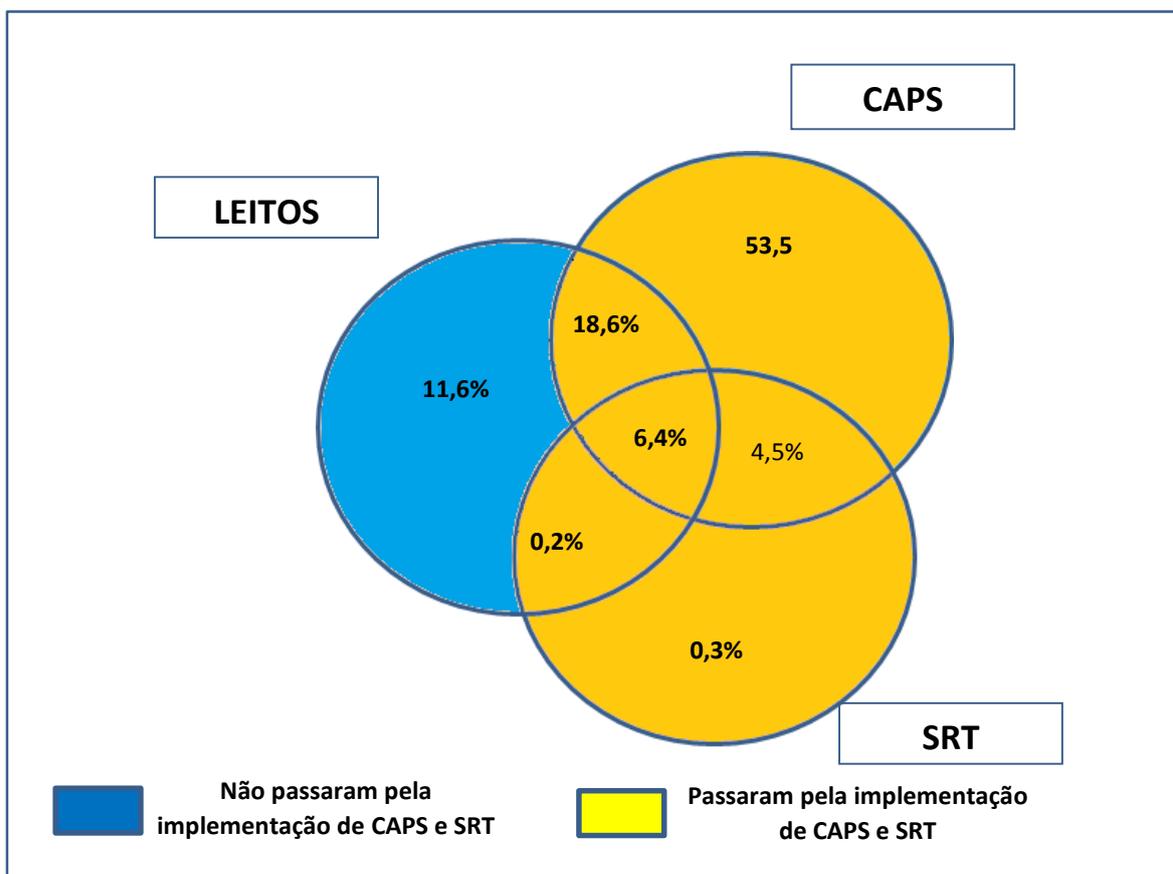


GRÁFICO 8 – Diagrama de Venn para municípios, segundo existência de Leitos, CAPS e SRT em 2013.¹⁶

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados.

Uma visão panorâmica do Diagrama de Venn confirma, de acordo com a exposição que fizemos nos tópicos anteriores, que o processo de

¹⁶ Vale ressaltar que 87 municípios apresentaram dados em apenas um momento do banco, não tendo registros em 2013..

implementação da política antimanicomial está em curso, num arranjo híbrido em que coexistem leitos, CAPS e SRT.

Apesar de, historicamente, termos uma cultura focada no hospital psiquiátrico como local de tratamento, constatou-se que somente 11,6% dos municípios permanecem com a exclusividade de leitos como dispositivos. Verificamos positivamente que 83,5% dos municípios, no intervalo estudado, passaram pela experiência de implementar os serviços substitutivos, e parcela expressiva dos municípios envolvidos (53,5%) mantém o CAPS como dispositivo exclusivo. A presença de SRT é pouco marcante revelando que a principal estratégia do processo de desinstitucionalização demanda, dentre outras estratégias, conforme apontado pela literatura, maior investimento da esfera federal no sentido de incentivar o compromisso dos gestores municipais com tal dispositivo.

Seguindo a ideia de combinar as três variáveis, retomamos o indicador elaborado nesta tese para, agora, aplicá-lo aos municípios, classificando as experiências em padrões de sucesso ou insucesso na implementação da política.

Sob uma perspectiva positiva quanto ao desempenho na reorientação da assistência em saúde mental, aproximam-se os municípios que embora apresentassem, em 2008, a taxa de leitos por habitante acima do preconizado pela OMS, no decorrer de cinco anos tiveram êxito na sua redução e implementaram CAPS e SRT. A esses casos será atribuído o *status* “experiência de sucesso”. E, diferentemente deste quadro, deparamo-nos com situações desfavoráveis que abarcam: 1) municípios com taxa leito/habitante acima do indicado pela OMS e que ampliaram leitos; 2) municípios com taxa leito/habitante acima do indicado e que, a despeito de todo o movimento, mantiveram leitos, e 3) municípios que não dispunham, mas abriram leitos psiquiátricos no período. Em comum, esses municípios não criaram os serviços substitutivos ou criaram apenas uma modalidade – CAPS ou SRT –, tendo sido designados como “casos de insucesso” na implementação da política antimanicomial.

Partiremos, agora, para seleção dos casos paradigmáticos do fenômeno que se pretende explicar, a condição de sucesso e insucesso na implementação da PA.

4.4 Padrões de implementação da política antimanicomial

4.4.1 Experiências municipais de sucesso na implementação da política

A TAB. 2 reúne os dez municípios brasileiros que apresentaram as maiores taxas leito/habitante e que reduziram leitos.¹⁷ Trata-se, portanto, de municípios avaliados como bem-sucedidos, uma vez que, a despeito da grande concentração de leitos, sugerindo histórico marcante de atores alinhados ao campo da atenção hospitalar psiquiátrica, os resultados indicam forte retração na oferta desse tipo de assistência às pessoas com sofrimento mental: Araras (SP), Barbacena (MG), Bom Jesus de Itabapoama (RJ), Camaragibe (PE), Engenheiro Paulo Frontin (RJ), Espírito Santo do Pinhal (SP), Marechal Cândido Rondon (PR), Nova Granada (SP), Paracambi (RJ) e Rio Bonito (RJ). Com exceção de Nova Granada (SP) e Marechal Cândido Rondon (PR), todos os municípios implementaram serviços substitutivos.

TABELA 2

Municípios, taxa leito/habitante e redução de leitos

MUNICÍPIOS	TAXA LEITO/HAB (2008)	REDUÇÃO DE LEITOS%	SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS
Araras (SP)	5,4	88	CAPS e SRT
Barbacena (MG)	5,6	33	CAPS e SRT
Bom Jesus (RJ)	9,3	27	CAPS e SRT
Camaragibe (PE)	7,9	90	CAPS e SRT
E. P. Frontin (RJ)	8,9	97	CAPS e SRT
E. S. Pinhal (SP)	9,1	15	CAPS e SRT
M. C. Rondon (PR)	5,1	33	NÃO
Nova Granada (SP)	7,7	100	NÃO
Paracambi (RJ)	15,7	66%	CAPS e SRT
Rio Bonito (RJ)	10,1	100%	CAPS e SRT

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

¹⁷ Tendo como referência a recomendação da OMS que sugere 1 leito para cada 1.000 habitantes, definiu-se que a relação leito / habitante no município superior a 2 pode ser considerada um quadro de assistência à saúde mental em que predomina o modelo hospitalocêntrico e, nesse sentido, seria passível de mudança diante da política do governo federal de reorientação da assistência.

4.4.2 Experiências municipais de insucesso na implementação da política

Numa segunda condição, diametralmente oposta ao desejável, configurando casos de insucesso na implementação da política antimanicomial, estão os municípios que ampliaram leitos, destacando-se quatro que já acusavam um histórico hospitalocêntrico, são eles: Jandaia do Sul (RS), Presidente Prudente (SP), Rolândia (PR), São Pedro Alcântara (SC) e Vassouras (RJ). Deste grupo, nenhum município tem SRT. Vassouras, Rolândia e Presidente Prudente tem CAPS, e Jandaia do Sul e São Pedro (SC) não contam com os dispositivos.

TABELA 3

Municípios, taxa leito/habitante e aumento de leitos

MUNICÍPIOS	TAXA LEITO/HAB (2008)	AUMENTO DE LEITOS%	SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS
Jand. do Sul (PR)	11,8	17	NÃO
Pres. Prudente (SP)	2,3	10	CAPS
Rolândia (PR)	2,5	7	CAPS
Vassouras (RJ)	3,5	20	CAPS
S. P. Alcântara (SC)	3,2	100	NÃO

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

É importante sublinhar que o aumento do número de leitos em grandes metrópoles, como Fortaleza (CE) ou Porto Alegre (RS), não impactou a relação leito/habitante dado o tamanho da população. Embora não seja evidenciada uma discrepância na relação leito/habitante, ainda deve ser mencionado o caso de Viamão, localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, que tinha três leitos em 2008 e passou a ter 103 em 2013, com um crescimento de mais de 3.000%. Chama a atenção a incidência de aumento de leitos na região Sul do país; nesse sentido, os municípios que passaram a ter, no mínimo, o dobro da taxa de leito/habitante recomendada pela ONU. Destaca-se, nessa condição, São Pedro de Alcântara, situado em Santa Catarina, e sem

serviços substitutivos. E, por fim, esse segmento que opera na contramão da política é endossado com os municípios que não contavam com leitos psiquiátricos e passaram a tê-los entre 2009-2013, conforme descrito. Neste grupo, a taxa de leito/habitante mais alta não ultrapassa 0,5, mas vale mencionar os seguintes municípios pela condição de instituir o dispositivo leito como recurso na assistência: Canoas (RS) abriu 38 leitos; Tupanciretá (RS), Taquara (RS) e Bento Gonçalves (RS) abriram 15 leitos; Jaboticabal (SP) implantou 14, e Vila Velha (ES), 16. Neste grupo, todos têm CAPS, mas somente Taquara e Jaboticabal mantêm CAPS e SRT.

Ainda no grupo das “experiências de insucesso” na implementação da política, distinguimos os “refratários” à mudança, ou seja, um conjunto de municípios também com forte presença de leitos e que, no entanto, mantiveram a taxa de crescimento inalterada para o período, ou seja, a quantidade de leitos permaneceu estável, sinalizando “impermeabilidade” aos princípios da política antimanicomial. Os municípios são: Ilha de Itamaracá (PE), Quatis (RJ), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Garça (SP), Tanguá (RJ), Piraquara (PR), Barreiros (PE), Leopoldina (MG), São Sebastião do Paraíso (MG) e Pirapozinho (SP). Somente Pirapozinho implementou CAPS e SRT; Quatis e Leopoldina não têm os dispositivos, e os demais apresentam um ou outro, sendo que prevalece o CAPS.

