

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

GABRIEL DIEGO DE CARVALHO

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOBRE INTERNAÇÕES E
MORTALIDADE FEMININA

PONTA GROSSA

2026

GABRIEL DIEGO DE CARVALHO

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) SOBRE INTERNAÇÕES E
MORTALIDADE FEMININA

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Economia, no
Programa de Pós-Graduação em Economia, Setor
de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade
Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Augusta Pelinski Raiher.

PONTA GROSSA

2026

C331 Carvalho, Gabriel Diego de
Política de saúde mental no Brasil: impactos da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre internações e mortalidade feminina / Gabriel Diego de Carvalho. Ponta Grossa, 2026.
101 f.

Dissertação (Mestrado em Economia - Área de Concentração: Economia), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Augusta Pelinski Raiher.

1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2. Política Nacional de Saúde Mental. 3. Mulheres - Saúde mental. 4. Internações psiquiátricas. 5. Avaliação de impacto. I. Raiher, Augusta Pelinski. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Economia. III.T.

CDD: 362



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Bairro Uvaranas - CEP 84030-900 - Ponta Grossa - PR - <https://uepg.br>

TERMO

GABRIEL DIEGO DE CARVALHO

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: IMPACTOS DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(CAPS) SOBRE INTERNAÇÕES E MORTALIDADE FEMININA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no
Programa de Pós- Graduação em Economia, da Universidade Estadual de Ponta
Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 20 de fevereiro de 2026

Dra. Augusta Pelinski Raiher – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dr. Alex Sander Souza do Carmo - Universidade Estadual Ponta Grossa

Dra. Lislei Teresinha Preuss - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Aplicadas -
UEPG



Documento assinado eletronicamente por **Augusta Pelinski Raiher, Professor(a)**, em
23/02/2026, às 09:28, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Alex Sander Souza do Carmo, Professor(a)**, em 23/02/2026, às 09:49, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Lislei Teresinha Preuss, Professor(a)**, em 25/02/2026, às 14:37, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.uepg.br/autenticidade> informando o código verificador **2994203** e o código CRC **4482D92C**.

26.000005513-8
2994203v2

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me concedido a oportunidade de chegar até aqui, por guiar meus passos ao longo desta trajetória e por me fortalecer diariamente para enfrentar os desafios desse processo de formação acadêmica.

Aos meus pais e à minha família, expresso minha gratidão pelo apoio, incentivo e compreensão ao longo do mestrado. A confiança depositada em mim e o encorajamento constante foram fundamentais para que eu seguisse firme na busca pelos meus objetivos.

Aos professores do curso de Economia, tanto da graduação quanto da pós-graduação, agradeço pelas contribuições essenciais para a minha formação acadêmica e profissional. Em especial, estendo meus agradecimentos a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PPGECO/UEPG), cujo conhecimento compartilhado foi de valor imensurável para o desenvolvimento deste trabalho e para minha consolidação enquanto economista.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa, que me recebeu desde a graduação até a conclusão deste mestrado, expresso meu profundo reconhecimento. Aos professores do Departamento de Economia, agradeço pela oportunidade de vivenciar uma formação sólida, crítica e pautada pelo rigor científico, bem como pelo compromisso com a relevância social da ciência econômica.

À professora Dra. Augusta Pelinski Raiher, minha orientadora, registro um agradecimento especial e profundo. Sua contribuição foi fundamental não apenas na elaboração desta dissertação, mas em toda a construção da minha trajetória acadêmica. Sinto-me honrado por ter sido orientado por uma professora que sempre foi fonte de inspiração, referência intelectual e exemplo de dedicação à docência e à pesquisa. Seu incentivo constante, o rigor acadêmico e a generosidade na orientação marcaram de forma definitiva minha formação como economista, tanto na graduação quanto neste mestrado.

Aos professores Dr. Alex Sander Souza do Carmo e Dra. Lislei Terezinha Preuss, membros da banca examinadora, agradeço por aceitarem o convite, pela leitura atenta desta dissertação e pelas valiosas contribuições e apontamentos, que certamente enriqueceram este trabalho.

Agradeço também à minha psicóloga, Paula, cujo suporte foi fundamental para que eu mantivesse a estabilidade emocional necessária para atravessar este ciclo de intensa dedicação, desafios e amadurecimento pessoal e acadêmico.

Aos colegas de turma e, de forma muito especial, aos amigos que o mestrado me proporcionou, Daniel Biot e Tatiana Mazur, deixo meu sincero agradecimento. Obrigado pelos conselhos, pelo incentivo constante, pela parceria e por sempre terem uma palavra amiga nos momentos mais desafiadores. A presença de vocês tornou essa caminhada mais leve e foi essencial para a conclusão desta etapa.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado ao longo dessa trajetória, expresse meu profundo e sincero agradecimento. Este título é, em parte, resultado do apoio, da confiança e da contribuição de cada um de vocês.

“O cuidado em saúde mental só se realiza plenamente quando considera o território e as condições sociais em que a vida acontece.”
(Paulo Amarante)

RESUMO

A política de saúde mental no Brasil tem como um de seus pilares centrais a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção comunitária, na qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel estratégico na organização do cuidado e na redução das internações psiquiátricas. Nesse contexto, a expansão dos CAPS ao longo do território nacional configura uma das principais iniciativas da Política Nacional de Saúde Mental, com impactos esperados sobre a utilização dos serviços hospitalares, especialmente entre populações mais vulneráveis. Assim, o objetivo desta dissertação é avaliar o impacto da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a taxa de internações e da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais em mulheres com 18 anos ou mais nos municípios brasileiros, no período de 2008 a 2019. Adicionalmente, busca-se compreender como a heterogeneidade socioeconômica dos municípios modula os efeitos da política, com ênfase nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica. Para isso, foram utilizados dados administrativos em painel referentes aos municípios brasileiros, provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), combinados com informações sobre a implantação dos CAPS e indicadores socioeconômicos. A estratégia empírica baseia-se em um modelo de Diferenças-em-Diferenças com adoção escalonada do tratamento, incorporando efeitos dinâmicos estimados por meio de um estudo de eventos (*event study*), o que permite explorar a variação temporal e espacial na implementação dos CAPS. Os resultados indicam que, ao considerar o conjunto dos municípios brasileiros, não se observam efeitos estatisticamente significativos da presença dos CAPS sobre as internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais, quando analisadas todos os municípios brasileiros. Contudo, ao restringir a análise aos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, tem-se evidências de efeitos dinâmicos consistentes, ainda que graduais, associados à implantação dos CAPS, sugerindo uma redução progressiva das internações femininas ao longo do tempo. Esses resultados apontam para uma heterogeneidade relevante dos impactos da política, indicando que os efeitos dos CAPS se manifestam de forma mais intensa em contextos de maior dependência do sistema público de saúde. Em contraste, não foram identificados impactos estatisticamente significativos sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais, indicando que a atuação dos CAPS incide principalmente sobre a organização do cuidado e os padrões de utilização dos serviços de saúde mental, sem se refletir diretamente em desfechos finais como óbito.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; Política Nacional de Saúde Mental; internações; mulheres; Diferenças-em-Diferenças.

ABSTRACT

Mental health policy in Brazil has as one of its central pillars the replacement of the hospital-centered model with a community-based care network, in which Psychosocial Care Centers (CAPS) play a strategic role in the organization of care and in the reduction of psychiatric hospitalizations. In this context, the expansion of CAPS throughout the national territory constitutes one of the main initiatives of the National Mental Health Policy, with expected impacts on the use of hospital services, especially among more vulnerable populations. Thus, the objective of this dissertation is to evaluate the impact of the implementation of Psychosocial Care Centers on hospitalization rates and mortality due to mental and behavioral disorders among women aged 18 years or older in Brazilian municipalities over the period from 2008 to 2019. Additionally, this study seeks to understand how socioeconomic heterogeneity across municipalities shapes the effects of the policy, with an emphasis on municipalities characterized by greater economic vulnerability. To this end, municipal-level administrative panel data from the Hospital Information System of the Brazilian Unified Health System (SIH/SUS) are used, combined with information on CAPS implementation and socioeconomic indicators. The empirical strategy is based on a Difference-in-Differences model with staggered treatment adoption, incorporating dynamic effects estimated through an event study approach, which allows the exploration of temporal and spatial variation in the implementation of CAPS. The results indicate that, when considering the full set of Brazilian municipalities, no statistically significant effects of CAPS presence are observed on female hospitalizations due to mental and behavioral disorders. However, when the analysis is restricted to municipalities characterized by greater socioeconomic vulnerability, there is evidence of consistent, albeit gradual, dynamic effects associated with CAPS implementation, suggesting a progressive reduction in female hospitalizations over time. These results point to relevant heterogeneity in policy impacts, indicating that the effects of CAPS are more pronounced in contexts with greater dependence on the public health system. In contrast, no statistically significant impacts are identified on female mortality due to mental and behavioral disorders, indicating that the action of CAPS primarily affects the organization of care and patterns of mental health service utilization, without directly translating into final outcomes such as death.

Keywords: Psychosocial Care Centers; National Mental Health Policy; hospitalizations; women; Difference-in-Differences

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil	22
Quadro 2 - Estrutura e características das modalidades dos CAPS segundo a Portaria GM/MS nº 336/2002.....	33
Quadro 3 - Sistematização da Literatura sobre Saúde Mental e Políticas Públicas	41
Quadro 4 - Síntese de Avanços e Lacunas da Literatura sobre Políticas de Saúde Mental	43
Quadro 5 - Descrição das variáveis utilizadas nos modelos de Diferença-em-Diferença Escalonado.....	54
Quadro 6 - Síntese do método econométrico e testes de robustez utilizados na avaliação dos efeitos dos CAPS	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Centro de Atenção Psicossocial Habilitados em 2008 (a) e 2019 (b) – Municípios brasileiros	61
Figura 2 - Elos da Rede de Atenção Psicossocial em 2019.....	67
Figura 3 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações femininas por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros.....	69
Figura 4 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações femininas por transtornos mentais e comportamentais em municípios de alta vulnerabilidade econômica.....	73
Figura 5 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros	78
Figura 6 - Estudo de eventos do impacto da implantação dos CAPS sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em municípios extremamente pobres..	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos principais componentes da RAPS (2015–2019)	26
Tabela 2 - Evolução dos CAPS e cobertura municipal total e por região do Brasil - 2008-2019	59
Tabela 3 - Total e percentual de municípios que tem CAPS – por porte municipal– Brasil - 2019	62
Tabela 4 - Total e percentual de municípios que tem CAPS – Municípios extremamente pobres e demais municípios – Brasil - 2019	63
Tabela 5 - Percentual de municípios conforme a classificação dos elos da RAPS - por região e Brasil - 2019	65
Tabela 6 - Efeitos dinâmicos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros	68
Tabela 7 - Efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais em municípios com elevada vulnerabilidade econômica..	72
Tabela 8 - Efeitos dinâmicos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros	77
Tabela 9 - Efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em municípios com elevada vulnerabilidade econômica.....	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E OS CAPS: EVIDÊNCIAS HISTÓRICAS E CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL	21
2.1 ESTRUTURA E PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	21
2.1.1 O papel dos Centros de Atenção Psicossocial na RAPS.....	27
2.2 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS E LACUNAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	37
3 METODOLOGIA	45
3.1 DIFERENÇAS-EM-DIFERENÇAS ESCALONADO, COM EFEITOS DINÂMICOS ESTIMADOS POR MEIO DE UM ESTUDO DE EVENTOS (<i>EVENT STUDY</i>)	47
3.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA E FONTE DE DADOS.....	53
4 EVOLUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A INTERNAÇÃO E A MORTALIDADE FEMININA POR TRANSTORNOS MENTAIS	59
4.1 IMPACTO DOS CAPS SOBRE A INTERNAÇÃO E A MORTALIDADE FEMININA POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	88

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais representam uma crescente carga econômica e social global, impondo custos substanciais aos sistemas de saúde e às economias nacionais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), os transtornos mentais compreendem um conjunto de condições caracterizadas por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, associados a sofrimento psicológico e prejuízo no funcionamento pessoal, social ou ocupacional. Conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 2019), esses transtornos incluem, entre outros, os episódios depressivos, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, e os relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Além dos impactos diretos na saúde pública e no bem-estar individual, essas condições resultam em perdas significativas de produtividade, absentismo laboral¹, presentismo² e elevação dos gastos assistenciais, configurando um desafio complexo de eficiência alocativa para os formuladores de políticas (Knapp; Wong, 2020; OMS, 2022).

No Brasil, a resposta a essa questão de saúde pública e social se materializou na Reforma Psiquiátrica, um movimento complexo que culminou na Lei nº 10.216/2001. Esta legislação reorientou a política de saúde mental do oneroso e ineficiente modelo hospitalocêntrico – marcado por baixos retornos sociais e custos elevados – para uma abordagem territorial e comunitária. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como a espinha dorsal e dispositivo central da política pública de saúde mental no país, desempenhando um papel crucial na provisão de um cuidado substitutivo, multiprofissional e centrado na cidadania dos usuários, visando uma otimização dos resultados em saúde e sociais (Brasil, 2001).

Os CAPS são dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³ e um dos pontos mais importantes da Reforma Psiquiátrica, pois buscam substituir o modelo manicomial excludente a prática de internações prolongadas por um cuidado mais comunitário e territorializado. Sua missão é oferecer acolhimento humanizado com abordagem

¹ Ausências frequentes ou prolongadas do trabalho devido a problemas de saúde, como transtornos mentais, gerando perdas de produtividade e custos adicionais (Knapp; Wong, 2020; OMS, 2022).

² Fenômeno em que o trabalhador, embora presente no ambiente laboral, tem sua capacidade produtiva comprometida por condições de saúde, particularmente transtornos mentais (OECD, 2021; OMS, 2022).