TABELA 4

Municípios, taxa leito/habitante e manutenção dos leitos

MUNICÍPIO	TAXA LEITO/HAB INALTERADA 2008-2013	SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS
Barreiros (PE)	2,9	CAPS
Garça (SP)	5,9	CAPS
Ilha de Itamaracá (PE)	16	CAPS
Leopoldina (MG)	2,9	NÃO
Pirapozinho (SP)	2,4	CAPS e SRT
Piraquara (PR)	3,9	CAPS
Quatis (RJ)	15,6	NÃO
S.R. Passa Quatro (SP)	9,1	CAPS
S. Seb. Paraíso (MG)	2,5	CAPS
Tanguá (RJ)	5,2	SRT

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

Valendo-se desses três padrões de implementação, foram selecionados doze (12) municípios (QUADRO 1) que representam as condições de sucesso, ou seja, reduziram leitos e dispõem de ambos os serviços substitutivos (CAPS e SRT) e insucesso, isto é, aumentaram ou mantiveram inalterado o número de leitos e não contam com nenhuma modalidade de serviço substitutivo (CAPS e SRT). Foram desconsideradas as situações limítrofes, seja as concebidas como sucesso parcial, isto é, houve redução de leitos, mas não foram implantados CAPS e SRT (dois municípios: Marechal Cândido Rondon (PR) e Nova Granada/SP), seja aquelas avaliadas como insucesso parcial, isto é, os serviços substitutivos foram implementados; no entanto, os leitos foram abertos ou mantidos (três municípios: Taquara/RS, Jaboticabal/SP e Pirapozinho/SP).

QUADRO 1
Padrões de implementação

		IMPLEMENTAÇÃO DE CAPS E SRTS*	
		Sim	Não
Leitos	Ampliaram / mantiveram	Taquara (RS), Jaboticabal (SP), Pirapozinho (SP)	Leopoldina (MG), Quatis (RJ), São Pedro Alcântara (SC), Jandaia do Sul (PR) INSUCESSO
	Reduziram	Paracambi (RJ), Rio Bonito (RJ), Barbacena (MG), Eng. P. Frontin (RJ), Camaragibe (PE), Araras (SP), B. Jesus de Itabapoana RJ), Espírito Santo do Pinhal (SP) SUCESSO	Nova Granada (SP), Marechal Cândido Rondon (PR)

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados / *Presença ou ausência simultânea.

Neste capítulo, conforme proposto, ativemo-nos a avaliar a implementação da política antimanicomial pelos municípios, com base no indicador elaborado que se pauta na redução de leitos psiquiátricos e na abertura de CAPS e SRT. Inicialmente revelando a condição de cada variável nas três instâncias federativas, avançamos para uma análise combinada, que resultou nos padrões de implementação, abrangendo experiências de sucesso e insucesso. Foram, assim, eleitos 12 municípios que serão, no próximo capítulo, submetidos a hipóteses causais vislumbrando reconhecer quais fatores podem ter incidido nas duas situações discriminadas.

5 AS CONDIÇÕES DO SUCESSO E DO INSUCESSO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Neste capítulo, passaremos a investigar possíveis condições causais que produziram experiências de sucesso e insucesso na implementação da política antimanicomial. As seguintes variáveis foram mobilizadas na construção das hipóteses: o município pertencer ou não a um estado que aprovou a legislação estadual anteriormente à lei nacional; o legado municipal em termos de maior ou menor concentração de leitos psiquiátricos hospitalares não públicos; a orientação ideológica das gestões municipais nos últimos três mandatos (2005 a 2016); a proporção do gasto psiquiátrico na subfunção assistência hospitalar e internação. A teoria sugere que essas variáveis podem influenciar a implementação da política antimanicomial.¹⁸

Em razão do limitado número de casos (12), será utilizada a análise qualitativa comparativa (QCA), que se revela como a principal estratégia empírica nessas situações de pesquisa. Às conclusões do estudo comparativo, segue uma análise estatística complementar para que possamos, então, avançar para a discussão dos resultados no próximo capítulo.

5.1 Sobre os fatores que afetaram a implementação da política antimanicomial

Hipótese 1: Legislação estadual anterior à nacional

¹⁸ Embora tenham sido elencadas quatro hipóteses, cabe a informação de que a presença de associação de usuários ou familiares foi inicialmente pensada como uma condição causal que poderia ter repercussão na experiência de implementação da política antimanicomial pelo município, haja vista a relevância da participação desse ator social no movimento da Reforma Psiquiátrica, conforme discutido no capítulo 3. Buscou-se, então, reconhecer, na amostra de municípios selecionados conforme Tabela 2, a presença de associações. Constatou-se que somente os municípios de Paracambi (RJ), Camaragibe (PE) e Espírito Santo do Pinhal (SP) contam com associações de familiares e/ou usuários, mas surpreendentemente as associações estão presentes em todas as regiões do Brasil, totalizando 151, com destaque para a região Sudeste, com 90 associações (www.abrebrasil.org.br). Tornou-se difícil aplicar essa variável para fins desta pesquisa porque, embora apareça no nível local em três municípios, ela está difundida no âmbito estadual. Neste sentido, vale ressaltar o caráter positivo do dado; no entanto, o que poderia ser tomado como uma variável explicativa passou a ter a condição de constante e foi preliminarmente excluída.

Avaliada como um desafio, dado o embate que propõe contra “o enclausuramento asilar e a intervenção parasitária das clínicas particulares, especialmente em relação ao custeio estatal” (PINTO; FERREIRA, 2010, p. 30), a Lei da Reforma Psiquiátrica é também cunhada, nas palavras de seu autor, como uma *lei social*, ao mobilizar diferentes segmentos da sociedade – usuários, técnicos, adeptos, entusiastas e pessimistas (DELGADO, 2011).

Sob um enfoque retrospectivo, a aquisição dessa visibilidade ecoou em território nacional, tendo sido consubstanciada no Projeto de Lei nº 3.657/89 e, sob sua inspiração, desencadeou a aprovação de leis estaduais mesmo antes da aprovação final da lei federal. Tal hipótese indica que o fato de o município estar inserido em uma unidade da Federação cuja correlação de forças lhe favoreceu criar legislação própria, concebida como um elemento facilitador e um ambiente regulatório, pode ter contribuído para a implementação da proposta de reduzir leitos simultaneamente à criação de dispositivos substitutivos ao manicômio nos municípios em estudo.

A respeito da hipótese 1, conforme apresentado no Quadro 2, estabeleceu-se que o valor possível para esse índice varia entre 0 ou 1, sendo que 0 define a condição de ter como referência exclusiva a Lei nº 10.216/2001 (Lei Federal) e o 1 indica o fato de o município fazer parte de um estado que elaborou legislação própria antes de 2001. Espera-se que estar inserido num estado que regulou antecipadamente a questão seja uma condição causal para o sucesso da implementação da política.

QUADRO 2
Legislação estadual

MUNICÍPIO	ESTADO	LEI ESTADUAL ANTERIOR À FEDERAL (2001)	ÍNDICE
Araras	São Paulo	NÃO	0
Barbacena	Minas Gerais	SIM	1
Bom Jesus	Rio de Janeiro	NÃO	0
Camaragibe	Pernambuco	SIM	1
Eng. Paulo	Rio de Janeiro	NÃO	0
Esp. Santo	São Paulo	NÃO	0
Jandaia Sul	Paraná	SIM	1
Leopoldina	Minas Gerais	SIM	1
Paracambi	Rio de Janeiro	NÃO	0
Quatis	Rio de Janeiro	NÃO	0
Rio Bonito	Rio de Janeiro	NÃO	0
São Pedro	Santa Catarina	NÃO	0

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta à literatura

Por meio do Quadro 2, verificamos que, entre as experiências de sucesso, apenas 16,7% dos municípios pertencem a estados cuja legislação precede à legislação federal, e, na mesma proporção, encontram-se municípios que contam com o respaldo da lei estadual, mas as experiências não foram exitosas.

Hipótese 2: Legado hospitalocêntrico não público

É corrente a avaliação de que a assistência à saúde mental no Brasil se ancora na tradição hospitalocêntrica, e os grandes asilos públicos apresentaram-se por décadas como o destino dos doentes mentais. A partir da década dos anos 1960, entretanto, houve um *boom* de estabelecimentos psiquiátricos privados, e, então, a particularidade da relação público/privada passou a ser regida pela dinâmica de pagamento. “Podemos considerar que o estado entregava a estas instituições um cheque em branco para o pagamento

de todos os procedimentos que fossem realizados, independente da quantidade de serviços previamente contratados” (GULJOR, 2013, p. 320).

Deste modo, a capitalização do segmento hospitalar privado na psiquiatria levou ao seu fortalecimento econômico, mas também político, atribuindo-lhe o *status* de *player* central no processo de mudanças na atenção psiquiátrica em níveis nacional e local. A fim de testar o impacto dessa condição causal, considerou-se que o apelo mercantilista da assistência à pessoa com sofrimento mental no país, e daí a influência dos grupos de interesse, ou como conceitua Della Porta (2003), de *grupos de pressão associativa*,¹⁹ nesse caso *lobby* dos proprietários de hospitais psiquiátricos, teria atuado com o objetivo de influenciar as ações políticas visando à manutenção das internações nos hospitais especializados como principal recurso de tratamento. Nesse sentido, pressupõe-se que a maior oferta de leitos em instituições privadas dedicadas à assistência psiquiátrica na trajetória municipal poderia significar obstáculo à implementação da política antimanicomial.

Quanto à segunda hipótese, exposta no Quadro 3, o valor possível para esse índice foi definido com base na relação leitos não públicos de psiquiatria / total de leitos de psiquiatria, podendo variar entre 0 ou 1, ou seja, zero indicaria uma presença minoritária de leitos não públicos, e 1 revelaria uma prevalência dos “não públicos”.

¹⁹ São “[...] estruturas especializadas pela articulação dos interesses designados especificamente para representar os interesses de um grupo em particular” (DELLA PORTA, 2003, p. 117).

QUADRO 3

Legado hospitalocêntrico não público

MUNICÍPIO	LEITO NÃO PÚBLICO	TAXA LEITO/HABITANTE (2008)	ÍNDICE
Araras (SP)	100%	5,4	1
Barbacena (MG)	39,4%	5,6	0
Bom Jesus (RJ)	100%	9,3	1
Camaragibe PE)	100%	7,5	1
Eng. Paulo (RJ)	100%	8,8	1
E.S. Pinhal (SP)	100%	9,3	1
Jandaia Sul (PR)	100%	11,8	1
Leopoldina (MG)	100%	2,9	1
Paracambi (RJ)	98,1%	15,7	1
Quatis (RJ)	100%	15,6	1
Rio Bonito (RJ)	100%	10,1	1
São Pedro (SC)	0%	3,2	0

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

Em relação ao legado hospitalocêntrico, constatou-se que, em 83,3% dos municípios da amostra, predomina a presença do leito particular em detrimento do público e filantrópico. Diante disso, tal hipótese ficou destituída do caráter de variável explicativa e passou à condição de constante, sendo, portanto, excluída da matriz analítica.

Hipótese 3: Orientação ideológica dos partidos governistas no município

Yasui (2010) enfatiza que, a despeito da militância “aguerrida” dos trabalhadores, a inovação e o arrojo das experiências de Reforma Psiquiátrica se deram em gestões municipais ligadas a partidos progressistas, cuja concepção e prática política são norteadas por ideias de participação popular, controle social e autonomia dos cidadãos. O argumento de Fernandes e Scarcelli (2005) vai ao encontro deste, já que afirmam que vários municípios paulistas, tendo a gestão conduzida pelo Partido dos Trabalhadores, a partir de 1989, buscaram incluir os princípios antimanicomiais nas ações voltadas para a saúde mental.