³ A RAPS é guiada por diretrizes que priorizam direitos humanos, equidade e combate ao estigma, assegurando cuidado integral e territorializado. Sua estrutura envolve equipes multiprofissionais e práticas terapêuticas singulares voltadas à autonomia, cidadania e inclusão social (Brasil, 2011). A prevenção da mortalidade é um dos principais objetivos da RAPS, e para alcançar esse propósito, os serviços adotam uma série de estratégias direcionadas à prevenção de crises e emergências psiquiátricas, atuando proativamente para evitar internações e reduzir complicações de saúde mental.

multidisciplinar, articulando dimensões clínicas e sociais ao tratamento e promovendo a autonomia dos usuários e sua reinserção social (Brasil, 2004). Nesse sentido, os CAPS atuam como serviços de referências e coordenação do cuidado em saúde mental no território, integrando ações de promoção, prevenção e reabilitação psicossocial (Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Além disso, têm como objetivo fortalecer vínculos familiares e comunitários, garantindo acesso a políticas públicas correlatas, como assistência social, trabalho e habitação (Amarantes; Nunes, 2018). Estudos como os de Santos *et al.* (2020) e Lima e Yasui (2019) apontam que a presença de CAPS bem estruturados contribui para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental, reduzir as internações psiquiátricas e construir trajetórias mais dignas e cidadãs para os usuários.

Apesar do avanço normativo e da expansão da cobertura dos CAPS, persistem dúvidas sobre a efetividade concreta dessa política em termos de resultados mensuráveis como mortalidade evitável, qualidade de vida, e a mitigação de desigualdades de acesso. A carência de avaliações quantitativas rigorosas e a fragilidade da integração entre o sistema de saúde mental e outras políticas sociais limitam o potencial de impacto dessa política pública. Além disso, desafios de financiamento, cobertura territorial desigual e a ausência de mecanismos de monitoramento estruturado contribuem para o debate sobre a real efetividade da política nacional de saúde mental.

Apesar dos avanços na consolidação da RAPS e da expansão dos CAPS em todo o território nacional, persistem desafios estruturais e operacionais que comprometem a efetividade dos serviços, especialmente em municípios de pequeno e médio porte (Delgado, 2019; Onocko-Campos *et al.*, 2018; Pitta *et al.*, 2020). A escassez de profissionais qualificados, a alta rotatividade das equipes e o subfinanciamento crônico dificultam o funcionamento adequado das unidades, restringem o acesso em situações de crise e fragilizam a continuidade do cuidado (Silva; Mendes, 2022; Costa *et al.*, 2020; Amarante, 2007; Dimenstein *et al.*, 2017). Esse cenário evidencia a urgência de políticas sustentáveis que garantam a equidade e a qualidade da atenção psicossocial (Brasil, 2011; Pitta *et al.*, 2020; WHO, 2022)

Do ponto de vista da economia aplicada, a avaliação de políticas públicas de saúde mental se justifica não apenas por sua relevância social, mas também pelos impactos econômicos associados a externalidades positivas, como o potencial aumento da produtividade, a redução de custos com internações e o alívio sobre a rede hospitalar. Adicionalmente, investimentos em saúde mental podem gerar retornos fiscais indiretos por meio da diminuição da demanda por serviços emergenciais e da reinserção de indivíduos no mercado de trabalho formal (Knapp;

Wong, 2020; Chisholm *et al.*, 2016). Avaliar a efetividade dos CAPS a partir dessa perspectiva econômica permite estimar o custo de oportunidade dos recursos alocados, assim como sua eficácia na promoção do bem-estar coletivo.

A subvalorização histórica da saúde mental nas agendas públicas tem gerado custos econômicos e sociais expressivos. Estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2021) mostram que os transtornos mentais estão entre os cinco principais fatores de perda de produtividade nos países membros, representando até 4% do PIB em custos diretos e indiretos. Além disso, estudos internacionais reforçam que o investimento em políticas comunitárias de saúde mental - como os CAPS - apresenta elevado retorno social e econômico: cada dólar investido em tratamento de transtornos como depressão e ansiedade pode gerar até quatro dólares em ganhos de produtividade e bem-estar (Chisholm *et al.*, 2016). Essas evidências sustentam a importância de avaliar a efetividade das políticas brasileiras à luz da literatura internacional, particularmente em contextos de escassez fiscal e desigualdade estrutural.

Ademais, a saúde mental constitui um problema de saúde pública em escala global e figura entre os maiores desafios do século. No contexto brasileiro, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, em 2017, cerca de 18 milhões de pessoas apresentavam transtornos de ansiedade e aproximadamente 12 milhões sofriam de depressão, colocando o país entre aqueles com os piores indicadores de saúde mental do mundo.

Em 2024, 54% dos brasileiros passaram a considerar a saúde mental como o principal problema de saúde pública, evidenciando a gravidade da questão sobretudo entre as mulheres (Brito *et al.*, 2022; Instituto Cactos, 2022). Segundo Brito *et al.* (2022), entre 2013 e 2019, a taxa de depressão autorreferida na população geral aumentou de 7,6% para 10,2% sendo esse crescimento mais acentuado entre as mulheres, cuja prevalência alcançou 14,7% em 2019 – mais que o dobro da observada entre os homens (6,1%). Estima-se ainda que aproximadamente 20% das mulheres no Brasil apresentem Transtornos Mentais Comuns (TMC)⁴, conforme levantamento do Instituto Cactos⁵ (2022).

⁴ Refere-se à situação de saúde que não preenche critérios formais suficientes para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo a classificação do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5ª edição), no entanto, os sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, provocam uma incapacitação funcional significativa, trazendo prejuízos psicossociais para o indivíduo.

⁵ Organização filantrópica e sem fins lucrativos que atua na promoção da saúde mental no Brasil, com foco em adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade. Desenvolve projetos, apoia iniciativas e realiza ações de *advocacy* para ampliar o debate público e fomentar políticas públicas voltadas à saúde mental.

Diversos fatores estruturais contribuem para esse cenário, como a sobrecarga e a precarização do trabalho, as dificuldades enfrentadas no período pós-parto e o acesso limitado a serviços especializados (Instituto Cactos, 2022). Em 2022, por exemplo, 92,1% das mulheres estavam envolvidas em afazeres domésticos e cuidados de pessoas, dedicando em média 21,3 horas semanais e essas atividades – quase o dobro do tempo despendido pelos homens (IBGE, 2022). Além disso, mães trabalhadoras apresentam 23% mais chances de desenvolver *burnout*⁶ em comparação a pais na mesma condição (OMS, 2022). Também observa-se que 74% das mulheres relataram sentir-se muito ou razoavelmente estressadas por motivos relacionados ao trabalho, percentual 13% superior ao dos homens (BBC News Brasil, 2021). Em complemento, dados do Instituto Cactos (2023) *apud* Fiocruz (2016) apontam que cerca de 26,3% das mulheres manifestam sintomas de depressão no período de seis a dezoito meses após o nascimento do bebê.

Para além das desigualdades de gênero no acesso à saúde mental, deve-se considerar ainda o impacto da violência doméstica e de outras formas de vulnerabilidade social sobre a saúde psíquica das mulheres. Evidências mostram que aquelas expostas à violência apresentam risco significativamente maior de desenvolver transtornos mentais, como depressão e transtorno de estresse pós-traumático (Guedes *et al.*, 2016; OMS, 2018). Dados recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública revelam que, em 2023, houve aumento de 8,2% nos casos de feminicídio, acompanhado de crescimento expressivo nas denúncias de violências psicológicas contra mulheres no país (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023)

Esses fatores, combinados, contribuem para o agravamento dos índices de depressão e ansiedade entre as mulheres, evidenciando a urgência de políticas integradas que promovam o bem-estar feminino. Nesse sentido, políticas públicas voltadas à melhoria das condições de saúde mental da população, em especial das mulheres, são fundamentais para mitigar os impactos das doenças mentais e reduzir desigualdades históricas.

Diante disso, esta pesquisa busca avaliar o impacto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto estratégia central da Política Nacional de Saúde Mental, sobre a internação e a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais em mulheres com 18 anos ou mais nos municípios brasileiros. De forma mais específica, busca mensurar a cobertura e a distribuição territorial dos CAPS ao longo dos municípios brasileiros, identificando desigualdades regionais e por porte populacional; estimar o efeito médio da presença e da

⁶ *Burnout* ou síndrome de esgotamento profissional é um estado de exaustão física, emocional e mental causado por estresse crônico no trabalho, caracterizado principalmente por cansaço extremo, distanciamento emocional das atividades e sensação de baixa realização pessoal (Maslach; Leiter, 2016; Schaufeli, 2017).

intensidade dos CAPS sobre a internação por transtornos mentais e comportamentais em mulheres adultas; examinar heterogeneidades dos impactos segundo região geográfica, porte populacional e modalidade de CAPS (I, II, III, CAPS AD, CAPS AD III).

A literatura econômica e a avaliação de políticas de saúde mental no Brasil ainda apresentam lacunas significativas, conforme evidenciado por Campos *et al.* (2020). Em uma análise de 278 publicações realizadas nos últimos 25 anos, verificou-se que a maioria dos estudos concentrou-se em levantamentos epidemiológicos de problema mentais específicos (18,3%) e nas transformações socioculturais da loucura e suas abordagens (17,3%). Além disso, observou-se uma escassez de metodologias quantitativas, presentes em apenas 36% das pesquisas, e a ausência quase total de avaliações de impacto robustas. Especificamente no que se refere à saúde mental entre mulheres. Capistrano *et al.* (2021), por meio do projeto Caminhos em Saúde Mental, identificaram apenas 29 estudos sobre implementação; 10 de caráter teórico-conceitual e apenas 1 voltado à efetividade de intervenções, reforçando a necessidade de ampliar pesquisas e avaliações sistemáticas para subsidiar a formulação de políticas públicas.

Entre as contribuições mais relevantes, destaca-se o estudo de Dias e Fontes (2024), que buscou mensurar os efeitos diretos da Reforma Psiquiátrica no Brasil de 2002, por meio dos CAPS, sobre a produção ambulatorial de cuidados em saúde mental, internações hospitalares, gastos públicos, mortalidade e criminalidade. Os resultados apontaram que a implementação dos CAPS ampliou a oferta de serviços ambulatoriais e reduzir as hospitalizações psiquiátricas, especialmente em admissões de longa duração e entre pacientes com esquizofrenia. Contudo, verificou-se que as economias obtidas pela diminuição das internações não compensaram integralmente os custos de implementação e manutenção dos serviços (Dias; Fontes, 2024).

Além disso, o estudo evidenciou ausência de efeitos estatisticamente significativos sobre a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais - resultado coerente com análises anteriores que indicam que os CAPS, embora ampliem o acesso ao cuidado, ainda enfrentam limitações estruturais e de cobertura para impactar desfechos de mortalidade (Lima; Couto; Delgado, 2021). Por outro lado, observou-se um aumento modesto, porém consistente, nos índices de crimes violentos em municípios que ampliaram rapidamente a cobertura dos CAPS, sugerindo potenciais efeitos de curto prazo relacionados à transição de pacientes para o convívio comunitário sem a plena estrutura de suporte territorial e intersetorial necessária (Andrade; Paiva, 2019; Dias; Fontes, 2024). Esses resultados reforçam a importância de compreender os impactos da Reforma Psiquiátrica de forma multidimensional, reconhecendo avanços em termos de acesso e desinstitucionalização, mas também desafios na consolidação de redes de cuidado efetivas e integradas (Amarante, 2016; Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Diante disso, esta pesquisa busca oferecer uma contribuição original à literatura ao direcionar a análise para a internações e mortalidade feminina com transtornos mentais e comportamentais, aspecto ainda pouco explorado em estudos sobre os CAPS no Brasil. A maioria das investigações existentes concentrou-se na redução de internações psiquiátricas, nos efeitos sobre a produção ambulatorial ou na análise de custos associados à implementação dos serviços (Dias; Fontes, 2024; Campos *et al.*, 2020). Embora relevantes, tais estudos não contemplam desfechos mais amplos de saúde, como a internação, nem utilizam metodologias de inferência causal suficientemente robustas para isolar o impacto da política. Este trabalho, ao aplicar modelo quasi-experimentais como o Diferenças-em-Diferenças (DiD) com adoção escalonada, segue recomendações recentes da literatura internacional (Collaway; Sant’Anna, 2020; De Chaisemartin; D’Haultfoeuiller, 2020) e se diferencia por buscar estimativas mais precisas e consistentes dos efeitos dos CAPS, contribuindo de forma inovadora para o campo da economia da saúde.

Sob a perspectiva social, a relevância desta avaliação é ainda mais evidente. Mulheres com transtornos mentais e comportamentais enfrentam múltiplas vulnerabilidades – barreiras de acesso a serviços, maior risco de violência e prevalência mais elevada de comorbidades clínicas (Guedes *et al.*, 2016; OMS, 2018). Avaliar se os CAPS têm impacto efetivo na internação desse grupo permite não apenas verificar a efetividade da política, mas também orientar gestores e formuladores de políticas quanto à necessidade de financiamento estável, planejamento territorial e integração intersetorial da RAPS. Dessa forma, esta pesquisa não apenas preenche lacunas acadêmicas, mas também produz evidências com potencial de subsidiar decisões públicas voltadas à redução de desigualdades estruturais e à proteção da vida, consolidando os CAPS como um instrumento central para a promoção da equidade em saúde mental no Brasil.

Para orientar a análise empírica proposta, estabelecem-se algumas hipóteses relacionadas à efetividade dos CAPS na promoção da saúde mental feminina. Parte-se do pressuposto de que os municípios que contam com unidades CAPS, sustentadas por repasses financeiros regulares da União e dos próprios entes locais, tendem a garantir a oferta de serviços contínuos e de maior qualidade, reduzindo internações de longa permanência e favorecendo a reinserção social e a autonomia das usuárias. Espera-se, ainda, que a presença e a expansão desses serviços estejam associadas à melhora dos indicadores de saúde mental e à diminuição da mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais, especialmente em contextos em que há articulação efetiva entre os diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011; Amarante, 2016; Pitta *et al.*, 2020).

Alguns fatores, contudo, podem comprometer o alcance desses resultados. Entre os principais riscos, destacam-se as restrições orçamentárias dos entes federativos, a baixa adesão de alguns municípios à política de saúde mental, a descontinuidade dos tratamentos por parte das usuárias, a carência de profissionais capacitados e as dificuldades de articulação intersetorial entre os serviços da rede. Tais limitações podem afetar a sustentabilidade das ações e a efetividade do cuidado integral, reforçando a necessidade de políticas públicas consistentes e de monitoramento contínuo da RAPS. Considera-se, assim, que a adequada implementação dos CAPS pode contribuir para ampliar o acesso, qualificar o atendimento e promover impactos positivos sobre a saúde mental das mulheres, desde que acompanhada por financiamento estável, integração intersetorial e fortalecimento dos demais dispositivos territoriais (Brasil, 2011; Amarante, 2016; Pitta *et al.*, 2020).

Para isso, essa dissertação contará com cinco seções, incluindo essa. A segunda seção revisa a literatura acerca da política de saúde mental e do papel dos CAPS; a terceira expõe os procedimentos metodológicos e as fontes de dados; a quarta apresenta e discute os resultados obtidos; e a quinta sintetiza as conclusões, destacando suas implicações para o aprimoramento das políticas públicas.

2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E OS CAPS: EVIDÊNCIAS HISTÓRICAS E CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL

A política de saúde mental no Brasil passou, nas últimas décadas, por uma transformação significativa, marcada pela transição de um modelo centrado na internação psiquiátrica para um sistema de atenção comunitária e territorializada. Até os anos 1980, predominava o modelo asilar, caracterizado por longas internações e isolamento social, frequentemente associado a violações de direitos humanos e baixa efetividade terapêutica (Amarante, 2007; Delgado, 2019). A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira - inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização liderada por Franco Basaglia na década de 1970 - surgiram políticas que priorizaram a reabilitação psicossocial e a integração social das pessoas com transtornos mentais. Experiências internacionais, como os *Community Mental Health Centers* nos Estados Unidos e a rede de *Centros de Salud Mental* na Espanha, também influenciaram o desenho do modelo brasileiro, reforçando princípios como a atenção multiprofissional, a participação social e a articulação intersetorial (Thornicroft; Tansella, 2004; WHO, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) emerge como um pilar fundamental no cuidado em saúde mental, configurando-se como um conjunto articulado de serviços e ações voltadas à garantia do cuidado integral de indivíduos em sofrimento psíquico e daqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Um dos eixos centrais dessa rede são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que desempenham papel estratégico na atenção especializada e na gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários. Na subseção seguinte, serão abordados os princípios e a estrutura da RAPS, e na sequência, será detalhado o funcionamento e a importância dos CAPS como componente essencial dessa rede.

2.1 ESTRUTURA E PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial foi formalmente constituída pela Portaria GM/MS nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, consolidando um modelo de atenção que se contrapõe ao paradigma hospitalocêntrico e manicomial. Sua concepção baseia-se na compreensão de que o cuidado em saúde mental deve ser ofertado de maneira descentralizada, em rede, e com foco na comunidade. As diretrizes que norteiam a RAPS refletem um compromisso com os direitos humanos e a promoção da autonomia dos indivíduos, buscando superar estigmas e preconceitos associados aos transtornos mentais.

A relevância da RAPS transcende a dimensão clínica ao consolidar um modelo de atenção que busca integrar saúde, cidadania e direitos humanos. Diferentemente do paradigma

manicomial, a RAPS estrutura-se em serviços comunitários e territorializados, garantindo que o cuidado não se limite à remissão de sintomas, mas contemple também a inclusão social e a autonomia dos sujeitos (Amarante, 2015; Yasui; Costa-Rosa, 2019). Nesse sentido, a Rede atua como instrumento de materialização da Reforma Psiquiátrica brasileira, assegurando que a saúde mental seja tratada em sua complexidade, articulando dimensões biomédicas, psicossociais e culturais (Brasil, 2011; Saraceno, 2016).

A RAPS é estruturada por diversos pontos de atenção, cada um com funções específicas, mas atuando de forma complementar e integrada para formar uma rede de cuidado contínuo. A articulação desses serviços é crucial para a efetividade da rede, permitindo que os usuários transitem entre os diferentes níveis de complexidade conforme suas necessidades.

O papel da RAPS se destaca ainda pela sua capacidade de reduzir desigualdades de acesso e enfrentar o estigma associado aos transtornos mentais. Ao oferecer múltiplos pontos de cuidado – como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), consultórios na rua e a articulação com a atenção primária – a rede garante uma resposta descentralizada e abrangente às diferentes necessidades da população (WHO, 2022; Onocko-Campos; Furtado, 2006). Esse arranjo integrado favorece a continuidade do cuidado, evitando a fragmentação dos serviços e assegurando suporte contínuo aos usuários em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (Lima, 2019; Dimenstein *et al.*, 2017). Nesse contexto, o Quadro 1 apresenta os principais componentes da RAPS, sistematizando sua diversidade de serviços e evidenciando como eles se articulam no território para consolidar o modelo comunitário de atenção psicossocial.

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil

Componente Estratégico	Serviço/Programa	Público-Alvo Principal	Objetivo
Atenção Primária à Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF)	População geral do território vinculado.	Porta de entrada da rede, acolhimento, promoção da saúde mental, acompanhamento de casos leves a moderados e ordenação do cuidado.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, ADIII, i)	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; crianças e adolescentes com transtornos mentais.	Oferecer cuidado intensivo, semi-intensivo ou não intensivo por equipe multiprofissional, visando a reabilitação e reinserção social.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192, Salas de Estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de urgência.	Pessoas em situação de crise aguda em saúde mental, incluindo surtos psicóticos, ideação suicida e complicações pelo uso de substâncias.	Atendimento imediato, estabilização do quadro clínico e encaminhamento seguro para os pontos de

			cuidado adequados na rede.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento (UA) - Adulto e Infantojuvenil	Pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar.	Oferecer acolhimento voluntário e temporário em ambiente residencial, funcionando como suporte e proteção durante o tratamento no CAPS.
Atenção Hospitalar	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	Casos graves que necessitam de internação curta para estabilização clínica e psiquiátrica.	Oferecer retaguarda hospitalar para situações de crise aguda, desintoxicação ou comorbidades clínicas, com foco na estabilização e rápido retorno ao cuidado comunitário.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou de custódia, sem suporte familiar ou social.	Promover moradia e reinserção na comunidade, garantindo a autonomia, o exercício da cidadania e a construção de novos laços sociais.
Estratégias de Desinstitucionalização	Programa de Volta para Casa (PVC)	Pessoas egressas de longas internações psiquiátricas (histórico de 2 anos ou mais).	Conceder um auxílio-reabilitação psicossocial para apoiar a autonomia e a reintegração social fora do ambiente hospitalar.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Centros de Convivência e Cultura	Usuários da RAPS e comunidade em geral.	Promover a sociabilidade, a produção cultural e a inclusão social por meio de atividades artísticas, culturais e de lazer, fortalecendo redes de apoio.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A sistematização apresentada no Quadro 1 evidencia como a RAPS se organiza em diferentes frentes de cuidado, articulando desde a atenção primária até estratégias de reabilitação psicossocial. Essa estrutura integrada reforça o caráter comunitário e territorial da rede, permitindo a continuidade do acompanhamento clínico, social e cultural dos usuários. Ao contemplar serviços diversos, mas complementares, a RAPS assegura uma resposta abrangente às múltiplas dimensões do sofrimento psíquico, consolidando-se como um dos principais avanços da política de saúde mental brasileira.

Além disso, estudos têm demonstrado que a atuação da RAPS repercute positivamente na qualidade de vida de usuários e familiares, reduz internações de longa permanência e gera externalidades sociais relevantes, como maior produtividade, reinserção no mercado de trabalho

e fortalecimento dos vínculos comunitários (Campos *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021). Assim, a RAPS se configura como uma política pública essencial, não apenas pela sua função terapêutica, mas por representar um mecanismo de garantia de direitos e de promoção do bem-estar coletivo.

A efetividade da RAPS reside em sua capacidade de integrar os diversos pontos de atenção, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado (Brasil, 2011; Pitta *et al.*, 2017). A articulação entre os serviços não se restringe aos encaminhamentos, mas envolve a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) que acompanham o usuário ao longo de sua trajetória pela rede (Ministério da Saúde, 2013; Ribeiro *et al.*, 2019). A Atenção Primária à Saúde (APS) atua como coordenadora do cuidado, estabelecendo o primeiro contato e direcionando o usuário para os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quando necessário (Campos; Santos, 2018). Os CAPS, por sua vez, são responsáveis pela gestão do PTS e pela articulação com os demais pontos da rede, incluindo Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais e serviços de urgência e emergência (Amarante, 2016; Lima *et al.*, 2020).

Entre as diretrizes essenciais que orientam a RAPS, destaca-se, em primeiro lugar, o respeito aos direitos humanos, assegurando autonomia e liberdade às pessoas em sofrimento psíquico e promovendo sua participação ativa nos processos terapêuticos (Brasil, 2011; Amarante; Nunes, 2018). Soma-se a isso a promoção da equidade, por meio do reconhecimento e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, garantindo que o acesso aos serviços seja universal e justo (Onocko-Campos; Furtado, 2006). Outro princípio central é o combate a estigmas e preconceitos, que busca desconstruir barreiras sociais e culturais que dificultam a procura por tratamento e a plena inclusão social (Thornicroft, 2006). Também é fundamental a garantia de acesso e qualidade dos serviços, sustentada em uma lógica interdisciplinar que integra a assistência multiprofissional às diversas necessidades dos usuários (Lima, 2019). Ademais, a atenção humanizada e centrada nas singularidades de cada indivíduo fortalece o cuidado integral, ao considerar o contexto de vida dos sujeitos atendidos (Dimenstein *et al.*, 2017). Por fim, a RAPS incorpora estratégias de redução de danos⁷, que visam minimizar os riscos e os impactos negativos associados ao uso de álcool e outras drogas, sem restringir o cuidado à abstinência total (Brasil, 2015; WHO, 2022).

⁷ A redução de danos é a estratégia de minimizar os impactos adversos do uso de substâncias, reduzir danos sociais e clínicos, evitar óbitos, promover o acolhimento sem coerção e oferecer suporte contínuo ao usuário (Brasil, 2003).

A intersectorialidade configura-se como um aspecto fundamental para a integração na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), demandando colaboração com setores como assistência social, educação, justiça e trabalho (Lima, 2019; Fernandes, Lima; Oliveira, 2020). Essa abordagem busca enfrentar os determinantes sociais da saúde e promover a inclusão plena dos usuários na sociedade (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Amarante, 2016). Evidências indicam que a articulação efetiva entre os serviços da RAPS e a intersectorialidade é determinante para a melhoria dos resultados em saúde mental e para a redução de internações hospitalares (Lima, 2019; Fernandes, Lima; Oliveira, 2020; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Entretanto, desafios como a fragmentação dos serviços, a insuficiência de financiamento e a necessidade de maior qualificação profissional ainda persistem (Campos; Santos, 2018; Pitta *et al.*, 2017). Apesar disso, o modelo de Rede mostra-se promissor para a consolidação de uma política de saúde mental abrangente e eficaz no Brasil (Ministério da Saúde, 2013; Amarante, 2016).

A RAPS representa um avanço significativo na política de saúde mental brasileira ao propor um modelo de cuidado descentralizado, comunitário e orientado à integralidade (Brasil, 2011; Campos; Santos, 2018). A diversidade de seus componentes, que abrange desde a Atenção Primária à Saúde até os serviços especializados e de reabilitação psicossocial, possibilita uma abordagem multifacetada frente ao sofrimento psíquico e às necessidades decorrentes do uso de substâncias (Pitta *et al.*, 2017; Lima *et al.*, 2020). A integração e articulação entre esses serviços, embora ainda desafiadoras, são essenciais para a efetividade da rede, garantindo a continuidade do cuidado e promovendo a autonomia e a cidadania dos usuários (Ministério da Saúde, 2013; Ribeiro *et al.*, 2019).

A consolidação da RAPS constitui um processo contínuo, que exige investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e aprimoramento dos mecanismos de gestão e avaliação (Amarante, 2016; Campos; Santos, 2018). A superação dos desafios existentes fortalecerá a capacidade do sistema de saúde em oferecer um cuidado em saúde mental verdadeiramente inclusivo, equitativo e centrado nas necessidades das pessoas, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e acolhedora (Brasil, 2011; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A expansão da RAPS no período recente reflete transformações importantes na política pública de saúde mental. Entre 2015 e 2019, o número de equipamentos vinculados à RAPS apresentou variação significativa, tanto em termos de crescimento de serviços comunitários - como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades de Acolhimento (UA) - quanto de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. A tabela a seguir sistematiza os principais indicadores desse período, permitindo visualizar o movimento de reconfiguração da rede assistencial brasileira.

Tabela 1 – Evolução dos principais componentes da RAPS (2015–2019)

Componente	2015	2019	Evolução
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.209	2.669	+21%
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	610	691	+13%
Unidade de Acolhimento (UA)	34	66	+94%
Leitos em Hospital Geral (saúde mental)	888	1.641	+85%
Leitos em Hospital Psiquiátrico	25.988	13.877	-47%
Equipes de Consultório de Rua	111	144	+30%

Fonte: Elaboração própria com base em Instituto Cactus e IEPS (2022), Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental no Brasil; e Ministério da Saúde (2019), Centros de Atenção Psicossocial – Evolução Histórica e Implantação.

Os dados indicam que, apesar do avanço no número de CAPS e da ampliação de dispositivos comunitários de cuidado, observou-se uma redução expressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, confirmando a diretriz de substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por uma rede territorial e comunitária. No entanto, a desaceleração no ritmo de expansão após 2017 e a retomada parcial de investimentos em instituições asilares evidenciam a coexistência de modelos em disputa dentro da política de saúde mental brasileira. Essa ambiguidade institucional reforça a necessidade de fortalecimento da RAPS e de políticas que assegurem a sustentabilidade dos serviços comunitários.

Contudo, mesmo com a implementação da RAPS, a partir de 2015 observou-se um movimento na contramão das diretrizes estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica e pelo modelo de atenção psicossocial. Entre as principais mudanças, destaca-se a desconfiguração progressiva da Rede de Atenção Psicossocial, com a criação de Unidades Ambulatoriais Especializadas e a autorização para internação de crianças e adolescentes, o que representa um retrocesso em relação ao princípio da desinstitucionalização (Brasil, 2019; Delgado, 2019). Verificou-se, ainda, o retorno dos investimentos em hospitais psiquiátricos, contrariando a lógica territorial e comunitária que orienta a política de saúde mental (Brasil, 2019). Paralelamente, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) implicou redução de recursos humanos e financeiros, fragilizando a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a RAPS (Brasil, 2017; Campos; Santos, 2018). Em 2020, a revogação da portaria que instituía equipes de avaliação e acompanhamento para pessoas com transtornos mentais em conflito com

a lei também sinalizou um enfraquecimento das estratégias de cuidado intersetorial e de proteção de direitos (Brasil, 2020; Amarante, 2016). Ademais, intensificaram-se as disputas entre as áreas da saúde, justiça e segurança pública quanto ao manejo de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com a ampliação das práticas de internação involuntária e compulsória, bem como o fortalecimento das comunidades terapêuticas (Delgado, 2019; Lima; Yasui, 2019). Por fim, a instituição do programa Previne Brasil⁸ introduziu um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, retirando incentivos destinados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e comprometendo, assim, a integração entre os serviços da atenção básica e os dispositivos de saúde mental (Brasil, 2019; WHO, 2022).