Partindo deste ponto, é útil supor que gestões de partidos de esquerda teriam mais compromisso em conduzir a política de natureza antimanicomial dada sua afinidade com os movimentos sociais e visões progressistas de saúde pública.

Essa análise também é feita por Guljor (2013) ao estudar o processo de desinstitucionalização da clientela da Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi (RJ), cujas intervenções tiveram início na década de 1990, mas só foram concluídas em 2012. De acordo com a autora, um dos aspectos que favoreceram a mudança diz respeito às eleições municipais de 2000, quando a Prefeitura de Paracambi foi assumida por um candidato do Partido dos Trabalhadores.

Tomamos, então, por hipótese que municípios que tiveram um número maior de gestões conduzidas por partidos de esquerda na última década (2005 a 2016), estariam mais propensos a implementar a política antimanicomial.

Usou-se como referência para a classificação dos partidos a escala esquerda-direita, que resultou da pesquisa de Melo e Santos (2012), acerca do posicionamento dos partidos na escala ideológica que revela a seguinte configuração:

QUADRO 4

Posicionamento dos partidos na escala ideológica (MELO; SANTOS, 2012)

	ESQUERDA	DIREITA
Federais		
2005	PCdoB – PT – PSB – PPS – PDT – PV – PSC – PSDB – PMDB – PL – PTB – PFL – PP	
Estaduais		
2007	PCdoB – PSOL – PT – PDT – PSB – PPS – PV – PSDB – PMDB – PSC – PTB – PP – DEM	
Federais		
2010	PCdoB – PT – PDT – PSB – PPS – PSDB – PV – PSC – PMDB – PTB – PP – PR – DEM	
Estaduais		
2012	PC do B – PT – PDT – PPS – PSB – PSC – PMDB – PSDB – PR – PTB – PV – PSD – PP – DEM	
	Esquerda	Direita

Fonte: MELO; SANTOS, 2012

De acordo com os autores, os partidos associados às categorias da variável ideologia podem ser agrupados como:

- Esquerda: PCdoB, PT e PSOL
- Centro-esquerda: PDT, PSB, PPS, PSC, PRP, PTC
- Direita: DEM, PTdoB e PSL
- Centro-direita: PSDB, PMDB, PV, PP, PRB, PR e PTN

A hipótese 3, exibida no Quadro 5, diz respeito ao "tempo de exposição a partido de esquerda", e, por sua vez, esse tempo de exposição, entre 2005 e 2016, diz respeito a três mandatos de prefeito. O valor possível para esse índice varia entre 0 ou 1, sendo que 0 significa nenhum período de governos de esquerda, e 1 indica no mínimo o controle político de dois governos de esquerda.

QUADRO 5
Orientação ideológica

MUNICÍPIO	2005/2008	2009/2012	2013/2016	ÍNDICE
Araras (SP)	PPS (CE)	PT (E)	PT (E)	1
Barbacena (MG)	PSDB (CD)	PMDB (CD)	PSDB (CD)	0
Bom Jesus (RJ)	PR (CD)	PMDB (CD)	PR (CD)	0
Camaragibe (PE)	PC do B (E)	PCdoB (E)	PSDB (CD)	1
Eng. Paulo (RJ)	PMDB (CD)	PMDB (CD)	PDT (CE)	0
E.S. Pinhal (SP)	PP (CD)	PPS (CE)	PSDB (CD)	0
Jandaia S. (RS)	PHS (C)	PMDB (CD)	PTC (C)	0
Leopoldina (MG)	PSC (CD)	PSDB (CD)	PSC (CD)	0
Paracambi (RJ)	PT (E)	PT (E)	PT (E)	1
Quatis (RJ)	PT (E)	PMDB (CD)	PR (CD)	0
Rio Bonito (RJ)	DEM (D)	DEM (D)	PMDB (CD)	0
S. Pedro (SC)	PMDB (CD)	PMDB (CD)	PMDB (CD)	0

Fonte: Consulta aos sites das prefeituras dos municípios

A respeito da orientação ideológica, 75% dos municípios foram conduzidos, predominantemente, por representantes políticos de partidos de direita e centro-direita. Em apenas três municípios, prevalece a administração por partidos de esquerda e centro-esquerda, sendo os três exitosos na implementação da política antimanicomial.

Hipótese 4: Gasto psiquiátrico como proporção da subfunção assistência hospitalar e internação

Ao aprovar a Lei nº 10.216/2001, o Brasil optou por serviços comunitários – em especial pela expansão dos CAPS – em detrimento dos hospitais psiquiátricos, cujos leitos, conforme já exposto, têm sido alvo da política de redução. Pode-se afirmar que todo o orçamento da saúde mental, há cerca de vinte anos, era exclusivamente dirigido às internações hospitalares, e, nos últimos anos, mais de 50% foram destinados às atividades extra-hospitalares (MARI, 2011).

Considerando-se que os governos subnacionais discriminados neste estudo se comportem, como descrito no fenômeno *rent-seeking* (extração de renda) (ALVES; MOREIRA, 2004), ou seja, assumindo comportamentos que lhes permitam maximizar a disponibilidade de rendas dado um montante fixo de valores, trabalha-se com a hipótese de que, quanto maior o valor que aqueles municípios extraem do repasse da União, e aplicam na internação, mais propensos estão a não aderirem aos princípios da política antimanicomial.

O mecanismo implícito é que, ainda que tais recursos gerados pelas internações psiquiátricas sejam integralmente repassados aos estabelecimentos hospitalares privados, os gestores municipais não estariam dispostos a abrir mão desses em favor de outros dispositivos que significassem repasses em níveis bem menores, como os CAPS e os SRT, e cuja manutenção seria mais onerosa.

Presume-se que gestores municipais considerariam os valores financeiros como representativos do potencial de retorno eleitoral e que, sob a primeira opção (manutenção do modelo hospitalocêntrico), sustentariam uma rede de relacionamentos bem mais estável e extensa que sob a segunda opção (implantação dos serviços substitutivos).

Quanto à quarta e última hipótese, considerando que o critério de inclusão dos municípios aqui previamente selecionados foi a forte presença de leitos no ano de 2008, entende-se que, do conjunto de transferências do SUS repassado aos entes subnacionais em questão para a subfunção assistência hospitalar/internação, uma parcela foi despendida com assistência hospitalar psiquiátrica (internação).²⁰

Analisando-se os valores gastos com assistência hospitalar psiquiátrica, constatou-se que os municípios destinaram do montante recebido pela União entre 0% a 2.205% dos seus gastos com saúde às internações psiquiátricas.²¹ Dada a disparidade de valores, optou-se por estreitar a lente de análise para o valor gasto pelos municípios ou pelo governo do estado daquele município que obtiveram êxito na implementação da política antimanicomial. Foi constatado que seis dos oito municípios deste grupo, ou seja, 75% despenderam entre 0% e 47,3%. Com o objetivo de aferir a tendência de gastos, que permaneceram diferentes, foi utilizado como recurso estatístico o cálculo da mediana, que resultou em 18,6%, estabelecendo-se, assim, um ponto de corte.²²

O valor possível para esse índice varia entre 0 ou 1, de acordo com a Tabela 5, sendo que 0 define a condição de o recurso do município gasto com internação ser de até 18,6% do orçamento (valor da mediana) repassado pelo SUS, tendo assim um cenário mais favorável à reorientação no modelo da assistência. Já o valor 1 indica que o recurso oriundo do SUS aplicado na internação superou a mediana, e, nesse sentido, o município teria interesse em continuar tendo acesso a essa renda e não aderir à política antimanicomial.

²⁰ A fonte dessas duas informações – subfunção assistência hospitalar / internação e gasto psiquiátrico – foi o CNES. Foram utilizadas as informações referentes ao ano de 2010 pelo fato de, no período estudado, serem as disponibilizadas pela fonte.

²¹ Cabe a observação de que Jandaia do Sul (PR), que apresenta discrepante valor de gasto com internação (2.205%), dispõe de 280 leitos filantrópicos, que não estão sob sua administração, pois são geridos pelo estado do Paraná (segundo informações colhidas na Secretaria de Saúde do município). Outra particularidade digna de nota diz respeito ao município de São Pedro de Alcântara (SC), que, pelo fato de não ter gestão plena, seus 30 leitos públicos também são geridos pelo estado.

²² Deve ser ressaltado que a eleição da mediana como ponto de corte ocorreu mediante a exclusão de outras tentativas no exercício de refinar o raciocínio quanto a essa hipótese. Curiosamente, o valor da mediana ficou próximo da proporção sugerida pelo Manual de Indicadores e Parâmetros da Saúde, da Secretaria de Saúde do estado do Mato Grosso (MT), segundo o qual o esperado é que o total de leitos de psiquiatria seja 15,3% do total de leitos existente em cada município, no SUS.

TABELA 5**Gasto psiquiátrico / internação**

MUNICÍPIO	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR/INTERNAÇÃO	GASTO PSIQUIÁTRICO/ INTERNAÇÃO	RESULTADO
Araras (SP)	33.735.468,68	4.935.643,05 (14,6%)	0
Barbacena (MG)	11.780.383,48	5.573.833,48 (47,3%)	1
Bom Jesus (RJ)	1.048.080,00	2.016.569,17 (192,4%)	1
Camaragibe (PE)	41.112.143,04	6.276.907,84 (15,3)	0
Eng. Paulo (RJ)	2.453.416,72	0 (0%)	0
E.S. Pinhal (SP)	22.486.103,17	4.150.109,72 (18,5%)	0
Jandaia Sul (PR)	176.856,85	3.900.456,34 (2.205%)	1
Leopoldina (MG)	1.594.275,83	1.960.186,32 (123%)	1
Paracambi (RJ)	30.954.033,80	5.699.284,28 (18,4%)	0
Quatis (RJ)	6.036.433,16	2.626.847,82 (43,5%)	1
Rio Bonito (RJ)	22.084.731,26	4.102.729,56 (18,6%)	0
São Pedro (SC)	0,00	174.106,24 (0%)	0

Fonte: Consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde

Quanto ao gasto psiquiátrico, constatou-se que quase 60% dos municípios despendem até 18,6% com internação, sendo que somente um município desse conjunto não se enquadra no parâmetro de sucesso na implementação da política antimanicomial e com a particularidade de ser um ente sem gestão plena (São Pedro de Alcântara).

Vislumbrando que os valores realçados nessas quatro hipóteses possam afetar a implementação da política antimanicomial pelos municípios, será apresentado, no próximo tópico, o método de pesquisa, isto é, a análise qualitativa comparativa, que oferece a oportunidade de abordar o problema sob outra perspectiva, permitindo identificar novos resultados (SANTOS *et al.*, 2014).

5.2 Verificação das hipóteses sob a luz da Análise Qualitativa Comparativa (QCA)

Uma vez discriminadas as hipóteses acerca da condição de sucesso ou de insucesso na implementação da política antimanicomial, neste capítulo vamos nos dedicar a submetê-las à análise qualitativa comparativa (QCA), verificando, assim, a pertinência dessas. O método comparativo é um instrumento apropriado em situações nas quais o número de casos estudados é demasiado pequeno para utilizar a análise estatística. Nesse sentido, a comparação se apresenta como “una estratégia analítica que tiene fines no solamente descriptivos sino también explicativos, un procedimiento orientado por sobre todo a poner nuestras hipótesis a prueba” (PÉREZ-LIÑAN, 2010, p. 127).