Diante desse panorama, torna-se evidente que a efetividade da RAPS depende não apenas da integração entre seus diferentes pontos de atenção, mas também da atuação de serviços estratégicos que garantam a continuidade e a singularidade do cuidado. Entre esses serviços, os CAPS ocupam posição central, atuando como componentes especializados responsáveis pela gestão dos projetos terapêuticos singulares e pela articulação com os demais pontos da rede. Na seção seguinte, serão detalhados o funcionamento, as atribuições e a importância dos CAPS dentro da RAPS, evidenciando como sua atuação contribui para a promoção da autonomia, da inclusão social e da integralidade do cuidado em saúde mental.

2.1.1 O papel dos Centros de Atenção Psicossocial na RAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o propósito central de substituir o modelo hospitalocêntrico e promover o cuidado em liberdade. Seu objetivo principal é reduzir as internações psiquiátricas e oferecer acompanhamento contínuo e territorializado às pessoas com transtornos mentais, priorizando a reabilitação psicossocial e a reinserção social do usuário. Em vez de isolar o indivíduo em instituições, os CAPS buscam garantir o tratamento no próprio território, próximo à família e à comunidade, fortalecendo o vínculo entre os serviços e a rede de apoio social (Brasil, 2011; Amarante, 2007). Além da redução das internações e da cronificação⁹, os CAPS atuam na promoção da autonomia, na ampliação do acesso ao cuidado

⁸ O Programa Previne Brasil é uma iniciativa do governo federal brasileiro, inovadora em 2019, que visa fortalecer a atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele adota um modelo de financiamento baseado em desempenho, onde os municípios recebem recursos federais proporcionalmente a indicadores de cobertura populacional, qualidade dos serviços e resultados em saúde (como redução de internações evitáveis). Esse mecanismo de "pagamento por resultados" busca incentivar a eficiência econômica, os custos hospitalares e promover a prevenção, com potencial de impacto na produtividade e na equidade social.

⁹ Refere-se ao processo pelo qual o sofrimento psíquico de um indivíduo torna-se permanente ou de longa duração, frequentemente em decorrência de tratamentos centrados na institucionalização e na medicalização excessiva. No

integral e na articulação com outros pontos da RAPS, tornando-se o eixo estruturante das políticas públicas de saúde mental no país (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Pitta, 2011; Ministério da Saúde, 2015).

O cuidado ofertado nos CAPS fundamenta-se na construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado pela equipe multiprofissional em diálogo com o usuário e sua família. O PTS constitui o eixo organizador do cuidado, articulando intervenções clínicas, psicossociais e comunitárias, em cogestão com a Atenção Básica, e garantindo acompanhamento contínuo e territorial (Brasil, 2011). As práticas desenvolvidas pelos CAPS seguem a diretriz das “portas abertas”, buscando romper com a lógica hospitalocêntrica e ampliar o acesso em rede. Segundo a Portaria MS/SAS nº 854/2012, o PTS pode integrar diferentes estratégias terapêuticas, adequadas às necessidades de cada pessoa:

- I. Acolhimento inicial: consiste no primeiro contato do usuário com o serviço, por demanda espontânea ou referenciada. É um espaço de escuta qualificada e construção de vínculo, que visa compreender a demanda e corresponsabilizar o CAPS pelo cuidado, garantindo acesso aos demais pontos da rede quando necessário.
- II. Acolhimento diurno e/ou noturno: compreende a hospitalidade oferecida nos CAPS II e III, permitindo permanência temporária durante o dia ou à noite, especialmente em situações de crise. Essa estratégia busca o reestabelecimento dos vínculos sociais e familiares, prevenindo internações e fortalecendo a convivência comunitária.
- III. Atendimento individual: abrange consultas médicas, psicológicas, terapêuticas e sociais, realizadas conforme as necessidades do usuário. Essas ações favorecem o acompanhamento longitudinal e o ajuste contínuo do PTS.
- IV. Atenção às situações de crise: envolve o manejo das crises emocionais, relacionais ou psicóticas em ambiente protegido, priorizando a escuta, a mediação de conflitos e o apoio familiar. Quando necessário, as ações ocorrem no domicílio ou em outros espaços do território, evitando internações desnecessárias.
- V. Atendimento em grupo: compreende oficinas, grupos terapêuticos e de convivência, voltados à construção coletiva, ao fortalecimento de laços sociais e à promoção de autonomia e cidadania.

- VI. Práticas corporais, expressivas e comunicativas: incluem atividades artísticas, culturais, esportivas e de expressão corporal, que favorecem autoestima, integração social e ampliação dos repertórios comunicativos.
- VII. Atendimento à família: busca envolver familiares no processo de cuidado, por meio de escuta, orientação e corresponsabilização, fortalecendo a rede de suporte e o protagonismo no tratamento.
- VIII. Atendimento domiciliar: realizado no local de moradia do usuário, visa compreender o contexto familiar e comunitário, fortalecer vínculos e assegurar continuidade do cuidado em situações que dificultem o deslocamento até o serviço.
- IX. Reabilitação psicossocial: contempla iniciativas de inserção social e produtiva, em parceria com políticas de trabalho, educação, cultura e direitos humanos, promovendo autonomia e inclusão cidadã.
- X. Promoção de contratualidade e protagonismo: envolve o acompanhamento dos usuários em atividades de vida cotidiana e a participação em espaços de decisão, como assembleias, conselhos e conferências, fortalecendo o exercício da cidadania.
- XI. Articulação de redes intra e intersetoriais: refere-se à integração dos CAPS com outros pontos da RAPS e com setores como assistência social, justiça, educação e direitos humanos, garantindo a integralidade do cuidado.
- XII. Matriciamento das equipes de atenção básica e urgência: compreende o apoio técnico-pedagógico às equipes de outros níveis de atenção, por meio de discussão de casos e ações conjuntas, favorecendo a corresponsabilização e a continuidade do cuidado.
- XIII. Ações de redução de danos: envolvem práticas voltadas à minimização dos impactos do uso de substâncias psicoativas, ampliando o acesso e o vínculo dos usuários com o sistema de saúde.
- XIV. Acompanhamento e apoio a serviços residenciais: incluem o suporte técnico e clínico aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a articulação com a rede intersetorial, visando à autonomia e à reinserção social dos moradores.

A importância dessa articulação intersetorial e o reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento são corroborados por evidências científicas. Um estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Bonfim *et al.*, 2025), por exemplo, demonstrou que o acesso ao Programa Bolsa Família (PBF) está associado à redução da taxa de mortalidade de indivíduos

com transtornos mentais, notadamente após hospitalização psiquiátrica. Os achados revelaram uma queda de 7% na mortalidade geral e de 11% nas mortes por causas naturais entre os beneficiários, sublinhando que o cuidado efetivo transcende a dimensão estritamente clínica. Tais resultados reforçam a necessidade de integrar políticas de transferência de renda e assistência social como mecanismos essenciais de proteção e redução da vulnerabilidade socioeconômica, elementos-chave para a concretização da reabilitação psicossocial e para a garantia da integralidade da atenção. Essas estratégias expressam o caráter substitutivo e comunitário dos CAPS, reafirmando a centralidade do território, da escuta e da corresponsabilidade como princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011; Brasil, 2012).

A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil está regulamentada pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a qual estabelece diretrizes, critérios de elegibilidade e parâmetros operacionais para o funcionamento desses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa consolidou a estratégia de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma atenção territorializada e comunitária, alinhada à Lei nº 10.216/2001 e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada no modelo italiano de desinstitucionalização (Amarante, 2007; Brasil, 2002). De acordo com a Portaria, os CAPS são categorizados em diferentes modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi – definidas a partir de critérios populacionais e da complexidade do cuidado. Por exemplo, o CAPS I é destinado a municípios com população a partir de 15 mil habitantes; o CAPS II, para municípios acima de 70 mil habitantes; e o CAPS III, para municípios com mais de 150 mil habitantes, com funcionamento 24 horas, incluindo acolhimento noturno e retaguarda clínica (Quadro 2 apresenta uma descrição completa de todas as modalidades).

Para a implantação de um CAPS, o município deve seguir as diretrizes do Ministério da Saúde e da RAPS, iniciando o processo com uma solicitação formal pela Secretaria Municipal de Saúde. A adesão exige a elaboração de um projeto técnico, conforme o Manual do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde, que inclui justificativa da necessidade do serviço, dados epidemiológicos, infraestrutura disponível e plano de equipe multiprofissional. O projeto deve ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, posteriormente, submetido ao Ministério da Saúde para credenciamento e liberação de recursos federais.

A avaliação da efetividade dos CAPS envolve o monitoramento de indicadores que permitem mensurar diferentes dimensões do desempenho da política. De acordo com o Ministério da Saúde e a literatura especializada, os indicadores de eficácia referem-se à

capacidade do serviço em atingir seus objetivos imediatos, como a ampliação do acesso e a redução do tempo de espera para atendimento (Brasil, 2015; WHO, 2013). Já os indicadores de efetividade buscam capturar os impactos do funcionamento dos CAPS sobre os resultados em saúde mental, como a redução das internações e reinternações psiquiátricas, a diminuição dos atendimentos de urgência que resultam em internação e o aumento da satisfação dos usuários e familiares, refletindo a capacidade do serviço em promover cuidado contínuo e integral (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Amarante, 2007). Além disso, indicadores de cobertura assistencial, como o número de CAPS por 100 mil habitantes, são essenciais para avaliar a expansão territorial e o alcance populacional da rede (Brasil, 2015). Assim, a análise integrada desses parâmetros possibilita uma compreensão mais abrangente da efetividade dos CAPS, articulando acesso, cobertura, qualidade e resultados em saúde.

O financiamento para a implementação e manutenção dos CAPS no Brasil provém majoritariamente do orçamento público federal, estadual e municipal, articulado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que atualiza as normas de financiamento da RAPS, estabelece que os recursos financeiros para os CAPS são repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios por meio de fundos específicos, como o Fundo Nacional de Saúde, destinados a garantir a estruturação física, a contratação e a capacitação da equipe multiprofissional, além do custeio dos serviços prestados (Brasil, 2011).

O financiamento ocorre por meio de um repasse inicial para estruturação e custeio contínuo por bloco específico, somado à contrapartida municipal, que pode incluir verbas do Fundo Municipal de Saúde, receitas locais, como ISS e IPTU, e parcerias com entidades privadas e organizações não governamentais. Após a liberação dos recursos, o município deve adequar a infraestrutura, contratar profissionais e iniciar os atendimentos, com acompanhamento regular do Ministério da Saúde para garantir a conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2011; Campos *et al.*, 2018). A estrutura necessária para o funcionamento adequado dos CAPS inclui instalações físicas que garantam autonomia e acolhimento, equipamentos para atividades terapêuticas e administrativas, bem como a formação de equipes compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e auxiliares administrativos, conforme definido pela Portaria GM/MS nº 336/2002 (Brasil, 2002).

Ademais, o financiamento também contempla investimentos contínuos em formação profissional, insumos e ações de integração com a rede local de saúde para assegurar a efetividade e a sustentabilidade do serviço (Campos *et al.*, 2018; Pitta *et al.*, 2020). A distribuição e alocação desses recursos demandam capacidade técnica e planejamento por parte

dos gestores municipais, destacando a importância do financiamento federal condicionado ao cumprimento de metas e padrões de qualidade na prestação dos cuidados em saúde mental (Brasil, 2011; Tomasi *et al.*, 2010).

O financiamento, embora normatizado, é frequentemente insuficiente para garantir a manutenção de atividades terapêuticas, capacitação contínua e integração intersetorial (Pitta *et al.*, 2020). Além disso, mudanças nas diretrizes nacionais, como a reintegração dos hospitais psiquiátricos à Rede de Atenção Psicossocial em 2017, geraram críticas de especialistas por representarem um possível retrocesso ao modelo hospitalocêntrico (Delgado, 2019). Esses fatores evidenciam a necessidade de estratégias de gestão mais robustas e sustentáveis, que assegurem a expansão e a qualidade dos serviços, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

Apesar dos avanços alcançados, a implementação e manutenção dos CAPS enfrentam desafios estruturais e políticos que comprometem sua efetividade. Entre os principais gargalos, destacam-se a desigualdade na distribuição regional - com concentração de unidades nas regiões Sul e Sudeste -, a carência de profissionais especializados, especialmente psiquiatras e terapeutas ocupacionais, e a alta rotatividade das equipes, que prejudica a continuidade do cuidado (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2020).

Essa disparidade reforça a concentração da cobertura no Sul e Sudeste, deixando lacunas importantes no Norte e Nordeste (Jorge; Dimenstein, 2017; WHO, 2022). Desde sua criação, a rede de CAPS passou por expressiva expansão: de pouco mais de 400 unidades em 2002 para mais de 2.600 em 2019, alcançando uma média nacional de 0,87 CAPS por 100 mil habitantes (Brasil, 2019; Conass, 2019). Além disso, observou-se diversificação dos serviços, com destaque para o crescimento dos CAPS AD, vinculados às políticas de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011). Dados nacionais mostram que, embora a rede tenha se expandido significativamente desde os anos 2000, ainda persistem desigualdades. Enquanto alguns estados superam a meta de 0,7 CAPS por 100 mil habitantes, outros permanecem muito abaixo do parâmetro mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹⁰, que estima a necessidade de entre 0,7 e 1,0 unidade de serviço comunitário de saúde mental para cada 100 mil habitantes, a fim de garantir cobertura adequada e continuidade do cuidado (WHO, 2022).