Os analistas de QCA interpretam os dados qualitativamente, ao mesmo tempo em que também buscam relações de causalidade entre variáveis. A QCA é mais adequada para estudos de caso de pequeno ou médio escopo, envolvendo entre três e 250 casos (DIAS, 2011). Nesta pesquisa, lidamos com 12 casos, e a pergunta que se coloca se refere a que fatores explicariam a variação na implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais.

Valendo-se das informações já elencadas no tópico anterior, elaborou-se a matriz de dados que se segue, na qual temos: resultado de interesse na implementação da política antimanicomial (y): (0) Insucesso (aumentaram, mantiveram, abriram leitos e não implantaram CAPS e SRT); (1) Sucesso (diminuíram leitos e implantaram CAPS e SRT); X1 – Condição causal 1: Legislação estadual anterior à nacional. Valores: (0) não; (1) sim. X2 – Condição causal 2: Orientação ideológica dos partidos. Valores: (0) direita; (1) esquerda. X3 – Condição causal 3: Gasto psiquiátrico da subfunção assistência hospitalar-internação: Valores: (0) gasto psiquiátrico inferior ou igual a 18,6%; (1) gasto psiquiátrico superior a 18,6%.

TABELA 6**Matriz de dados**

CASO	RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO	LEGISLAÇÃO ESTADUAL	ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA	GASTO PSIQUIAT./INT.
	(Y)	(X1)	(X3)	(X4)
Araras (SP)	(1)	(0)	(1)	(0)
Barbacena (MG)	(1)	(1)	(0)	(1)
B. Jesus (RJ)	(1)	(0)	(0)	(1)
Camaragibe (PE)	(1)	(1)	(1)	(0)
Eng. Paulo Frontin (RJ)	(1)	(0)	(0)	(0)
E. S. Pinhal (SP)	(1)	(0)	(0)	(0)
Jandaia do Sul (PR)	(0)	(1)	(0)	(1)
Leopoldina (MG)	(0)	(1)	(0)	(1)
Paracambi (RJ)	(1)	(0)	(1)	(0)
Quatis (RJ)	(0)	(0)	(0)	(1)
Rio Bonito (RJ)	(1)	(0)	(0)	(0)
S. P. Alcântara (SC)	(0)	(0)	(0)	(0)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados das tabelas anteriores

A matriz de dados reproduz, com exatidão, o cenário de que dispomos, permitindo verificar a situação de cada município quanto ao desfecho da implementação da política, bem como as condições causais que podem tê-la afetado. O primeiro passo da análise qualitativa comparativa é testar empiricamente a hipótese da necessidade de alguma condição causal para a ocorrência do resultado de interesse e verificar se existem condições (ou combinações causais) necessárias para o evento que se pretende explicar que é, nesse caso, a implementação da política antimanicomial pelos municípios.

5.3 Resultados: necessidade e suficiência

5.3.1 Condições necessárias

Para esse passo, utiliza-se o método da semelhança, assim denominado por John Stuart Mill em meados do século XIX (PEREZ-LIÑÁN, 2009). Portanto, são excluídos os casos nos quais o evento de interesse não se confirma. Nesse sentido, a verificação da matriz analítica indica que nos municípios de São Pedro Alcântara, Quatis, Jandaia do Sul e Leopoldina não ocorreu o resultado de interesse. Ou seja, nesses municípios a implementação da política antimanicomial não foi realizada com sucesso. Esses casos, portanto, não são relevantes para o teste de necessidade, uma vez que para se considerar necessária uma condição, o evento de interesse deve ser observado.

Em termos lógicos, a análise de necessidade deve ser assim empreendida: “se X é condição necessária para Y, todas as ocorrências de Y devem também oferecer a presença de X”. Ou, dito de outra forma: “a condição X será considerada necessária se, toda vez que o resultado de interesse estiver presente (y), a condição causal (x) estará sempre presente também”.

A análise de necessidade, para os casos em foco, não autoriza a afirmação de que existem condições necessárias para o evento de interesse. Ou seja, nenhuma das condições causais mobilizadas no modelo pode ser considerada necessária para a implementação da política antimanicomial no município. A tabela abaixo traz o resultado do teste da análise de condições necessárias pelo FsQCA (201).

TABELA 7**Análise das condições necessárias**

CONDIÇÃO CAUSAL	CONSISTÊNCIA	COBERTURA
<i>Presença</i>		
Legislação (existe legislação prévia)	0.25	0.50
Ideologia (esquerda)	0.37	1.00
% Gasto leito psiquiátrico	0.25	0.40
<i>Ausência</i>		
~legislação (não legislação prévia)	0.75	0.75
~Ideologia (não esquerda)	0.62	0.55
~ % Gasto leito psiquiátrico	0.75	0.85

Fonte: Elaboração própria

A leitura da tabela mostra que para nenhum dos casos a consistência é igual 1.00. A consistência 1.00 significa afirmar que todas as vezes que Y ocorrer, X ocorrerá também. Note-se que a ausência das condições também foi testada. Isso significa que estamos testando se a ausência de uma condição pode ser considerada necessária. Mas, para todos os casos, o teste refuta a hipótese de necessidade de qualquer que seja a condição X e qualquer que seja sua negação (X).

Em termos resumidos, não existem condições necessárias para o resultado de interesse no modelo proposto. Ou seja, nem a proporção do gasto psiquiátrico no subconjunto dos gastos com internação, nem a legislação prévia, nem a ideologia do governo são condições necessárias, pelo menos isoladamente, para o resultado de interesse.

Observando os casos, de fato se nota que a implementação da política aconteceu mesmo na ausência de governos de esquerda. Em cinco dos oito casos nos quais se observou o resultado de interesse, o governo não era de esquerda. São os casos dos municípios de Barbacena (MG), Bom Jesus de Itabapoana (RJ), Engenheiro Paulo Frontin (RJ), Espírito Santo do Pinhal (SP) e Rio Bonito (RJ).

Confirmando o resultado, a implementação da política antimanicomial também aconteceu na ausência de uma legislação estadual anterior. Note-se que, nos municípios de Araras (SP), Bom Jesus de Itabapoana (RJ), Engenheiro

Paulo Frontin (RJ), Espírito Santo do Pinhal (SP) e Paracambi (RJ), a implementação da política foi exitosa, e, contudo, eles não faziam parte de estados que, à época, contavam com legislação estadual prévia.

No caso da relação estabelecida entre a proporção do gasto psiquiátrico e a implementação da política, a lógica aqui empreendida vai num sentido contrário. Ou seja, espera-se que, nos municípios nos quais não haja forte presença de gastos com internação psiquiátrica, seja mais fácil implementar a política. Portanto, a análise de necessidade aqui deve ser logicamente empreendida de forma inversa. Mas, mesmo nesse caso, é possível encontrar dois casos nos quais o gasto do SUS era alto nos municípios e ainda assim eles implementaram a política com sucesso. Esses são precisamente os casos dos municípios de Barbacena e Bom Jesus de Itabapoana.

Não encontrar condições necessárias é bastante comum em análises de fenômenos sociais e políticos. Considerar uma condição necessária significa afirmar que o resultado não acontecerá sem sua presença. E isso, pelo menos em Ciências Sociais, é um pressuposto bastante forte, principalmente quando se assume que fenômenos sociais são, em regra, multicausais e que dificilmente é possível explicar um fenômeno a partir de uma única variável. Na verdade, o foco da análise qualitativa comparativa está muito mais voltado para a complexidade causal, e menos para estimar os efeitos líquidos de uma variável independente sobre a variável dependente, como é o caso dos métodos qualitativos que se utilizam de modelos econométricos de estimação. A complexidade causal, contudo, é mais bem explorada na análise de condições suficientes, que será empreendida a seguir.

5.3.2 Condições suficientes

Se voltarmos à tabela anterior, outra estatística relevante que se apresenta é o cálculo da cobertura. Embora não seja de grande relevância para a análise de necessidade, a cobertura sugere (ou pelo menos dá pistas) sobre possíveis condições suficientes. A cobertura é uma estatística que indica a

proporção de casos com a presença da condição causal encontrada também nos casos com o resultado de interesse. Duas condições causais apontam como possíveis condições suficientes para o resultado de interesse: a ideologia de esquerda e a ausência de alto gasto psiquiátrico na internação (~%gasto psiquiátrico). Contudo, a análise de condições suficiente obedece à outra lógica analítica.

Teoria tipológica²³

Articular a teoria tipológica é o próximo passo para a análise de condições suficientes. O procedimento padrão é a construção da tabela de verdade.

A tabela de verdade explora todas as configurações causais possíveis entre as três condições causais e o resultado de interesse. Aqui, da mesma forma, é calculada a consistência de uma configuração causal e seu resultado. Há, entretanto, uma diferença significativa entre a estratégia metodológica da análise de suficiência se comparada com a análise de condições necessárias. Enquanto que, na análise das condições necessárias analisam-se apenas os casos com o resultado de interesse ($y=1$), na análise das condições suficientes são considerados todos os casos.

A razão dessa mudança é a assimetria entre necessidade e suficiência. Enquanto que, para a necessidade, o evento de interesse tem de existir (visto que a necessidade presume que todas as vezes que y , então x), ou seja, y não vai acontecer sem a presença de X . No caso da suficiência, esse pressuposto não é válido. Vejamos.

Para uma condição ser considerada suficiente, se a condição X é suficiente para Y , todas as ocorrências de X devem oferecer também a presença de Y . Note-se que Y pode acontecer sem a presença de X , já que pode existir algum (ou mais) caso(s) que apresente(m) o resultado de interesse sem a presença de X . E isso significa que outras condições podem ser suficientes para Y . Na verdade, essa assimetria é exatamente o que fundamenta a necessidade

²³ As teorias tipológicas buscam explorar as possíveis interações entre os fatores explicativos (PÉREZ-LIÑAN, 2010).

de se considerar todos os casos na análise de suficiência, inclusive aqueles que não têm a presença de *y*. Portanto, a análise de suficiência pressupõe:

1. Articular a teoria tipológica, ou seja, testar todas as configurações possíveis.
2. Focar nas condições causais, e não apenas nos resultados de interesse.
3. Analisar TODAS as configurações causais correspondentes a uma teoria tipológica, e não as condições tratadas individualmente.

Tabela de verdade

A tabela de verdade para o modelo em análise é a que segue:

TABELA 8

Tabela de verdade. Análise das condições suficientes

CONFIGU									
RAÇÃO	X1	X2	X3	Y=0	Y=1	N	N _y	CONSI-TÊNCIA	X=>Y
1	1	1	1			0	0		[?]
2	1	1	0		Camargibe	1	1	1.00	[V]
3	1	0	1	Jandaia do Sul, Leopoldina	Barbacena	3	1	0.33	[C]
4	1	0	0			0	0		[?]
5	0	1	1			0	0		[?]
6	0	1	0		Araras, Paracambi	2	2	1.00	[V]
7	0	0	1	Quatis	Bom Jesus	2	1	0.50	[C]
8	0	0	0	S. P. Alcântara	E. Paulo Frontin, E. Santo Pinhal, Rio Bonito	4	3	0.75	[C]

Fonte: Elaboração própria

A primeira coluna indica o número de configurações causais possíveis entre as três condições causais constantes no modelo. Ao todo são oito configurações, o que pode ser aferido pela fórmula $K^j = \text{número de condições}$

causais. Onde K = valores possíveis para os casos, que são dois (0 ou 1) e J = número de condições causais no modelo (3 condições, x1, x2, x3). Assim, $2^3 = 8$ (número de total de configurações possíveis).

As colunas 2, 3 e 4 representam as condições causais contidas no modelo (x1, x2 e x3), e os valores referentes a cada configuração estão dispostos nessas colunas X1 - Condição causal 1: Legislação estadual anterior à nacional. Valores: (0) não; (1) sim. X2 - Condição causal 2: Orientação partidária Valores: (0) direita; (1) esquerda. X3 - Condição causal 3: Gasto psiquiátrico na subfunção assistência hospitalar / internação: Valores: (0) gasto psiquiátrico inferior ou igual a 18,6% do orçamento da subfunção assistência hospitalar / internação; (1) gasto psiquiátrico superior a 18,6% do orçamento da subfunção assistência hospitalar / internação.

As colunas 5 e 6 contêm o resultado para os casos em análise. Nelas é possível identificar onde se encontra cada um dos 12 casos selecionados para a análise empírica. O resultado foi medido da seguinte forma: Resultado da política antimanicomial. (0) Insucesso (aumentaram, mantiveram, abriram leitos e não implantaram CAPS e SRT); (1) Sucesso (diminuíram leitos e implantaram CAPS e SRT). O valor 1 representa o resultado de interesse, qual seja, o sucesso da implementação da política antimanicomial.

A coluna 7 indica o número de casos em cada configuração, e a coluna 8, o número de casos em cada configuração que apresenta o resultado de interesse.

Em seguida, a coluna 9 traz o resultado da consistência, estatística fundamental para a análise. Ela é calculada pela proporção do total de casos da configuração em relação ao total de casos com resultado de interesse. A interpretação da consistência se dá da seguinte forma: se a consistência for igual a 1, então eu aceito o caso como verdadeiro. Caso ela seja < 1.00 , o caso deve ser considerado como contraditório. Para considerar uma configuração causal como suficiente, é necessário que o caso seja verdadeiro. Em outras palavras, isso significa que a consistência seja 1, e, portanto, todos os casos dessa configuração apresentam o mesmo resultado de interesse ($Y=1$).

A última coluna, coluna 10, traz o julgamento sobre a configuração causal e o resultado. Ela pode receber quatro valores: [V] verdadeiro; [F] Falso;

[C] contraditório e [?] remanescente lógico, ou seja, casos para os quais não se têm exemplos históricos.

5.4 Resultados da análise da teoria tipológica

5.4.1 Resultados verdadeiros

As configurações 2 e 6 são verdadeiras. Isso significa que essas são configurações causais suficientes para explicar a reforma. A configuração 2 apresenta um caso no qual o município contava com uma legislação prévia, teve governos de esquerda, e o gasto psiquiátrico na internação era pequeno. Este é o caso de Camaragibe, em Pernambuco.

A configuração 6, que tem como casos empíricos os municípios de Araras e Paracambi, apresenta uma configuração significativamente diferente das demais. Note-se que os dois municípios não contavam com legislação prévia, mas tinham duas características que, segundo a teoria, sugerem um ambiente favorável à implementação da política antimanicomial. Os dois municípios foram governados ao longo do tempo predominantemente por partidos de esquerda e apresentavam baixo gasto psiquiátrico em internação.

De forma resumida, é possível apresentar os resultados das condições suficientes para a reforma com base nas quatro proposições abaixo:

Conf. 2 – Legislação prévia, governos de esquerda e baixo gasto psiquiátrico em internação.

Conf. 6 – Ausência de legislação prévia, governos de esquerda e baixo gasto psiquiátrico em internação.

Do ponto de vista formal, as duas configurações causais consideradas como suficientes podem ser assim representadas, levando em consideração a notação corrente na metodologia QCA:

$$\begin{aligned} X1 * X2 * \sim X3 & \Rightarrow Y \text{ (Camaragibe)} \\ \sim X1 * X2 * \sim X3 & \Rightarrow Y \text{ (Araras e Paracambi)} \end{aligned}$$

5.4.2 Os casos contraditórios

De todas as configurações possíveis resultantes da articulação da teoria tipológica, em três delas observam-se resultados contraditórios. Trata-se das configurações 3, 7 e 8. As contradições observadas, contudo, sugerem pelo menos duas interpretações distintas.

a) Contextos de improvável implementação da política antimanicomial

A primeira interpretação está baseada nas configurações 3 e 7. Segundo a configuração 3, temos três casos, sendo dois de insucesso. Essa configuração traz as seguintes características: legislação prévia, ausência de governo de esquerda e alto gasto com leitos psiquiátricos. O cálculo da consistência para essa configuração é de 0.33, o que sugere que tal configuração seja desfavorável mais que favorável ao resultado de interesse. Em outras palavras, substantivamente se pode afirmar que, em contextos com essa característica, a implementação da política antimanicomial é realmente improvável, uma vez que apenas em Barbacena temos o resultado de interesse ($Y=1$), ao passo que em Jandaia do Sul e Leopoldina temos casos de insucesso ($Y=0$).

No que diz respeito à configuração 7, nota-se que os dois casos que se encaixam nessa configuração apresentam, cada um deles, um resultado diferente. O que não nos permite fazer maiores inferências. Ou seja, substantivamente não é possível afirmar quais as consequências de uma configuração com ausência de legislação prévia, ausência de governos de esquerda e alto gasto com leitos psiquiátrico. A consistência observada de 0.5 revela um grau de ambiguidade que dificulta o julgamento. Contudo, teoricamente, pode-se afirmar que esse contexto agrega características cuja natureza nos sugere assumi-lo como um caso com uma improvável implementação da política antimanicomial. O fato da emergência de uma implementação da política com sucesso em Bom Jesus indica que outras

condições podem ter agido no sentido de promover a implementação num contexto aparentemente desfavorável. Não está ao alcance do modelo aqui proposto estimar a interferência de outros fatores causais. Recomenda-se um estudo de caso para esclarecer que mecanismos causais podem ter atuado, para além daqueles previstos no nosso modelo, visando a promover o sucesso da implementação ali observada.

Contudo, se observarmos todos os resultados contraditórios constantes nas configurações 3 e 7, acima analisadas, duas configurações podem ser comparadas e minimizadas. Portanto, é possível chegar a uma conclusão mais parcimoniosa e que reforça nossas conclusões sobre o contexto de reforma improvável que defendemos anteriormente.

Note-se que as duas configurações, como dito, são contraditórias, segundo expressões booleanas abaixo:

$X1^* \sim X2^* X3$ (Jandaia do Sul, Leopoldina e Barbacena)

$\sim X1^* \sim X2^* X3$ (Quatis e Bom Jesus)

Se considerarmos a condição $X1$ (legislação prévia) como dispensável, através da minimização lógica, ficamos com a formulação booleana abaixo, com seus respectivos casos:

$\sim X2^* X3$ (Jandaia do Sul, Leopoldina, Barbacena, Quatis e Bom Jesus)

Note-se que dos cinco casos, apenas dois apresentam o resultado de interesse (Barbacena e Bom Jesus), enquanto os demais não tiveram sucesso na implementação da política antimanicomial (Jandaia, Leopoldina e Quatis). Esse resultado minimizado reforça a conclusão anterior de que, em municípios com esse contexto, qual seja, ausência de governo de esquerda e alto gasto com leito psiquiátrico, são contextos nos quais o sucesso da implementação da política é improvável, independentemente da presença de legislação estadual prévia ou não.

Entre as três configurações contraditórias, resta analisar a configuração 8. A seção a seguir se dedica a esses casos.

b) Contextos de implementação da política antimanicomial quase assegurada

A configuração 8 apresenta as seguintes condições causais: ausência de legislação prévia, ausência de governos de esquerda e baixo gasto com leitos psiquiátricos. A configuração pode ser escrita, em termos de expressão booleana, da seguinte forma, com seus respectivos casos:

$\sim X1 * \sim X2 * \sim X3$ (São Pedro Alcântara, Engenheiro Paulo Frontin, Espírito Santo do Pinhal e Rio Bonito)

Note-se que, dos quatro casos em análise, apenas um deles não exhibe o resultado de interesse. Ou seja, três dos quatro casos apresentaram implementação da política antimanicomial. Assim, embora exista uma contradição nos resultados, nota-se que predominantemente essa configuração produziu mais resultados de interesse ($y=1$) do que o contrário ($Y=0$). O cálculo da consistência mostrou o valor de $C= 0.75$, o que nos autoriza a não considerar exatamente como ambíguo esse resultado. É dizer, em termos substantivos, que nesses contextos a implementação da política é mais provável que improvável, e, se estendermos a análise, é possível sem maiores problemas sugerir que nesses contextos a implementação da política antimanicomial estaria quase assegurada, sobretudo porque conta com uma característica da presença de um implicante primário relevante, que é a baixa proporção do gasto com leito psiquiátrico.

A literatura aceita como valor para o teste de quase suficiência o limiar de $C > 0.8$ (RAGIN, 2006). Claro que por esse teste, é prudente não considerar essas condições como suficientes. Por esse motivo é que estamos assumindo, apenas como provável, a implementação da política antimanicomial em contextos com essas características da configuração 8.

É preciso ter cautela com essa afirmação, uma vez que conclusões mais robustas ainda ficam à espera de estudos empíricos mais abrangentes, mas não há nenhum exagero em afirmar que essa é uma hipótese plausível que deve orientar novas investigações.

De forma resumida, o que se pode concluir com os casos contraditórios é que outras condições operaram nesses contextos, e certamente essas condições não estão consideradas no modelo causal aqui proposto. E dizer que mais estudos de caso deverão ser empreendidos nesses municípios,

explorando novas hipóteses e mecanismos causais que possam ser futuramente testados em estudos com número maior de casos.

5.4.3 Análise dos contrafactuais

As configurações 1, 4 e 5 da Tabela de Verdade devem ser entendidas como remanescentes lógicos. Ou seja, para essas configurações resultantes da articulação da teoria tipológica, não existem exemplos históricos disponíveis entre os casos aqui selecionados. Essas configurações são precisamente:

Conf. 1 – $X1 * X2 * X3 *$

Conf. 4 – $X1 * \sim X2 * \sim X3 *$

Conf. 5 - $\sim X1 * X2 * X3$

Mas, o fato de não ter casos, não exime o pesquisador de fazer inferências sobre essas possibilidades. Segundo os principais autores do método qualitativo comparativo, “El análisis contrafáctico es un componente integral del análisis configurativo de condiciones suficientes” (RAGIN; SONNETT, 2004). Segundo os mesmos autores, existem quatro possibilidades de tratamento dos contrafactuais:

1. Voltar às fontes primárias e encontrar casos históricos que ilustrem essas configurações inicialmente ignoradas

- Este procedimento não é viável no âmbito desta pesquisa, uma vez que seria preciso retomar o banco de dados, desenvolvendo outro raciocínio com base em novas variáveis.

2. Em fontes secundárias, buscar casos parecidos (exemplos de outras regiões ou períodos históricos) que ilustrem de maneira circunstancial essas situações e que nos permitam elaborar uma conclusão tentativa sobre como tratar estas configurações.

- Também este procedimento não estaria ao alcance desta pesquisa, dada sua originalidade e a ausência de outros estudos no campo.

3. Explorar o que ocorre com nossas conclusões teóricas quando tratamos de maneira alternada os contrafactuais como configurações com resultados verdadeiros ($y=1$) ou como falsos ($Y=0$).

- Este procedimento foi adotado, e o resultado mostrou que, tanto a solução complexa (considerando todos os contrafactuais como falsos) quanto a solução intermediária (que atribui valores diferentes entre falso e verdadeiro para diferentes remanescentes) geraram o mesmo resultado. Portanto, esse procedimento não agregou informação analítica.

4. Refletir sobre a plausibilidade teórica de tratar essas configurações como verdadeiras (suficientes) ou falsas (não suficientes), a depender dos dados disponíveis na análise prévia.