Além disso, estudos empíricos conduzidos por Costa *et al.* (2020), a partir da base nacional Avalia CAPS II e dos registros do CNES, demonstram que os serviços que contam

¹⁰ De acordo com parâmetros técnicos da Organização Mundial da Saúde, considera-se adequada a oferta de aproximadamente 0,7 a 1,0 serviço comunitário de saúde mental para cada 100 mil habitantes, proporção mínima necessária para garantir cobertura territorial e resolutividade assistencial.

com equipes multiprofissionais completas - compostas por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem - e que mantêm atuação intersetorial estruturada, com articulação formal junto aos setores de assistência social, educação e habitação, apresentam melhores resultados em termos de continuidade do cuidado e reinserção social. De forma semelhante, Thornicroft *et al.* (2016), em estudo comparativo sobre atenção comunitária à saúde mental em 18 países, observaram que a presença de equipes multidisciplinares integradas e de parcerias intersetoriais reduziu significativamente as taxas de internação psiquiátrica e aumentou a efetividade das intervenções psicossociais. Esses resultados, aliados a avaliações qualitativas de funcionamento, são fundamentais para orientar decisões de gestão e alocação de recursos, garantindo que a política pública cumpra seu papel de forma equitativa e eficiente.

Dessa forma, o CAPS representa um avanço significativo na política pública brasileira, ao estruturar um modelo que potencializa a promoção da saúde mental, a prevenção de agravos e a reabilitação psicossocial, fundamentado em princípios de equidade, integralidade e participação social (Pitta *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2019). Assim, a implementação dos CAPS, quando observada a partir de critérios normativos e variáveis de contexto, revela-se um instrumento estratégico de política pública, capaz de promover cuidado integral e reduzir desigualdades no acesso à saúde mental. Entretanto, sua efetividade depende não apenas da adesão formal à Portaria nº 336/2002, mas também da capacidade do município em integrar o serviço à Rede de atenção, sustentar sua operação ao longo do tempo e adaptá-lo às especificidades sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida. Essa perspectiva reforça a importância de avaliações de impacto metodologicamente robustas, como a proposta nesta dissertação, para orientar decisões de política pública baseadas em evidências.

Para melhor compreensão das modalidades dos CAPS, suas características e estruturas, apresenta-se a seguir um quadro resumido com as principais especificações definidas pela Portaria GM/MS nº 336/2002. O Quadro 2 evidencia os critérios populacionais, a capacidade de atendimento, as especificidades do funcionamento e a composição mínima das equipes profissionais exigidas para cada tipo de CAPS, destacando a diversidade e complexidade dos serviços destinados a atender as diferentes demandas em saúde mental no âmbito do SUS.

Quadro 2 - Estrutura e características das modalidades dos CAPS segundo a Portaria GM/MS nº 336/2002

Modalidade	Critério populacional para adesão	Público-alvo principal	Capacidade de atendimento	Características principais	Equipe mínima
CAPS I	Municípios com população	Adultos com transtornos	Até 30 pacientes/dia	Atendimento intensivo; oficinas terapêuticas; visitas	- 1 médico com formação em saúde mental

	acima de 15 mil habitantes	mentais graves e persistentes		domiciliares; atividades comunitárias.	- 1 enfermeiro - 3 profissionais de nível superior*
CAPS II	Municípios com população acima de 70 mil habitantes	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes	Até 45 pacientes/dia	Atendimento intensivo; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades comunitárias.	-1 médico psiquiatra - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 4 profissionais de nível superior* - 6 profissionais de nível médio**
CAPS III	Municípios com população acima de 150 mil habitantes	Adultos com transtornos mentais graves e persistentes	Até 60 pacientes/dia	Atendimento contínuo 24 horas; incluindo feriados e finais de semana; acolhimento noturno com até 5 leitos; atividades terapêuticas intensivas.	- 2 médicos psiquiatras - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 5 profissionais de nível superior* - 8 profissionais de nível médio** - Equipe adicional para acolhimento noturno***
CAPS i	Municípios com população acima de 70 mil habitantes	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes	Até 25 pacientes/dia	Atendimento intensivo, Oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, atendimento à família, desenvolvimento de ações intersetoriais	-1 médico psiquiatra -1 enfermeiro - 4 profissionais de nível superior*
CAPS AD (Álcool e Droga)	Municípios com população acima de 70 mil habitantes	Usuários de álcool e outras drogas	Até 45 pacientes/dia	Atendimento intensivo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, atendimento de desintoxicação	- 1 médico psiquiatra - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 1 médico clínico - 4 profissionais de nível superior* - 6 profissionais de nível médio**
CAPS AD III (Álcool e Droga)	Municípios com população acima de 150 mil habitantes	Usuários de álcool e outras drogas	Até 60 pacientes/dia	Atendimento contínuo 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; acolhimento noturno com até 5 leitos; atividades terapêuticas intensivas	- 2 médicos psiquiatras - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 5 profissionais de nível superior* - 8 profissionais de nível médio** - Equipe adicional para acolhimento noturno***

Fonte: Elaboração própria do autor a partir da Portaria GM/MS nº 336/2002 (Brasil, 2002).

Nota: * Psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; **Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e

artessão; *** 3 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.

O Quadro 2 sintetiza as diretrizes oficiais que orientam a implantação e o funcionamento dos diferentes tipos de CAPS, evidenciando a diversidade de serviços e a complexidade do cuidado necessário para atender às especificidades das populações contempladas. A definição clara das equipes mínimas, da capacidade de atendimento e das modalidades de funcionamento reforça o compromisso do SUS com uma atenção psicossocial territorializada, integral e humanizada. Essa estrutura normatizada busca garantir que os CAPS atuem de forma articulada à RAPS, promovendo a desinstitucionalização e ampliando o acesso a serviços que contribuem para a reabilitação social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Contudo, a efetividade dessa política depende não apenas da adequação técnica e estrutural, mas também do suporte financeiro, da capacitação contínua das equipes e da integração intersetorial, aspectos que são desafios constantes para os gestores municipais e estaduais.

Apesar dos avanços alcançados com a consolidação dos CAPS como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, persistem desafios estruturais e operacionais que limitam sua plena efetividade. Entre os principais obstáculos observados nos municípios brasileiros estão o subfinanciamento crônico, a precarização das relações de trabalho e a escassez de recursos humanos qualificados, fatores que comprometem tanto a cobertura quanto a qualidade do cuidado ofertado (Pitta *et al.*, 2020; Amarante, 2007; Lima; Yasui, 2019).

O financiamento federal destinado aos CAPS tem permanecido insuficiente frente ao crescimento da demanda e aos custos crescentes de manutenção e expansão dos serviços. Essa limitação é ainda mais acentuada em municípios de pequeno e médio porte, que dependem majoritariamente de repasses da União, o que perpetua desigualdades regionais na disponibilidade e na estrutura dos serviços de saúde mental (Conass, 2019; Onocko-Campos *et al.*, 2018; WHO, 2022).

Além disso, a alta rotatividade e a precarização dos vínculos trabalhistas das equipes interferem na continuidade do cuidado e dificultam a consolidação de vínculos terapêuticos com os usuários (Campos; Furtado, 2008; Dimenstein *et al.*, 2017). Em diversos contextos, a insuficiência de profissionais especializados impede o funcionamento integral das unidades, levando à redução da carga horária em serviços que, normativamente, deveriam operar em tempo integral - como alguns CAPS II, que não conseguem manter atendimento 24 horas por falta de equipe técnica suficiente (Brasil, 2011; Delgado, 2019).

Além dessas limitações internas, a efetividade dos CAPS é também condicionada pela presença e funcionamento dos demais dispositivos que compõem a RAPS. Em diversos municípios, observa-se a inexistência ou fragilidade de serviços essenciais à continuidade do cuidado, como Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e equipes de Consultório na Rua, o que compromete a integralidade da atenção e sobrecarrega os CAPS com demandas que deveriam ser compartilhadas entre diferentes níveis de complexidade (Lima *et al.*, 2020; Pitta *et al.*, 2017). Essa fragmentação dificulta a articulação entre a atenção primária, a assistência social e a rede hospitalar, resultando em descontinuidade terapêutica e risco de recaídas e reinternações evitáveis (Dimenstein *et al.*, 2017; Onocko-Campos; Furtado, 2006). Assim, a ausência ou insuficiência dos demais elos da RAPS constitui um dos principais entraves à consolidação do modelo comunitário de atenção psicossocial, reforçando a necessidade de políticas integradas e sustentáveis que garantam a efetividade territorial da rede (Amarante, 2016; WHO, 2021).

Essas limitações estruturais e gerenciais, especialmente o subfinanciamento, a fragilidade da força de trabalho e a descontinuidade dos serviços, configuram desafios persistentes para a consolidação dos CAPS como eixo central da política pública de saúde mental. Tais dificuldades impactam diretamente a capacidade da RAPS de garantir cuidado integral, territorializado e equitativo, reforçando a necessidade de aprimoramento da gestão e de financiamento adequado para assegurar a efetividade e sustentabilidade das ações em saúde mental (Amarante, 2016; WHO, 2021; Lima, 2019).

Em síntese, a implementação dos CAPS representa um marco na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, configurando-se como uma estratégia essencial para a promoção do cuidado em liberdade, a redução de desigualdades no acesso e a qualificação da atenção em saúde mental. Ao articular princípios normativos, evidências científicas e experiências comunitárias, o modelo brasileiro dialoga com as recomendações internacionais, mas enfrenta desafios estruturais, financeiros e de gestão que demandam constante monitoramento e aperfeiçoamento. A integração intersetorial, o fortalecimento da participação social e a incorporação de métricas econômicas e qualitativas nas avaliações de impacto são caminhos promissores para garantir a efetividade e a sustentabilidade dessa política pública. Assim, compreender as múltiplas dimensões que envolvem os CAPS não é apenas uma tarefa acadêmica, mas também um compromisso social com a construção de um sistema de saúde mental mais justo, equitativo e centrado nas necessidades reais da população.

Dessa forma, compreendidos os aspectos institucionais, normativos e operacionais que estruturam os CAPS e sua inserção na RAPS, a seção seguinte apresenta uma revisão de

literatura nacional e internacional sobre a política de saúde mental. Nela, busca-se contextualizar os avanços, desafios e evidências empíricas relacionados à efetividade dos CAPS, oferecendo o embasamento teórico necessário para a análise dos impactos e da relevância dessa política pública no Brasil.

2.2 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS E LACUNAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A literatura brasileira sobre a política de saúde mental e os CAPS evoluiu majoritariamente com base em estudos qualitativos, análises documentais e levantamento de perfis de usuários. Pesquisas como Borba *et al.* (2017) e Campos *et al.* (2021) identificaram que a maioria dos usuários atendidos pelos CAPS é composta por mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Esses achados reforçam a presença de desigualdades estruturais no acesso à saúde mental e a necessidade de políticas focalizadas por gênero e classe.

No plano da cobertura e organização dos serviços, Tomasi *et al.* (2010) analisaram dados nacionais e observaram avanços na implantação dos CAPS, especialmente nos municípios de médio porte, além de melhorias em indicadores de acesso e continuidade do cuidado. Entretanto, os autores alertam para a ausência de mecanismos eficazes de monitoramento dos resultados e de articulação entre os CAPS e outros pontos da RAPS.

No campo da avaliação de impacto, o trabalho de Dias e Fontes (2024) é, até o momento, a principal referência metodológica. Utilizando o estimador Diferenças-em-Diferenças (DiD)¹¹ com dados administrativos, os autores encontraram que a implantação dos CAPS está associada a um aumento da oferta ambulatorial e à redução de hospitalizações psiquiátricas de longa duração, especialmente entre pacientes com esquizofrenia. No entanto, não foram identificados efeitos significativos sobre a mortalidade por transtornos mentais, o que pode indicar limitações estruturais ou de escopo da política.

Embora o trabalho de Dias e Fontes (2024) represente um avanço metodológico significativo ao empregar o estimador Diferenças-em-Diferenças (DiD) escalonado com dados administrativos, é fundamental analisar as potencialidades e limitações dessa abordagem. O DiD escalonado é robusto para isolar efeitos causais em cenários onde as intervenções ocorrem em diferentes momentos, permitindo comparar municípios que implementaram os CAPS com aqueles que ainda não o fizeram ou que o fizeram em outro período. Contudo, a validade de

¹¹ Método quasi-experimental que compara a variação temporal de um grupo tratado com um de controle, estimando o efeito causal de uma intervenção. Assume a hipótese de tendências paralelas (ex.: variações pré-tratamento semelhantes entre grupos).

suas estimativas depende da premissa de tendências paralelas, ou seja, que os grupos de tratamento e controle teriam evoluído de forma similar na ausência da intervenção. Além disso, a produtividade e a qualidade dos dados administrativos podem influenciar a precisão dos resultados, e desfechos não capturados por esses dados, como a qualidade de vida subjetiva ou o engajamento social, podem não ser plenamente refletidos. A ausência de efeitos significativos sobre a mortalidade por transtornos mentais, por exemplo, pode não apenas indicar limitações da política em si, mas também a necessidade de dados mais específicos sobre causas de morte relacionadas à saúde mental e uma análise mais aprofundada de subgrupos populacionais mais vulneráveis. Assim, futuras pesquisas poderiam complementar esses achados com outras metodologias ou fontes de dados para uma compreensão mais completa.

O panorama internacional reforça as constatações da literatura brasileira. Segundo McDaid e Park (2011), a negligência em saúde mental representa uma das maiores falhas de mercado na área social, sendo responsável por ciclos de exclusão, desemprego e sobrecarga dos sistemas de proteção. A OECD (2021) também alerta que a ausência de monitoramento dos sistemas comunitários e de medição de desempenho compromete a sustentabilidade das reformas em saúde mental. Isso evidencia que os desafios enfrentados pelos CAPS brasileiros se alinham a tendências globais, o que reforça a necessidade de avaliações sistemáticas e comparações internacionais.

Estudos como os de Capistrano *et al.* (2021) e Silva *et al.* (2021) destacam que, embora os CAPS promovam acolhimento, construção de vínculos e cuidado continuado, ainda são escassas as avaliações quantitativas sobre seus impactos em desfechos críticos, como reincidência de crises, suicídios, internações recorrentes e reintegração social efetiva. Campos *et al.* (2018), por sua vez, ressaltam a importância do engajamento comunitário e da articulação com redes de apoio como elementos-chave para a efetividade dos CAPS.

Em muitos contextos, a desinstitucionalização psiquiátrica gerou efeitos heterogêneos, dependendo da capacidade dos serviços comunitários de absorver a demanda e garantir continuidade do cuidado. No Brasil, os avanços proporcionados pelos CAPS indicam um caminho consistente, mas ainda desafiador, em direção à consolidação de um modelo territorial e integral de atenção à saúde mental (Amarante, 2007; Onocko-Campos, 2019; WHO, 2022). A efetividade plena dessa transição, contudo, requer que os dispositivos comunitários sejam apoiados por uma rede intersetorial sólida, capaz de integrar assistência social, moradia e inserção laboral, evitando a fragmentação e a sobrecarga dos serviços (Dimenstein *et al.*, 2017; Silva; Mendes, 2022). Assim, o fortalecimento da RAPS e o aprimoramento da gestão pública

local tornam-se condições indispensáveis para a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Apesar dos avanços na compreensão dos CAPS e da Reforma Psiquiátrica, a revisão da literatura revela lacunas significativas que limitam a plena avaliação de sua efetividade e impactos econômicos. Primeiramente, a escassez de estudos quantitativos rigorosos, especialmente aqueles que utilizam dados longitudinais e estratégias de identificação causal robustas (além do notável trabalho de Dias e Fontes, 2024), impede uma compreensão mais precisa dos efeitos causais da política em diversos desfechos. Há uma carência particular de avaliações sobre o impacto dos CAPS em desfechos críticos como a taxa de suicídio, a reincidência de crises, internações psiquiátricas recorrentes e, crucialmente, a reintegração social e produtiva dos usuários. Além disso, embora se reconheça a vulnerabilidade de certos grupos, como mulheres em situação socioeconômica desfavorável, a literatura ainda carece de análises desagregadas por gênero e faixa etária sobre o impacto específico dos CAPS na mortalidade e em indicadores de qualidade de vida para essas populações. Por fim, a mensuração das externalidades positivas indiretas, como o potencial aumento da produtividade e a redução de custos de oportunidade para outras áreas da saúde, permanece um desafio com poucas evidências empíricas concretas no contexto brasileiro.

Embora a transição para os CAPS tenha o potencial de reduzir custos associados a longas internações hospitalares, a literatura existente no Brasil tem indicado que as economias diretas geradas pela menor taxa de hospitalizações nem sempre compensam integralmente os investimentos necessários para a manutenção e expansão da rede comunitária (Andreoli *et al.*, 2007; Alves; Guljor, 2004; Silva *et al.*, 2012). No entanto, a mensuração dos “custos evitados” é complexa e vai além das despesas hospitalares diretas. Ela deveria englobar também os custos indiretos associados à doença mental, como a perda de produtividade decorrente do absenteísmo e presentismo no trabalho, os custos sociais relacionados à criminalidade, e o impacto na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, que se traduzem em menores custos com benefícios sociais de longo prazo. A dificuldade em capturar e monetizar esses múltiplos componentes dos custos evitados pode subestimar o verdadeiro retorno social do investimento nos CAPS, sugerindo que uma análise puramente orçamentária pode não refletir o valor integral da política para a sociedade (Knapp; McGuire, 2007; Andrioli *et al.*, 2007; Knapp; Wong, 2020; WHO, 2021).

Além dos custos diretos e evitados, a Reforma Psiquiátrica e a implementação dos CAPS geram uma complexa rede de externalidades, tanto positivas quanto negativas. Entre as externalidades positivas, destacam-se a melhoria da qualidade de vida dos usuários e de suas

famílias, a reintegração social, a redução do estigma e o potencial aumento da produtividade econômica em longo prazo, decorrente da maior capacidade de engajamento social e laboral dos indivíduos em tratamento comunitário (Saraceno, 2001; Thornicroft; Tansella, 2004; WHO, 2013). Contudo, a literatura aponta que, quando a desinstitucionalização não é acompanhada por políticas de suporte social, moradia e trabalho protegido, há risco de sobrecarga dos serviços e de agravamento das vulnerabilidades já existentes (Amarante, 2007; Dimenstein *et al.*, 2017).

A literatura internacional também contribui para a compreensão dos limites e potencialidades das políticas de saúde mental. Trabalhos de Chisholm *et al.* (2016) e Knapp e Wong (2020) mostram que intervenções precoces e comunitárias podem gerar retornos econômicos substanciais, reduzindo a carga de doença, aumentando a produtividade e diminuindo custos com hospitalizações e absenteísmo. Esses achados reforçam a importância de avaliações econômicas em contextos como o brasileiro, onde os recursos são escassos e as necessidades são crescentes.

A literatura internacional sobre a desinstitucionalização psiquiátrica oferece um panorama diversificado de resultados econômicos, dependendo da abrangência e qualidade dos serviços comunitários implementados. Por exemplo, estudos em países como o Reino Unido e os Estados Unidos (Salisbury, 2017; Wait, 2006; Tanese, 2025; Gawron, 2019) têm demonstrado que, embora a transição do modelo hospitalar para o comunitário possa inicialmente não gerar economias diretas significativas, os benefícios indiretos em termos de qualidade de vida, reintegração social e redução do estigma justificam o investimento. Alguns programas bem-sucedidos de atenção comunitária em saúde mental nessas nações, com foco na moradia assistida e no suporte ao emprego, apresentaram retornos substanciais em termos de bem-estar e produtividade, mesmo que os custos diretos da atenção permaneçam similares ou ligeiramente superiores aos do modelo asilar. Em contrapartida, reformas que não foram acompanhadas por um suporte comunitário robusto e políticas intersetoriais adequadas frequentemente resultaram em externalidades negativas, como o aumento da população em situação de rua ou um crescimento da demanda por serviços de emergência. Tal complexidade destaca a necessidade de avaliações econômicas rigorosas que considerem não apenas os custos diretos dos serviços, mas também uma gama mais ampla de desfechos sociais e econômicos (Knapp; McDaid; Mossialos, 2007; McDaid; Park 2011; Knapp; Wong, 2020; WHO, 2021).

Com o objetivo de organizar e sintetizar os principais estudos que fundamentam a discussão sobre saúde mental e políticas públicas, elaborou-se o Quadro 3. Nele, são apresentados os autores, objetivos, metodologias, principais achados e limitações das pesquisas analisadas. Essa

sistematização permite visualizar as contribuições da literatura nacional e internacional, bem como identificar lacunas relevantes para futuras investigações em economia aplicada.

Quadro 3 - Sistematização da Literatura sobre Saúde Mental e Políticas Públicas

Autores/ Ano	Objetivo do Estudo	Metodologia	Principais Resultados	Abrangência	Limitações Identificadas
WHO (2022)	Mapear dados globais sobre políticas de saúde mental	Relatório institucional	Mostra que o Brasil avançou na cobertura de CAPS, mas ainda enfrenta desigualdades territoriais	Internacional	Foco descritivo, sem análise causal
Chisholm <i>et al.</i> (2016)	Estimar o retorno econômico de políticas de saúde mental	Simulação econômica multinacional	Cada US\$1 investido gera até US\$4 em ganhos de produtividade e bem-estar	Internacional	Simulações baseadas em médias globais, sem foco no Brasil
Patel <i>et al.</i> (2018)	Avaliar o impacto global dos transtornos mentais em países de baixa e média renda	Revisão sistemática internacional	Apontar custos econômicos e social elevado; necessidade de políticas comunitárias	Internacional	Pouca atenção ao contexto institucional específico em cada país
Dantas <i>et al.</i> (2020)	Avaliar efetividade dos CAPS no Brasil	Estudo quantitativo com dados do SUS	Redução de internações psiquiátricas após implantação de CAPS	Nacional	Não mensura outros desfechos como reincidência, produtividade ou renda
Pelisoli; Moreira (2018)	Investigar barreiras de acesso à saúde mental no SUS	Revisão bibliográfica	Destaca desigualdade regional e limitações na cobertura	Nacional	Foco qualitativo, sem análise empírica
Costa <i>et al.</i> (2022)	Analisar impactos dos CAPS no tratamento de mulheres em situação de vulnerabilidade	Estudo de caso com dados secundários	CAPS promovem acolhimento e redução de danos, principalmente em casos de violência de gênero	Local (municipal)	Pouca generalização, foco em poucos municípios
Fontes; Dias (2024)	Avaliar políticas de saúde mental com base em CAPS e dados de mortalidade feminina	Estudo empírico com regressão	Sugere que municípios com CAPS têm menor taxa de mortalidade feminina associada a transtornos mentais	Nacional	Ausência de variáveis de controle para outros fatores socioeconômicos

Fonte: Elaboração própria do autor.

Como mostra o Quadro 3, a literatura sobre os CAPS no Brasil concentra-se principalmente em análises qualitativas e estudos de caso, com poucas pesquisas que medem seus impactos econômicos ou sociais de forma quantitativa. Embora alguns trabalhos, como o de Dias e Fontes (2024), tenham avançado nessa direção, ainda faltam evidências robustas sobre

como esses serviços afetam indicadores concretos, como redução de custos hospitalares ou aumento da produtividade dos usuários. Essa lacuna dificulta uma avaliação mais precisa do custo-benefício dos CAPS, tema crucial para políticas públicas em contextos de recursos limitados.

De maneira geral, a avaliação dos impactos da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem mobilizado pesquisadores de diversas áreas, com a economia aplicada desempenhando um papel crucial na mensuração dos resultados e custos associados à transição do modelo asilar para a rede de atenção psicossocial. A literatura é consistente em apontar que a implementação dos CAPS resultou em uma significativa reorientação da utilização dos serviços de saúde mental (Campos, 1999; Onocko-Campos, 2019; Ministério de Saúde, 2005).

Estudos empíricos de avaliação de impacto, como o de Dias e Fontes (2024), que empregaram um robusto desenho de diferenças em diferenças escalonadas, demonstram um aumento substancial na produção de cuidado ambulatorial em saúde mental. Essa elevação na oferta de serviços comunitários, mais acessível e com menor estigma, atendeu a uma demanda reprimida por cuidado e reorientou o comportamento de busca por assistência, sendo acompanhada por uma redução notável das internações psiquiátricas. A diminuição das hospitalizações foi mais pronunciada para internações de longa permanência e entre pacientes com diagnósticos graves, como esquizofrenia, sugerindo que os CAPS têm sido eficazes em seu propósito de oferecer uma alternativa viável ao internamento, desonerando os hospitais psiquiátricos e promovendo um cuidado mais alinhado aos princípios da desinstitucionalização. A tendência de queda no número de leitos psiquiátricos e o aumento dos gastos com a rede ambulatorial em detrimento da hospitalar corroboram essa reestruturação (Brasil, 2017; Jorge; Dimenstein, 2017).

Uma das questões mais relevantes do ponto de vista econômico reside em determinar se a desinstitucionalização, ao reduzir internações hospitalares reconhecidamente custosas, resultaria em uma política custo-economizadora. A evidência para o Brasil, no entanto, desafia essa premissa. Dias e Fontes (2024) concluem que as economias geradas pela menor quantidade de internações não foram suficientes para compensar o investimento incremental na expansão da rede de CAPS. Este resultado sugere que, embora a política promova uma significativa melhoria na eficiência alocativa dos recursos ao direcionar o cuidado para um modelo mais humanizado e territorial, ela não se configura como uma medida de contenção de gastos, mas sim como um investimento público que implica em um custo de oportunidade para outras alocações de recursos no orçamento da saúde. Assim, a justificativa econômica da reforma, dada sua estrutura de custos, reside na valoração dos benefícios não-monetários, como a

qualidade de vida e a dignidade, e nas externalidades positivas geradas, que nem sempre são plenamente capturadas em análises de custo-efetividade restritas a custos diretos.

A literatura internacional sobre custo-efetividade da desinstitucionalização também aponta para resultados variados, dependendo da qualidade e abrangência dos serviços comunitários (Knapp; Wong, 2020; Ruggeri *et al.*, 2009). No contexto brasileiro, a área de saúde mental ainda enfrenta desafios de subfinanciamento crônico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e significativas disparidades regionais na oferta e qualidade dos serviços (Silva; Mendes, 2022), o que impacta a otimização dos recursos e a plena realização da custo-efetividade da reforma.

A avaliação do impacto de políticas de saúde mental na mortalidade é um indicador crucial de sua efetividade em desfechos de saúde mais severos. Estudos em larga escala sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o conduzido por Dias e Fontes (2024), que analisou a mortalidade geral por transtornos mentais, não encontraram um efeito estatisticamente significativo na redução da mortalidade por transtornos mentais em termos agregados. Este achado, embora inesperado por alguns, levanta questões importantes sobre a capacidade da política de intervir em fatores que levam à mortalidade associada a essas condições, possivelmente indicando falhas na implementação de uma rede de suporte social abrangente ou a persistência de barreiras de acesso para os grupos mais vulneráveis à mortalidade. Entretanto, é fundamental aprofundar essa análise para grupos populacionais específicos e vulneráveis.

Embora os CAPS tenham demonstrado um aumento na atenção a mulheres com depressão (Plos One, 2024), a literatura econômica ainda carece de análises rigorosas sobre o impacto específico da implementação dessas unidades na taxa de mortalidade de mulheres com transtornos mentais e comportamentais. Essa é uma lacuna de pesquisa de grande relevância, dado o perfil de vulnerabilidade e a carga de doença que acomete essa população.

A partir da análise dos estudos sistematizados, o Quadro 4 resume os principais aspectos já abordados pela literatura e aponta lacunas relevantes que ainda carecem de investigação. Essas lacunas representam oportunidades para a realização de estudos empíricos no campo da economia aplicada, especialmente no que se refere à mensuração de impactos, avaliação de políticas e retorno econômico dos investimentos em saúde mental.

Quadro 4 - Síntese de Avanços e Lacunas da Literatura sobre Políticas de Saúde Mental

Autores/Ano	Aspectos Avaliados na Literatura	Lacunas Pouco Exploradas
Fontes; Dias (2024)	Redução da mortalidade feminina associada a presença de CAPS	Avaliações contrafactuais mais robustas e uso de técnicas econométricas avançadas.

Costa <i>et al.</i> (2022)	Acolhimento e suporte a mulheres em situação de vulnerabilidade	Integração entre CAPS e outras políticas públicas (assistência social, educação, trabalho)
WHO, (2022)	Cobertura territorial dos CAPS e sua expansão	Efeitos de longo prazo das políticas de saúde mental sobre morbimortalidades
Dantas <i>et al.</i> (2020)	Impactos dos CAPS sobre a redução de internações psiquiátricas	Relação entre presença de CAPS e indicadores econômicos (como produtividade e renda)
Pelisoli; Moreira, (2018)	Desigualdade regional ao acesso aos serviços de saúde mental	Avaliação custo-benefício e custo-efetividade dos serviços comunitários
Chisholm <i>et al.</i> (2016)	Estimativas globais de retorno econômico com investimentos em saúde mental	Análises específicas no contexto brasileiro com dados desagregados por gênero ou raça

Fonte: Elaboração própria do autor.