- Foi adotado esse procedimento, tal como indicado acima, mas, mais uma vez, não houve agregação de valor ou mudança significativa na análise.

Dadas essas premissas, a análise dos contrafactuais mostrou resultado igual tanto para a solução intermediária (aqui assumida) quanto para a solução complexa (que considera todos os remanescentes como falsos). De forma resumida, pode-se assegurar que, independentemente do tratamento (alternado entre verdadeiro e falso), o resultado é o mesmo. Esse resultado reforça e fundamenta as decisões aqui tomadas no tratamento dos contrafactuais.

5. 5 Os implicantes primários

Uma opção à disposição do analista é a redução da complexidade causal. Em geral, recorre-se a essa técnica para apresentar resultados mais elegantes e parcimoniosos sobre o problema em foco. O processo de redução da complexidade causal é feito pelo procedimento de minimização lógica, que consiste em eliminar condições menos relevantes e com pouca capacidade explicativa, reduzindo o resultado aos implicantes primários. Ou seja, àqueles

implicantes que de fato ajudam a explicar o maior número de casos possível, com uma configuração causal mais reduzida possível.

O processo de minimização lógica se dá pelo cálculo de lógica booleana, e está fundamentado em dois passos:

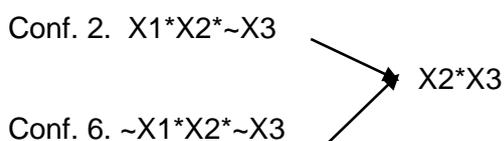
1. Comparar todas as configurações suficientes
2. Retirar as condições que se apresentam pouco relevantes.

Se levarmos em consideração as duas configurações causais suficientes encontradas anteriormente, temos a possibilidade de reduzir significativamente nosso resultado a um implicante primário apenas.

O procedimento de minimização lógica consiste em comparar cada configuração e eliminar os resultados que se alternam. Assim,

si dos expresiones booleanas difieren solamente con respecto a una condición causal, y sin embargo producen el mismo resultado, entonces la condición causal que distingue las dos expresiones puede ser considerada irrelevante, y puede ser removida con el fin de crear una expresión más simple que combine a las anteriores (RAGIN, 1987, p. 93).

Ao compararmos as expressões booleanas referentes às configurações 2 e 6, que se mostraram como condições suficientes na análise acima empreendida, nota-se que elas diferem apenas no que diz respeito à condição causal X1. Isso pode ser interpretado da seguinte forma. O resultado de interesse se dá pelas duas configurações, e, no caso de X1 (legislação), não importa se ela está ausente ou presente, que o resultado está assegurado. Dessa forma, X1 pode ser considerado uma redundância. Assim, alcança-se uma expressão booleana mais simples, que nos autoriza dizer que o resultado está assegurado com a presença de um governo de esquerda e com baixo gasto com leito psiquiátrico, independentemente da existência ou não de legislação estadual prévia. A representação abaixo resume a minimização lógica e a redução da complexidade causal.



Em suma, e expresso em termos reduzidos, pode-se afirmar que a configuração causal essencial para o sucesso na implementação da política antimanicomial é a presença de governos de esquerda combinada com baixo investimento em leito psiquiátrico. Em termos formais, pode-se afirmar que:

$$X2 \sim X3 \Rightarrow Y,$$

5.6 O ajuste do modelo

Que capacidade explicativa tem o modelo proposto? Ou, dito de outra forma, quanto da realidade observada o modelo proposto ajuda a explicar? O ajuste do modelo no método QCA se dá pela aferição da estatística da Cobertura, e dois procedimentos aqui são necessários. Primeiro, avaliar a cobertura de cada configuração, depois avaliar a cobertura da solução minimizada. A fórmula do cálculo da cobertura é a que segue:

$$\text{Cobertura} = Ny / \sum_{Y=1}$$

Onde: y é o número de casos com resultado de interesse.

Aplicada para cada configuração causal suficiente, temos os seguintes resultados.

Conf. 2. $X1 * X2 * \sim X3$ - Cobertura = $1/8 = 0.125$

Conf. 6. $\sim X1 * X2 * \sim X3$ - Cobertura = $2/8 = 0.25$

A configuração 2 tem cobertura de 12,5%; isso implica afirmar que ela explica um dos oito casos em análise. Já a configuração 6 tem cobertura de 25%, cada uma. Da mesma forma, isso implica afirmar que cada uma delas explica 2 dos 8 casos em apreciação ($Y=1$).

Todas elas juntas explicam 37,5% dos casos para os quais temos o resultado de interesse. Isso significa dizer que três dos oito casos podem ser explicados pelas variáveis incluídas no modelo. O que se considera um ajuste

bastante limitado. No entanto, por se tratar de uma primeira incursão empírica sobre o tema, considera-se um bom resultado.

A cobertura da solução minimizada, como não poderia deixar de ser, também é de 0.375 (37,5%). Isso quer dizer que, com apenas esses implicantes primários essenciais, quais sejam, o baixo investimento do SUS em leitos psiquiátricos e a presença de governos de esquerda, explicamos 37,5% dos casos de interesse.

$$\sim X3 \Rightarrow Y - - \text{Cobertura} = 2/8 = 0.37$$

Em suma, o baixo poder explicativo do modelo sugere um campo de pesquisa bastante promissor, mas ainda pouco conhecido. As condições causais mobilizadas no nosso modelo contribuem fortemente para o debate, ainda que confrontem empiricamente parte considerável do que a literatura especializada sugere como fatores que podem afetar a implementação da política.

Torna-se evidente que nossos contextos precisam ser observados; um dos resultados mais relevantes que temos aqui é a revelação dos casos contraditórios que, de fato, se apresentam como campo empírico de investigação sobre os quais devem se debruçar os interessados em avançar nas teorias explicativas sobre o fenômeno. Em boa parte, a descoberta de casos a serem explorados é um achado que consideramos relevante como desdobramento desta pesquisa.

Por outro lado, o modelo aqui proposto além de original é salvo melhor catalogação, o primeiro esforço empírico no sentido de explorar as conexões causais entre as variáveis mobilizadas (legislação, ideologia partidária e proporção do gasto psiquiátrico com internação) e qual sua influência sobre a possibilidade de um município enfrentar a tarefa de implementar a política antimanicomial. O resultado aqui encontrado mostrou a combinação de diferentes mecanismos causais, assinalando que os municípios se deparam com caminhos distintos, e que, sobre contextos que se diferem, o quebra-cabeça apresenta mais de uma solução possível. Sugere-se que a agenda de pesquisa em políticas públicas de saúde mental, e por que não dizer de políticas públicas em geral, precisa se debruçar sobre esse quebra-cabeça por montar, trazendo à tona variáveis explicativas que deem conta dos casos contraditórios e outros possíveis desenhos.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: RETOMANDO A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO DESENHO FEDERATIVO

A fim de avaliar o processo de implementação da política antimanicomial que se apresentou neste estudo, ao privilegiarmos a análise em perspectiva local, nosso esforço foi canalizado para construir um indicador que, tomando como variáveis a evolução de leitos diante da abertura dos SRT e CAPS como serviços substitutivos, nos permitiu mapear as diferentes situações: insucesso, sucesso parcial ou sucesso. Neste sentido, tomamos como *critério de sucesso* a combinação entre redução de leitos e abertura de serviços substitutivos, e de *insucesso*, as variações em sentido oposto para ambos os casos. O sucesso parcial referiu-se àqueles casos em que, ou foram abertos leitos ao mesmo tempo em que foram implantados serviços substitutivos, ou que estes últimos não foram implantados, mesmo com redução do montante de leitos. Optamos, em seguida, por isolar os casos de sucesso e insucesso, alcançando um subconjunto de 12 municípios, sendo oito de sucesso e quatro de fracasso.

Exploramos, então, três variáveis como condições causais que pudessem ter impactado estas distintas situações. Constatamos que, pelo menos isoladamente, nem a proporção do gasto psiquiátrico destinado à internação, nem a legislação prévia ou a ideologia do governo são condições necessárias para explicar o sucesso dessa implementação. Mediante a análise da suficiência, verificou-se que, a despeito do baixo poder explicativo do modelo proposto, a presença de governo de esquerda, combinada com menor gasto com leito psiquiátrico, revelou-se como condição suficiente para o resultado de interesse.

Em relação à presença de governos de esquerda que, conforme exposto pela literatura consultada, apresentam tendência a defender propostas de avanço na perspectiva da implementação de políticas redistributivas ou de transformação social, vimos que apenas três municípios (37,5%) que tiveram êxito na redução de leitos e criação de serviços substitutivos foram governados por partidos de esquerda. Isso minimizou a força explicativa dessa variável. Já quanto ao gasto com leito psiquiátrico, 75% dos municípios bem-sucedidos

despenderam menos recursos com a internação. Diante disso, a discussão será aqui desenvolvida valendo-se da linha argumentativa que destaca esta segunda variável.

Como testemunham os dados aqui expostos quanto à redução de leitos psiquiátricos e criação de CAPS e SRT, podemos declarar que o processo de implementação da política antimanicomial registrou avanços, que não se deram nem linear, nem uniformemente como atesta a heterogeneidade das experiências municipais. “A reorientação do modelo assistencial em saúde mental se apresenta hoje como a política oficial. Entretanto, podemos recorrer ao dito popular ao afirmar que domina, mas não predomina na totalidade dos estados da federação” (GULJOR, 2013, p. 122).

Reconhecendo o histórico hospitalocêntrico, asilar e segregador, da assistência à pessoa com sofrimento mental no Brasil e que constitui o maior legado das políticas prévias nesse setor, evocamos a noção de que a história é *path dependent*, ou seja, o que vem antes, mesmo que seja acidental, condiciona o que vem depois. “Instituições consolidadas tendem à autopreservação, seja porque são dotadas de inércia e robustez, seja porque criam práticas e interesses organizados que operam em favor de sua manutenção” (PUTNAM *apud* ARRETCHE, 2000, p. 30).²⁴

Não obstante, neste trabalho pudemos perceber que, em perspectiva nacional, a redução dos leitos psiquiátricos entre 2008 e 2013 não ocorreu com a mesma intensidade, considerando a natureza desses: no setor privado, ela foi de 37,1%, ao passo que no público foi de 5,6%, embora no filantrópico houve aumento de 13,5%. Apesar do peso da trajetória anterior, nesse sentido não se pode desconsiderar o relativo sucesso na redução do espaço ocupado pelo manicômio na assistência psiquiátrica no plano nacional, e ainda mais considerando que o setor privado foi o mais impactado neste processo.

Tomando os serviços substitutivos, ainda no plano nacional, pudemos perceber significativo aumento do número de SRT e CAPS. Os primeiros apresentaram crescimento descontínuo e se mostraram muito concentrados na região Sudeste, que abarcou 66% dos serviços abertos entre 2008 e 2013,

²⁴ PUTNAM. PUTNAM. *Making Democracy Work*. Princeton, Princeton University Press, 1993.

enquanto os CAPS cresceram 56,5% entre 2008 e 2013, passando de 1.467 para 2.296 serviços.

Descendo ao nível das unidades estaduais, pudemos começar a perceber o quadro heterogêneo que resultou das mudanças produzidas pela política antimanicomial. Enquanto em 2013 o Rio de Janeiro contava com 0,3 leitos psiquiátricos para cada mil habitantes, seguido por Alagoas, com 0,28, e por São Paulo, com 0,27, nos estados do Norte do país essa relação se mostrava ínfima, descendo a 0,02 no Amapá e no Pará. Considerando, porém, a evolução dos leitos no período entre 2008 e 2013, em 11 estados houve aumento do número de leitos, em 14 (incluindo o Distrito Federal) houve redução, e em um estado o número se manteve estacionado.