Essas lacunas evidenciam a necessidade de aprofundar o diálogo entre a literatura da saúde coletiva e a economia aplicada, sobretudo em contextos de elevada desigualdade social e escassez de recursos públicos. Estudos que articulem métodos quantitativos rigorosos com dados em nível municipal podem contribuir para mensurar de forma mais precisa os impactos econômicos e sociais dos CAPS. Além disso, é fundamental incorporar dimensões interseccionais - como gênero, raça e território - na avaliação das políticas de saúde mental, de modo a orientar intervenções mais equitativas e eficazes no contexto brasileiro.

Com base nas evidências apresentadas pela literatura nacional e internacional, observou-se a relevância de aprofundar a análise empírica sobre os efeitos dos CAPS no contexto brasileiro, especialmente em relação à internação e mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais. Considerando as lacunas identificadas, a próxima seção apresenta a metodologia adotada nesta pesquisa, detalhando o desenho empírico, as fontes de dados utilizadas, as variáveis selecionadas e a estratégia de identificação empregada para mensurar os impactos da cobertura dos CAPS sobre os desfechos de mortalidade.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa buscou avaliar a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e CAPS AD III, doravante CAPS, enquanto estratégia central da Política Nacional de Saúde Mental, sobre a internação e a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais em mulheres com 18 anos ou mais nos municípios brasileiros (Lei nº 10.216/2001), considerando o período de 2008 a 2019. De forma mais específica, buscou mensurar a cobertura e a distribuição espacial dos CAPS ao longo dos municípios brasileiros, identificando desigualdades regionais e por porte populacional; estimar o efeito médio da presença dos CAPS sobre a taxa de internação feminina por transtornos mentais e comportamentais, classificada conforme os códigos F00-F99 e X60-X84 da CID-10¹², extraída do Sistema de Informação sobre Internações (SIH-SUS/DATASUS); e examinar as heterogeneidades dos impactos segundo região geográfica e porte populacional e modalidade de CAPS (I, II, III, CAPS AD, CAPS AD III), incorporando ainda a análise diferenciada dos efeitos da política em municípios caracterizados por elevados níveis de pobreza e vulnerabilidade econômica, nos quais limitações estruturais, menor capacidade fiscal e fragilidades institucionais podem condicionar tanto a implementação quanto a efetividade dos serviços de saúde mental.

O termo “efeito médio” tratado nessa pesquisa refere-se ao impacto causal médio das modalidades de CAPS sobre a taxa de internação feminina por transtornos mentais, entendido como a diferença média no desfecho entre municípios expostos à política e seus respectivos contrafactuais. As estimativas foram interpretadas como efeitos médios ao nível municipal, não captando impactos individuais (Callaway; Sant’Anna, 2020; Rosenbaum; Rubin, 1983).

Para tanto, empregou-se uma abordagem metodológica quase-experimental, estimando modelos de Diferenças-em-Diferenças escalonado, com efeitos dinâmicos estimados por meio de um estudo de eventos (*event study*), explorando a adoção escalonada dos CAPS ao longo do período analisado.

¹² Na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), os códigos F00–F99 designam o capítulo dos Transtornos Mentais e Comportamentais, contemplando desde transtornos orgânicos (F00–F09), transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (F10–F19), esquizofrenia e transtornos delirantes (F20–F29), transtornos do humor (F30–F39), transtornos neuróticos e relacionados ao estresse (F40–F48), entre outros. Os códigos X60–X84, por sua vez, integram o capítulo das Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, especificando as diversas formas de lesões autoprovocadas intencionalmente, utilizadas internacionalmente como categoria de análise epidemiológica para mensuração de tentativas e óbitos por suicídio. A adoção desses agrupamentos no presente estudo segue o padrão metodológico da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da literatura especializada em saúde mental e epidemiologia do suicídio.

À luz desse desenho empírico, este estudo investigou os efeitos da introdução dos CAPS a partir de um painel municipal, cobrindo 5.565 municípios brasileiros entre 2008 e 2019. Ressalta-se que os municípios de Mojuí dos Campos (PA), Pescaria Brava (SC), Balneário Rincão (SC), Pinto Bandeira (RS), Paraíso das Águas (MS) - instituídos como municípios após 2013 -, bem como Boa Esperança do Norte (MT), instituído como município apenas em 2025, foram excluídos por não disporem de séries históricas completas para o período analisado. A exclusão desses municípios contribui para a homogeneidade da amostra e a robustez das estimativas.

No caso do recorte temporal, iniciou em 2008 por razões metodológicas e institucionais. Embora os CAPS tenham sido reconhecidos como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desde 2002, somente a partir de 2008 as bases nacionais de informação em saúde passaram a apresentar maior padronização, completude e integração entre sistemas¹³, viabilizando a construção de séries temporais consistentes e a aplicação de modelos econométricos em painel com identificação quase-experimental.

A variável principal da análise deste estudo refere-se a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais, mensurado a partir dos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A escolha desse indicador decorre do papel central atribuído aos CAPS na política brasileira de saúde mental, cujo objetivo é reduzir a dependência de internações psiquiátricas por meio da oferta de cuidados comunitários substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, a diminuição das internações ao longo do tempo constitui a medida empírica diretamente associada aos efeitos esperados da expansão dos CAPS. Indicadores de mortalidade feminina por transtornos mentais não são utilizados como desfecho principal neste estudo, uma vez que não representam o mecanismo central de atuação da política analisada, sendo explorados de forma complementar em análises adicionais (Ministério da Saúde, 2023; OECD, 2025).

Além da estimação do efeito médio da presença dos CAPS para o conjunto dos municípios brasileiros, realizou-se uma análise adicional focalizada nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, denominado de extremamente pobres,

¹³ Antes de 2008, existem lacunas significativas nos registros de internações específica por transtornos mentais, inconsistências na notificação de atendimentos e admissões hospitalares, além de limitações importantes nas séries populacionais e socioeconômicas municipais, o que comprometeria a identificação de tendências pré-intervenção confiáveis. Ademais, iniciar a avaliação em 2008 é coerente com a literatura que recomenda utilizar janelas temporais em que os sistemas de informação já estejam estabilizados e capazes de refletir tanto a implementação gradual da política quanto o tempo necessário para que seus efeitos clínicos e sociais se manifestem, especialmente em serviços de saúde mental caracterizados por adesão progressiva, maturação institucional e tratamentos contínuos (OECD, 2021; WHO, 2022).

segundo critérios definidos pelo governo federal, baseados na elevada proporção de população em situação de pobreza e vulnerabilidade econômica. Ao todo, 1.147 municípios foram incluídos nessa análise.

A incorporação dessa dimensão é importante para a adequada identificação dos efeitos da expansão dos CAPS sobre as internações e sobre a mortalidade feminina, uma vez que municípios mais pobres tendem a apresentar maior dependência do sistema público de saúde e menor acesso a alternativas privadas de cuidado em saúde mental. Nesse contexto, a atuação dos CAPS tende a ter maior potencial de impactar diretamente o padrão de utilização do sistema hospitalar do SUS, reforçando seu papel como dispositivos substitutivos às internações psiquiátricas. Assim, ao considerar a condição de vulnerabilidade econômica dos municípios, busca-se captar heterogeneidades relevantes nos efeitos da política e tende a mitigar vieses decorrentes das desigualdades espaciais no acesso aos serviços de saúde mental (Brasil, 2014; IPEA, 2019).

Na sequência é apresentado maiores detalhes sobre o modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado, com efeitos dinâmicos estimados por meio de um estudo de eventos (*event study*), seguido da estratégia empírica.

3.1 DIFERENÇAS-EM-DIFERENÇAS ESCALONADO, COM EFEITOS DINÂMICOS ESTIMADOS POR MEIO DE UM ESTUDO DE EVENTOS (*EVENT STUDY*)

A avaliação do impacto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais em mulheres adultas foi conduzida a partir de uma estratégia quasi-experimental, fundamentada em modelos de painel com adoção escalonada do tratamento ao longo do tempo. A abordagem empírica busca identificar efeitos causais da presença dos CAPS explorando a variação temporal e espacial na implantação dessas unidades entre os municípios brasileiros, em consonância com a literatura recente de avaliação de políticas públicas em contextos de adoção não simultânea (Angrist; Pischke, 2009; Callaway; Sant’Anna, 2021).

Formalmente, considera-se como unidade de análise o município i observado ao longo do tempo t , sendo a variável de interesse Y_{it} a taxa de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais em mulheres com 18 anos ou mais. Além desta variável, também considerou a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais por 100 mil habitantes. O tratamento foi definido como a presença de ao menos uma unidade CAPS em funcionamento no município i no ano t , caracterizando-se, portanto, como uma variável

binária *time-varying*, que assume valor igual a 1 a partir do ano de implantação do CAPS e permanece igual a 1 nos períodos subsequentes, e 0 nos anos anteriores à adoção.

Nesse contexto, o modelo empírico de base pode ser representado da seguinte forma:

$$Y_{it} = \alpha_i + \lambda_t + \beta D_{it} + X'_{it} \gamma + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

em que α_i representa efeitos fixos municipais, capturando características invariantes no tempo, como fatores institucionais, culturais e estruturais dos municípios; λ_t corresponde à efeitos fixos de tempo, que controlam choques macroeconômicos, mudanças institucionais nacionais e tendências comuns; D_{it} indica a variável de tratamento associada à presença de CAPS; X_{it} é um vetor de variáveis de controle observáveis que variam no tempo; e ε_{it} é o termo de erro idiossincrático.

O parâmetro de interesse β representa o efeito médio da presença dos CAPS sobre o desfecho analisado, isto é, a variação média na taxa de internações femininas associada à implantação dos serviços, condicional às hipóteses do modelo. No entanto, quando o tratamento é adotado de forma escalonada - isto é, em diferentes períodos para diferentes municípios -, a estimação tradicional por Diferenças-em-Diferenças com efeitos fixos pode produzir estimativas enviesadas, sobretudo na presença de efeitos heterogêneos no tempo ou entre grupos (Goodman-Bacon, 2021; Sun; Abraham, 2021).

Diante dessas limitações, esta dissertação adota o estimador proposto por De Chaisemartin e D'Haultfoeuille (2020), especificamente desenvolvido para contextos de tratamento *time-varying* e adoção escalonada. Esse estimador permite a identificação consistente dos efeitos causais médios do tratamento ao construir comparações válidas apenas entre grupos tratados e não tratados (ou ainda não tratados) em cada período, evitando o uso inadequado de grupos já tratados como contrafactuais.

O estimador de De Chaisemartin; D'Haultfoeuille (2020) baseia-se na decomposição do efeito médio do tratamento em diferenças locais entre grupos que mudam de *status* de tratamento ao longo do tempo, ponderadas de forma apropriada. Dessa forma, o método elimina vieses associados à heterogeneidade dinâmica dos efeitos e à violação da hipótese implícita de homogeneidade presente nos estimadores tradicionais de dois efeitos fixos (*TWFE*). O parâmetro estimado pode ser interpretado como o efeito médio do tratamento sobre os tratados (ATT), agregando os efeitos locais ao longo dos diferentes períodos e coortes de adoção (De Chaisemartin; D'Haultfoeuille, 2020; Callaway; Sant'Anna, 2021).

A lógica de identificação repousa sobre a hipótese de tendências paralelas condicionais, segundo a qual, na ausência da implantação dos CAPS, os municípios tratados e não tratados apresentariam trajetórias semelhantes do desfecho ao longo do tempo, após o controle por efeitos fixos e variáveis observáveis. Essa suposição é particularmente plausível no contexto analisado, dado que a implantação dos CAPS decorre, em grande medida, de critérios normativos e populacionais definidos pelo Ministério da Saúde, e não de variações abruptas nas taxas de internação feminina por transtornos mentais (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

Além disso, a utilização de um tratamento *time-varying* permite capturar não apenas o efeito médio da presença dos CAPS, mas também a dinâmica de seus impactos ao longo do tempo, reconhecendo que os efeitos da política podem se intensificar ou se modificar à medida que os serviços se consolidam no território e se articulam com os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa abordagem é coerente com a literatura internacional sobre políticas de saúde mental, que enfatiza a importância da maturidade institucional e da integração intersetorial para a efetividade das intervenções comunitárias (Thornicroft; Tansella, 2004; WHO, 2022).

Em síntese, ao empregar o estimador de De Chaisemartin; D'Haultfoeuille (2020), esta pesquisa adota uma estratégia metodológica alinhada às recomendações mais recentes da literatura econométrica aplicada, garantindo maior robustez na identificação dos efeitos causais dos CAPS sobre taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais. Tal abordagem permite superar limitações de modelos tradicionais e contribui para a produção de evidências mais precisas e confiáveis para o debate sobre a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (De Chaisemartin; D'Haultfoeuille, 2020; Callaway; Sant'Anna, 2021; Goodman-Bacon, 2021).

A implementação dos CAPS no Brasil ocorreu de forma descentralizada e não simultânea, com os municípios aderindo à política em momentos distintos ao longo do tempo. Essa dinâmica reflete tanto os critérios normativos definidos pelo Ministério da Saúde - como porte populacional e capacidade de gestão local - quanto decisões administrativas e institucionais específicas de cada ente federativo. Como consequência, observa-se um padrão de adoção escalonada (*staggered adoption*), no qual diferentes municípios passam do *status* de não tratados para tratados em anos distintos, permanecendo tratados nos períodos subsequentes (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

O estimador proposto por De Chaisemartin e D'Haultfoeuille (2020) permite isolar comparações causalmente válidas ao restringir o grupo de controle, em cada período, aos municípios que ainda não haviam implementado os CAPS ou que nunca os implementaram.

Dessa forma, evita-se a contaminação do contrafactual por unidades já expostas ao tratamento, assegurando que os efeitos estimados reflitam exclusivamente a comparação entre municípios tratados e não tratados no mesmo momento do tempo.

A lógica de identificação desse estimador baseia-se na comparação entre: (i) municípios que passam a contar com CAPS em determinado período e (ii) municípios que, naquele mesmo período, ainda não receberam a política ou permanecem permanentemente não tratados. Essa estratégia garante que o contrafactual utilizado represente uma trajetória plausível do desfecho na ausência do tratamento, preservando a validade da hipótese de tendências paralelas condicionais. Assim, o parâmetro estimado pode ser interpretado como o efeito médio do tratamento sobre os municípios tratados, agregado ao longo das diferentes coortes de adoção, evitando os vieses associados aos modelos *TWFE* tradicionais (De Chaisemartin; D'Haultfoeuille, 2020; Callaway; Sant'Anna, 2021).