Mas foi quando nos projetamos para a esfera municipal, mediante a identificação de 1.806 municípios, entre 2008 e 2013, ofertando algum tipo de serviço assistencial em saúde mental, que tivemos um quadro mais claro da complexidade dos resultados alcançados no país, a saber: 11,6% desses tinham apenas leitos psiquiátricos; 0,3%, somente SRT; 53,5% contavam apenas com CAPS; 0,2% disponibilizavam SRT e leitos; 18,6% tinham apenas CAPS e leitos, e finalmente 6,4% ofereciam as três modalidades de serviços aqui estudadas.

Indo além, e o que revela a força do leito como prática terapêutica e, portanto, do hospital psiquiátrico, constatamos que 36,5% dos municípios mantiveram o número de leitos nesse mesmo período, a despeito da ocorrência de um movimento sociopolítico que se consubstanciou em uma legislação nacional. Além desses, 38,4% dos municípios aumentaram seus leitos psiquiátricos, ainda que 25,1% tenham reduzido o número de leitos.

Deparamo-nos, assim, com um quadro de avanço, conservação e retrocessos que configurou um padrão híbrido, escamoteado quando olhamos apenas os resultados agregados em perspectiva nacional. Em perspectiva local, no que se refere aos leitos, inclusive, o elevado percentual de municípios que mantiveram ou ampliaram leitos, se somados, aponta para uma forte influência da herança institucional de uma cultura que ainda confere ao manicômio um importante espaço de tratamento, sendo subsidiada pelo interesse econômico de grupos específicos que sustentam tal modalidade de assistência.

Podemos afirmar que “esse trajeto de luta é longo e inconcluso”, uma vez que lidamos com duas frentes que rebatem o andamento da Reforma: de

um lado, a presença de um Estado que, na esfera social, a partir de determinado nível de gasto, parece orientado pelo enxugamento das despesas e financiamentos governamentais nos serviços públicos e nas políticas sociais, e de outro, a resistência dos donos de hospitais psiquiátricos em abrir mão da lucrativa prestação de serviços que fornecem (DUARTE; GARCIA, 2013).

Enfatizando o primeiro ponto, há forte convergência na constatação de que a saúde pública, no Brasil, sofre com a insuficiência de recursos investidos, aliada a dificuldades de governança na gestão desse recurso. A Emenda Constitucional (EC) n. 29 (sancionada, em 2012, pela presidente Dilma Rousseff), que estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios²⁵ são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde, foi criada visando a melhorar o investimento na área da saúde.

Reconhece-se que o financiamento feito pela União é baixo, já o investimento em saúde, por parte dos estados e municípios está crescendo, ou seja, o governo federal está transferindo gastos e responsabilidades para estados e municípios (IDEM).

Se o processo de desfinanciamento federal da saúde é destacado, os governos subnacionais também são chamados, pois, na análise de Pitta (2011, p. 4587), “a exclusão, a restrição de recursos é a política hegemônica dos governos municipais e estaduais, desobedecendo assim às diretrizes nacionais da política de saúde mental”. Para a autora, “[...] o que ganha relevo em alguns momentos na agenda do governo federal, se dilui nas demais esferas de governo, chegando aos cidadãos de um modo pálido, em ações pouco potentes [...]”.

Corroborando essa linha de raciocínio, Antunes e Queiroz (2007, p. 212) avaliam que:

os gestores da saúde em municípios brasileiros desprezam as políticas de saúde mental já estruturadas em nível federal. A autonomia do nível político local na gestão dos serviços de saúde permite aos municípios a inclusão precária, ou até mesmo a não inclusão, da reforma psiquiátrica na implementação das políticas públicas para o setor.

²⁵ A União deverá aplicar na saúde o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e o Distrito Federal deverão investir 12% de sua receita, enquanto os municípios devem investir 15%.

Quanto ao papel dos estados na política de saúde mental, constatou-se que essa esfera se dedicou à elaboração de planos de saúde mental e de articulação com a regionalização (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Os estados se empenharam na construção de marcos legais e na articulação com o Ministério da Saúde e os municípios, privilegiando a participação ativa nos fóruns de deliberação da política. Deve ser destacado o papel gestor dos estados no controle dos leitos psiquiátricos, desenvolvendo iniciativas e experiências exitosas na área.

No entanto, as dificuldades também se revelam na necessidade de ações que visam à integração da assistência no território, de forma a disponibilizar o cuidado em saúde mental na rede extra-hospitalar. Apesar da importância dos CAPS na reorganização da assistência, ainda existem barreiras que o impedem de se constituir como um serviço de atenção à crise. “O relato dos estados é de uma situação bastante precária na atenção, havendo dificuldades para se empreender uma mudança no cenário assistencial” (SIMON; BAPTISTA, 2011, p. 2239). E, nesse sentido, a função de financiamento é a mais frágil de todas, haja vista a complexidade para garantir incentivos e recursos novos no contexto do SUS.

Reconhecendo que as posições argumentativas são plausíveis, mas para além do bem e do mal, ou melhor, de municípios, estados e União, deparamo-nos com uma condição muito marcante da política de saúde brasileira que se revela na declaração de que “esse embate na área de saúde mental explicita o modelo dual pela política de saúde brasileira (o Estado partilha com o mercado a execução dessa política)” (DUARTE; GARCIA, 2013, p. 51). Remetendo a uma análise ampliada sobre a gestão da saúde no Brasil, Campos (2008) assinala a marca privatizante na criação do SUS, afirmando que a dependência dos hospitais privados e filantrópicos para assegurar atendimento aos cidadãos. “Ainda hoje, somente 36% dos leitos do SUS são públicos (municípios, estados, universidades ou da União)”.

A investigação acerca das possíveis causas para resultados diferentes na implementação da política antimanicomial pelos governos subnacionais trouxe à tona, conforme já exposto, um papel diferenciado da variável X3 – % do gasto com leito psiquiátrico no conjunto das transferências

SUS (hospitalar/internação). Essa hipótese revelou-se como implicante primário, esclarecendo que os governos locais cuja dependência desse repasse é maior estariam menos propensos a efetivar mudanças na assistência. Apesar da política nacional de reorientação do modelo, municípios que mantiveram o hospital psiquiátrico como *locus* principal de tratamento, mantendo leitos e até mesmo ampliando leitos, sem criar serviços substitutivos, receberam da União um orçamento superior aos governos locais que reduziram leitos e abriram CAPS e SRT, conforme revelam os resultados. Em se tratando da política de saúde mental, do legado das políticas prévias e da engenharia operacional do modelo que se almeja, deve-se considerar que: “[...] a verba das internações hospitalares é federal; a manutenção das residências terapêuticas e dos CAPS é municipal; e os hospitais psiquiátricos são essencialmente privados” (KILSZTAJN *et al.*, 2008, p. 2358).

Daí, chegamos a um dos pontos centrais desta tese, uma vez que, intimamente ligado a esse aspecto, temos a dimensão da barganha federativa, ou seja, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo em que são considerados os custos e os benefícios derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e também os próprios recursos fiscais e administrativos de que dispõe o governo local (ARRETCHE, 2000). Torna-se evidente, assim, a discussão sobre o cálculo do gestor local como condicionante para a adesão a programas ou iniciativas do governo federal. A autora destaca a importância da ação política deliberada de um desenho de programa que torne atraente a opção para a unidade local assumir atribuições de gestão na área social.

Tal cálculo inclui, portanto, o componente de maximização de receitas do orçamento municipal diante de um contexto fixo de recursos destinados à média e à alta complexidade (*rent seeking*),²⁶ que, no caso do gestor público local submetido ao sufrágio como condição para sua manutenção na posição ocupada, implica a maximização de recursos que possam ser convertidos em acumulação de utilidades na arena eleitoral, não necessariamente gerando bem-estar social.

²⁶ BUCHANAN, J. & TOLLISON, R. D. *The Public Choice II*. Michigan: The University of Michigan Press, 1999.

Traduzindo para o caso em questão, o que os dados podem estar sugerindo é que, a partir de determinado montante de transferências para a assistência psiquiátrica hospitalar, o cálculo do gestor local se incline em favor da manutenção do modelo asilar em vista dos menores saldos remanescentes entre “transferências recebidas do SUS / custos de implementação e manutenção do serviço”, incluídos, nestes últimos, custos imateriais de natureza política ao assumir um modelo de atenção que vai ao sentido contrário do tradicional. Mais que apenas romper a inércia, nesse caso, a perda de apoios políticos a partir da desmontagem de uma ampla rede de profissionais e empregados dependentes de tais transferências e da assunção de um modelo de atenção contrário à psiquiatria tradicional seria um componente importante desses “custos”.

Entretanto, o peso desse mecanismo torna-se aqui apenas uma conjectura e que, a despeito da baixa cobertura da variável relacionada, a partir dos dados, se mostra plausível em vista de ter se diferenciado de outras variáveis analisadas e do seu apoio na literatura, que cruza os temas do federalismo e da Escolha Pública.

Esse achado, somado ao mapeamento local da implementação – revelador de um quadro heterogêneo de resultados, apontado aqui, em que predominam formas híbridas que incluem, por exemplo, avanços na implementação de CAPS/SRT sem redução significativa de leitos – descrita no capítulo 4 –, sugere limites à coordenação federativa exercida pelo Executivo Federal, por meio do Ministério da Saúde. Se, por um lado, considerando a evolução agregada de redução de leitos e implantação dos serviços substitutivos em dimensão nacional, o Brasil é um caso de sucesso, e isto se deve à mobilização de técnicos, usuários e familiares, e às escolhas políticas operadas a partir do centro político da Federação, por outro a diversidade de quadros locais de insucessos, sucessos parciais ou sucessos denuncia que tal movimento não chega massiva ou homoganeamente ao nível local, sofrendo o peso dos condicionantes e das escolhas ali estabelecidas.

Constatamos, então, nessa política pública específica, os limites da coordenação federativa que, mesmo exercida por meio de mecanismos de indução financeira, indica não ser suficiente para reverter a lógica de assistência

à saúde mental de forma homogênea, dado o vigor do histórico privatizante nessa área arraigado em governos locais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de alinhar esta pesquisa sobre a implementação da política que reorienta o modelo de assistência à pessoa com sofrimento mental, após o investimento dedicado à exploração das informações governamentais e a incursão pelas reflexões literárias, evocou a pergunta de Pitta (2011, p. 4580) acerca da vitalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, decorridos anos de “resistência cívica e vitórias acumuladas”. Não obstante o reconhecimento de um “[...] estado burocrático, refratário a inovações [...]”, a autora destaca, como desdobramento da aprovação da Lei nº 10.216/2001, o aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde mental, alertando para a necessidade de um trabalho que mereça avançar no sentido de ampliar os recursos assistenciais no país.

A proposta deste estudo consistiu em avaliar o processo de implementação da Política Antimanicomial pelos governos subnacionais e identificar as condições causais que impactaram o seu grau de implementação diferenciado. Ao tomarmos como análise a redução de leitos e a criação de serviços substitutivos ao manicômio, apenas tangenciamos uma discussão que não se esgota nesta esfera e cuja complexidade abarca variáveis outras como, por exemplo, a presença do imaginário social – ainda preconceituoso – acerca da loucura e daí a (im) possibilidade de inclusão social das pessoas com sofrimento mental. Admite-se que a análise das heterogeneidades do mapa de implementação, bem como das condições de sucesso ou insucesso, não pode ser estendida à avaliação das demais dimensões da Reforma Psiquiátrica. É possível, até mesmo, esperar disjunções como municípios que lograram avanços assistenciais sem, contudo, efetivar mudanças culturais e sociais ou vice-versa.

Embora não tenha sido objeto de estudo desta tese debater a qualidade da assistência legitimada pela Política Antimanicomial, devemos sempre nos atentar para o risco de reproduzir, teórica e praticamente, a cultura asilar e seu impacto de anular usuários e técnicos. Apesar dos avanços quanto à redução do número de leitos e expansão dos serviços substitutivos, lidamos com problemáticas nodais que desafiam a sustentabilidade do modelo.

A nova cronicidade em relação aos usuários, aos profissionais e aos dispositivos em saúde mental, dada a continuidade de práticas empobrecidas e pouco potentes na produção da vida cotidiana, e a importância de desenvolver mecanismos de avaliação dos serviços, podem ser algumas das questões em evidência (DIMENSTEIN, 2009).

Pedro Gabriel Delgado afirma que há problemas a superar nessa política em curso, como o número ainda elevado de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e dificuldades novas associadas às desigualdades sociais. Segundo ele, faltam regulação e leitos em hospitais gerais, além de CAPS III nas grandes cidades (MACHADO, 2008). Pensar a oferta de leitos na rede de hospitais gerais e dotar os CAPS de leitos disponíveis, que funcionem em tempo integral, assim como avançar em direção à inclusão da atenção básica na rede de cuidados são também desafios assinalados (LOBOSQUE, 2011; PITTA, 2011).

Deparamo-nos, assim, com a questão da formação, em seu abrangente espectro (da básica à pós-graduação, passando pela permanente), uma vez que se impõe a necessidade de capacitar novos e experientes agentes envolvidos com os impasses que a lida com a saúde mental nos interpela, estabelecendo mecanismos eficazes de supervisão.

Por fim, esta tese revelou que novos estudos são necessários para se adquirir maior clareza sobre os fatores que afetam a implementação da política pública de saúde mental, descortinando, assim, ampla agenda de pesquisa, subsidiada pelos extensos bancos de dados, que nos permitirão estudos com desenhos que conjuguem municípios, estados e regiões brasileiras. Nesse sentido, teremos em mãos elementos que servirão de *feedback* para os atores envolvidos (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, usuários, técnicos, familiares, centros formadores) repensarem o aperfeiçoamento dessa política.

Referências

ABRÚCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v. 24, p. 31-67, jun. 2005.

ACIR Advisory Commission on Intergovernmental Relations (1981) The condition of contemporary federalism: conflicting theories and collapsing constraints. Washington: UNT. Disponível em <<http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metade1339>> Acesso em: 05/06/2013.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e proteção social: a experiência brasileira em perspectiva comparada. In: *Seminário Pacto Federativo e Guerra Fiscal no Brasil*. São Paulo: FGV, 2000.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *BIB*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 1º. semestre de 2001.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, v. 24, p. 29-40, 2005.

ALVES, A. A.; MOREIRA, J. M. *O que é escolha pública?* Para uma análise econômica da política. Principia: Portugal, 2004.

AMARANTE, P. D. de C., 1994. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª. Edição, 1998. 136 p.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan, 2007.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, jun. 1999.

ARRETCHE, M. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Continuidades e descontinuidades da Federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. *Dados*, v. 52, n. 2, p. 377-423, 2009.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*, v. 52, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e descentralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Fiocruz, 2012.

Associações de Usuários e Familiares, www.abrebrasil.org.br Acesso em: 05/02/2015

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45 (Esp. 2), p. 1780-5, 2011.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1998. Disponível em: <https://www.presidencia.gov.br/casacivil/site/static/ie.htm>. Acesso em: 5 de junho de 2013.

BRASIL, Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8082 de 1992. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. *Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica SUS 01/93*. Brasília, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB SUS 96*. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria. *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5. ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*, 2004.

BRASIL. Presidência da República. *Emenda Constitucional nº 29*, de 13 de setembro de 2000, publicada no DOU de 14 de setembro de 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 339, 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006, fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 3*, Ano I, nº 3, dezembro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 4*, Ano II, nº 4, agosto, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 7*, Ano VI, nº 7, junho, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 10*, Ano VII, nº 10, março, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 11*, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012b (acesso em 10/11/2012).

BUCHANAN, J. & TOLLISON, R. D. *The Public Choice II*. Michigan: The University of Michigan Press, 1999.

CAMPOS, W. G. S. O público e o privado na saúde brasileira. *Le monde diplomatique Brasil*, Ano 1, nº 8, mar. 2008.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. *IPEA*, 2011. Brasília.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE – CNES. *Indicadores*. [HTTP: //cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br) acesso em: 13 de setembro de 2013.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009.

COSTA, N. R. et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

DELEON, P. The stages approach to the policy process. In: SABATIER, P. A. *Theories of the policy process*. USA e UK: Westview Press, 1999.

DELEON, P.; DELEON, L. What ever happened to policy implementation? An alternative approach. *Journal of Public Administration Research and Theory*. J-Part v. 12, n. 2002, 4, p. 467-492, Oct. 2002.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.

DELLA PORTA, D. *Introdução à Ciência Política*. Editorial Estampa: Lisboa, 2003. p. 113-148.

DIAS, O. C. Análise Qualitativa Comparativa (QCA) usando conjuntos fuzzy – Uma abordagem inovadora para estudos organizacionais no Brasil. XXXV *Encontro Nacional da ANPAD*, setembro de 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, 2011, v. 45, n. 1, p. 204-11.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução de leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013.

FARIA, C. A. P. “Implementação: ainda o ‘elo perdido’ da análise de políticas públicas no Brasil?” *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 13-26, maio-ago. 2012.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. AMARANTE, P. (Org.), Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 67-90.

FRANCO, R. F.; CORNELIS, J. S. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. *Psicologia e Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 312, 321, 2015.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

GAMA, J. R. A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012.

GASTAL, F. L. et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 29, n. 1, p. 119-129, abr. 2007.

GODOY, P.; MARCON, R. Teoria da agência e os conflitos organizacionais: a influência das transferências e das promoções nos custos de agência em uma instituição bancária. *Revista de Administração Mackenzie*, v. 7, n. 4, p. 168-210, 2006.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

GULJOR, A. P. F. *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso*. 2013. 347 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

HAM, C.; HILL, M. *The policy process in the modern capitalist state*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1993, 2. ed. Tradução não autorizada: O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno. Tradução: Renato Amorim e Renato Dagnino. Cap. 2: O papel do Estado.

HAM, C.; HILL, M. *The policy process in the modern capitalist state*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1993, 2. ed. Tradução não autorizada: O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno. Tradução: Renato Amorim e Renato Dagnino. Cap. 6: Rumo à teoria da implementação.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

JOHN, P. *Analysing public policy*. Nova York: Continuum, 1998. Cap. 2: “Stage” models.

KAYO, E. K; FAMÁ, R. Dificuldades financeiras, custos de agência e o Instituto Jurídico da concordata. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

KILSZTAJN et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2354-62, 2008.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. A. *Rev. Sociol. Polít*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIPSKY, M. *Street-level Bureaucrats*. Nova York: Russel Sage, 1980.

LOBOSQUE, A. M. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec, 1997. 96 p.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, 2011.

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

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? *RADIS – Comunicação e Saúde* n.38, ENSP: Fiocruz, 2005.

MACHADO, K. Ataque à reforma Psiquiátrica brasileira. *RADIS – Comunicação e Saúde* 67, ENSP, Fiocruz, 2008.

MACHADO, J. A. Relações intergovernamentais e coordenação de políticas sociais: efeito e contenção do poder no desenho dos incentivos financeiros federais. *Relatório CNPQ/FAPEMIG*, jun. 2011.

MACHADO, J. A. Padrões de indução de políticas sociais por meio de transferências intergovernamentais condicionadas. *8º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP*, 01 a 04/08/2012, Gramado, RS.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Encontros e desencontros entre políticas sociais e federalismo cooperativo no Brasil pós-88. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2014 (no prelo).

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. Implementation as evolution. In: PRESSMAM, J.; WILDAVSKY, A. *Implementation*. Berkeley, CA: University of California Press, 1984.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, jul. 2009.

MARI, J. J. Um Blanco da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011.

MELO, C. R.; SANTOS, M. L. O que informa a ideologia? Uma análise de deputados e partidos no legislativo brasileiro. *8º Encontro ABCP*, Gramado, agosto de 2012.

MELLO, M. A. B.; SILVA, P. L. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. NEPP-UNICAMP, *Cadernos*, Campinas, n. 48, 2000.

MILLER, G. J. The political evolution of principal-agent models. *Annu. Rev. Polit. Sci.* v. 8, p. 203-225, 2005.

OMS. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório Mundial da Saúde. 2001. Disponível em www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 8 set.2014

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. 2011. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 9 maio 2011.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004.

PÉREZ-LIÑAN, Aníbal. El método comparativo y el análisis de americana de configuraciones causales. *Revista Latinoamericana de Política Comparada*, v. 4, n. 3, p. 125-148, enero, 2010.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n.1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RAGIN, C. C. *The Comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press, 1987.

RAGIN, C. C. *Set Relations in Social Research: Evaluating Their Consistency and Coverage*. *Political Analysis Advance Access* published June 5, Tucson: University of Arizona, 2006

RAGIN, C. C.; SONNETT, J. *Between Complexity and Parcimony: limited diversity, counterfactual cases and comparative analysis*. Department of Sociology. Tucson: University of Arizona, 2004.

RESENDE, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R (Orgs). *Cidadania e loucura*. Políticas de saúde mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 16-73.

RIBEIRO, L. M. “Federalismo, governo local e políticas sociais no Brasil entre 1996 e 2004”. IN: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. *Federalismo e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 151-177.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao deslocamento do desempenho do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011.

ROCHA, C. V. “Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha”. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. *Federalismo e políticas públicas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. p. 29-64.

ROCHA, J. S. Y. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 3-10, 1994.

SABATIER, Paul A. MAZMANIAN, Paul; *Implementation and public policy*. United States, 1983.

SANO, H; ABRÚCIO, F. L. “Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais”. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. *Federalismo e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 213-246.

SANTOS, M. L.; PEREZ-LIÑAN, A.; MONTERO, M. G. El control presidencial de La agenda legislativa em America Latina. *Revista de Ciência Política*, v. 34, n. 3, p. 511-536, 2014.

SHAPIRO, S. P. Agency Theory. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, v. 31, p. 263-84, 2005.

SCHARPF, F. W. The joint decision trap: lessons from german federalism and european integration. *Public administration*, v. 66, Autumn, 1988.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: retrocesso ou consenso. *R. Katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul. /Dez. 2014.

SIMON, A. G; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(11): 2227-2241, nov. 2011.

SOUZA, C. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova*, São Paulo, n. 52, p. 5-28, 2001.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 24, p. 105-121, jun. 2005.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, no. 16, jul/dez, 2006, p.20-45.

SOUZA, C. Federalismo: teoria e conceitos revisitados. *BIB*, São Paulo, n. 65, 1o. Semestre de 2008, p. 27-48 2008.

SOUZA, W. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, jul./ago. 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan. /abr, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: ROSA L. C. S.; PEREIRA, I. C. G.; BISNETO, J. A; VASCONCELOS, E. M. (org). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000, p. 19-34.

VIANA, A., L., D.; LIMA, L., D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D'Á; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.