Portanto, como a implantação dos CAPS ocorreu de forma gradual e heterogênea entre os municípios brasileiros, a estratégia de identificação baseou-se em um modelo de Diferenças-em-Diferenças com múltiplos períodos, no qual municípios que passam a contar com CAPS em determinado ano são comparados a municípios que permanecem não tratados no mesmo intervalo temporal, conforme formalizado por Dias e Fontes (2020).

Formalmente, seja $i = 1, \dots, N$ o índice dos municípios e $t = 1, \dots, T$ o índice do tempo. Defina D_{it} como uma variável indicadora que assume valor igual a 1 se o município i possui ao menos uma unidade CAPS em funcionamento no período t , e 0 caso contrário. O foco recai sobre os municípios que transitam do estado não tratado para o tratado, denominados *switchers*. O conjunto de pares município-tempo em que ocorre a adoção do tratamento é definido como:

$$S = \{(i, t): t \geq 2, D_{i,t-1} = 0 \text{ e } D_{it} = 1\} \quad (2)$$

sendo N_S o número total de elementos do conjunto S , isto é, o número total desses eventos de adoção ao longo do período (Dias; Fontes, 2020).

No arcabouço de potenciais resultados, cada município apresenta dois resultados potenciais em cada período: $Y_{it}(0)$, correspondente à taxa de internações hospitalares¹⁴ por transtornos mentais e comportamentais em mulheres na ausência do CAPS, e $Y_{it}(1)$, correspondente ao resultado observado após a implantação do serviço. O parâmetro causal de

¹⁴ Ou, também, no outro exercício: à taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais por 100 mil habitantes

interesse é o efeito médio do tratamento sobre os municípios tratados no momento da adoção, definido como:

$$\beta_S = \frac{1}{N_S} \sum_{(i,t) \in S} E [Y_{it}(1) - Y_{it}(0)] \quad (3)$$

Esse parâmetro resume o impacto médio da implantação do CAPS sobre o desfecho de interesse nos municípios que adotam o tratamento, avaliado no período em que ocorre a mudança de *status* (Dias; Fontes, 2020).

A identificação de β_S baseia-se na hipótese de tendências paralelas, segundo a qual, na ausência do tratamento, a variação média do desfecho entre $t - 1$ e t nos municípios que adotam o CAPS no período t teria sido a mesma observada nos municípios que permanecem não tratados nesse mesmo intervalo. Sob essa hipótese, para cada período de adoção t , pode-se definir um estimador de Diferenças-em-Diferenças específico por coorte:

$$DID(t) = (\bar{Y}_t^{S_t} - \bar{Y}_{t-1}^{S_t}) - (\bar{Y}_t^{C_t} - \bar{Y}_{t-1}^{C_t}) \quad (4)$$

onde S_t representa o conjunto de municípios que adotam o CAPS no período t e C_t representa o conjunto de municípios que ainda não receberam o tratamento até o período $t - 1$ (Dias; Fontes, 2020).

O efeito médio agregado do tratamento é então obtido como uma média ponderada dos estimadores de Diferenças-em-Diferenças por período de adoção, definida como:

$$DID_M = \sum_{t=2}^T \frac{N_{S_t}}{N_S} \cdot DID(t) \quad (5)$$

em que DID_M denota o estimador de diferenças-em-diferenças agregado (médio) ao longo dos períodos de adoção, N_{S_t} corresponde ao número de municípios que adotam o CAPS no período t e N_S ao número total de eventos de adoção no período analisado. Dias e Fontes (2020) demonstram que, sob a validade da hipótese de tendências paralelas, DID_M constitui um estimador não viesado de β_S .

Esse modelo formal explicita que a identificação do efeito causal decorre da comparação entre a evolução temporal do desfecho nos municípios que passam a contar com CAPS e a evolução observada nos municípios ainda não tratados em cada período, sendo particularmente

adequado para contextos de políticas públicas com implementação gradual e heterogênea no tempo, como é o caso da política de saúde mental no Brasil (Dias; Fontes, 2020).

Dada essa estratégia de identificação, torna-se necessário avaliar empiricamente a validade das hipóteses que a sustentam.

A validade da estratégia de identificação adotada nesta dissertação é avaliada por meio de um conjunto de testes e procedimentos de robustez amplamente recomendados pela literatura econométrica aplicada. Em particular, é dada ênfase à verificação da hipótese de tendências paralelas, condição fundamental para a interpretação causal das estimativas obtidas em modelos de Diferenças-em-Diferenças, especialmente em contextos de adoção escalonada da política pública (Angrist; Pischke, 2009; Callaway; Sant’Anna, 2021).

O principal teste de validade implementado - de caráter obrigatório - consiste na análise dos placebos pré-tratamento, estimados no âmbito da abordagem de *event study*. Esses coeficientes capturam a diferença no desfecho entre municípios que serão tratados no futuro e municípios ainda não tratados, em períodos anteriores à implantação dos CAPS. A ausência de efeitos estatisticamente significativos nos *leads* pré-tratamento fornece evidência empírica favorável à hipótese de que, na ausência da política, os municípios tratados e de controle apresentariam trajetórias semelhantes das internações (ou mortalidade) femininas por transtornos mentais, reforçando a plausibilidade do contrafactual utilizado na estimação dos efeitos causais (Sun; Abraham, 2021; De Chaisemartin; D’Haultfoeuille, 2020).

No que se refere à inferência estatística, os erros-padrão são *clusterizados* ao nível do município, de modo a levar em consideração a possível correlação serial dos resíduos ao longo do tempo dentro da mesma unidade geográfica. Esse procedimento é essencial em modelos de painel com dados longitudinais, uma vez que a suposição de independência entre observações no tempo tende a ser violada, podendo levar à subestimação dos erros-padrão e à superestimação da significância estatística dos coeficientes estimados. A *clusterização* por município é, portanto, consistente com as recomendações clássicas da literatura sobre inferência em Diferenças-em-Diferenças (Bertrand; Duflo; Mullainathan, 2004; Cameron; Miller, 2015).

Adicionalmente, os modelos empíricos incorporam um conjunto abrangente de variáveis de controle socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde, com o objetivo de mitigar potenciais vieses decorrentes de fatores observáveis que variam no tempo e que podem estar correlacionados tanto com as taxas de internação por transtornos mentais como com as taxas de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais por 100 mil habitantes. Entre esses controles incluem-se indicadores demográficos, condições socioeconômicas locais e medidas da infraestrutura de saúde, os quais contribuem para isolar o

efeito específico da política de saúde mental analisada, conforme práticas consolidadas na literatura de avaliação de políticas públicas (Angrist; Pischke, 2009; Callaway; Sant’Anna, 2021).

Por fim, visando relaxar a hipótese de tendências paralelas estritas, são incorporadas tendências específicas baseadas no nível inicial do desfecho, medido no ano de 2008, período anterior à expansão mais intensa dos CAPS no território nacional. Esse procedimento permite que municípios com diferentes níveis iniciais de internações apresentem trajetórias temporais distintas, reduzindo a probabilidade de que diferenças estruturais pré-existent contaminem a identificação dos efeitos causais. A inclusão de tendências específicas por nível inicial é particularmente relevante em análises com heterogeneidade regional pronunciada e tem sido amplamente utilizada como estratégia de robustez em modelos de Diferenças-em-Diferenças aplicados a políticas públicas de larga escala (Autor, 2003; Angrist; Pischke, 2009; Goodman-Bacon, 2021).

Em conjunto, a realização dos testes de tendências paralelas por meio de placebos pré-tratamento, a adoção de inferência robusta com erros-padrão *clusterizados*, a inclusão de controles socioeconômicos e de oferta de saúde, bem como a incorporação de tendências específicas baseadas no nível inicial do desfecho, conferem maior credibilidade às estimativas obtidas. Esses procedimentos reforçam a robustez da estratégia empírica adotada e sustentam a interpretação causal dos efeitos estimados da implantação dos CAPS sobre as internações femininas por transtornos mentais no Brasil (De Chaisemartin; D’Haultfoeuille, 2020; Callaway; Sant’Anna, 2021; Cameron; Miller, 2015).

3.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA E FONTE DE DADOS

A unidade de análise adotada nesta dissertação refere-se aos municípios brasileiros, observados ao longo do tempo em uma estrutura de dados em painel. Num segundo exercício, estimou-se o efeito dos CAPS considerando os municípios extremamente pobres. O período de análise compreende os anos de 2008 a 2019, intervalo que antecede e acompanha a expansão dos CAPS no território nacional. A escolha desse período permite capturar tanto a situação prévia à implementação da política quanto seus efeitos ao longo do tempo, explorando a variação temporal e espacial na adoção dos serviços de saúde mental comunitários entre os municípios brasileiros (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

A variável principal analisada é a taxa de internação hospitalar feminina por transtornos mentais e comportamentais, expressa por 1.000 habitantes. Essa variável reflete a utilização de

serviços hospitalares psiquiátricos por mulheres adultas e constitui um indicador relevante da gravidade dos transtornos mentais e do funcionamento da rede de atenção à saúde mental. A redução das internações é um dos objetivos centrais da política de saúde mental brasileira, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica e da consolidação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2001; Thornicroft; Tansella, 2004).

Como desfecho secundário, analisa-se a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais por 100 mil habitantes, calculada a partir dos registros de óbitos e ponderada pela população feminina correspondente. Essa variável busca capturar efeitos indiretos e de longo prazo associados à saúde mental das mulheres, permitindo avaliar se a presença dos CAPS está relacionada não apenas à redução da hospitalização, mas também a desfechos mais graves associados aos transtornos mentais (WHO, 2021).

O efeito de interesse corresponde à presença de CAPS no município ao longo do tempo. O tratamento é operacionalizado por meio de uma variável *dummy* definida ao nível municipal-ano, que assume valor igual a 1 quando o município dispõe de pelo menos uma unidade CAPS em funcionamento no ano considerado, e 0 caso contrário. Essa variável captura a exposição dos municípios à política de saúde mental comunitária e apresenta caráter *time-varying*, uma vez que os CAPS foram implementados em momentos distintos entre os municípios (Brasil, 2002; De Chaisemartin; D’Haultfoeuille, 2020).

Os modelos empíricos incorporam um conjunto de variáveis de controle socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde, com o objetivo de mitigar vieses decorrentes de fatores observáveis que variam no tempo e que podem influenciar simultaneamente a implantação dos CAPS e os desfechos analisados. A inclusão desses controles contribui para isolar o efeito específico da política de saúde mental, conforme amplamente recomendado na literatura de avaliação de políticas públicas (Angrist; Pischke, 2009; Callaway; Sant’Anna, 2021).

No Quadro 5 tem-se as variáveis de desfechos e as variáveis de controle utilizadas no modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado, bem como sua interpretação analítica, as respectivas fontes de dados e as referências que fundamentam o uso dessas variáveis na análise das internações e da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais.

Quadro 5 - Descrição das variáveis utilizadas nos modelos de Diferença-em-Diferença Escalonado

Categoria	Variável	Descrição/ o que busca mensurar	Fonte	Autores
Dependente (principal)	Internação feminina por transtornos mentais e	Taxa de internações femininas por transtornos mentais e	DATASUS	Santos <i>et al.</i> (2020);

	comportamentais e comportamentais	comportamentais (por 100.000 habitantes)		Mateus <i>et al.</i> (2013)
Dependente (secundária)	Mortalidade feminina por transtornos mentais	Taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais (por 100.000 habitantes)	DATASUS	WHO (2021); Rasella <i>et al.</i> (2014)
Tratamento	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Presença de CAPS no município-ano (<i>dummy</i>)	DATASUS / CNES	Mateus <i>et al.</i> (2013); Santos <i>et al.</i> (2020)
Tratamento (robustez)	Elos da Rede de Atenção Psicossocial -RAPS	Indicador de estrutura da Rede de Atenção Psicossocial no município	DATASUS	Brasil (2011); Delgado (2019)
Controle socioeconômico	PIB per capita	Produto Interno Bruto per capita municipal (<i>proxy</i> da renda)	IBGE	Angrist e Pischke (2009); Wooldridge (2010)
	Emprego formal	Emprego formal no município por 100.000 habitantes	RAIS	Angrist e Pischke (2009); Reeves <i>et al.</i> (2015)
Controle demográfico	Estimativa populacional	Estimativa da população do município	IBGE	Wooldridge (2010)
	Densidade demográfica	Habitantes por km ²	IBGE	Angrist e Pischke (2009); Wooldridge (2010)
Controle de saúde	Leitos hospitalares	Número de leitos hospitalares por 100.000 habitantes	DATASUS	Rocha e Soares (2010); Macinko <i>et al.</i> (2018)
	Médicos	Médicos por 100.000 habitantes	DATASUS / CNES	Macinko e Harris (2015); Scheffer <i>et al.</i> (2015)

Fonte: Elaboração própria do autor.

Importante destacar que, dentre as variáveis explicativas incluídas nas estimativas econométricas (Quadro 5), encontra-se o Indicador de Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município. Esse indicador foi construído a partir da identificação da presença dos principais serviços (elos) que compõem a RAPS, conforme estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental, incluindo, além dos CAPS, dispositivos como serviços de atenção básica articulados à saúde mental, leitos de saúde mental em hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos e unidades de urgência e emergência integradas à rede. Para cada município-ano, o indicador assume valor crescente à medida que o município apresenta maior número e diversidade desses componentes (elos da RAPS), refletindo o grau de estruturação institucional da rede de atenção psicossocial local (Brasil, 2011; Delgado, 2019).

Considerando os elos da RAPS presentes nos municípios com CAPS, a rede foi classificada em cinco categorias: RAPS completa, quando o município possuía ao menos 83% dos elos, incluindo o CAPS; RAPS semicompleta, quando possuía entre 50% e 82% dos elos, incluindo o CAPS; RAPS pouco completa, quando possuía entre 33% e 49% dos elos, incluindo o CAPS, e; RAPS incipiente, quando possuía CAPS, e menos de 33% dos elos estavam presentes. Aqueles municípios só com a presença de CAPS e sem nenhum elo da RAPS ou sem CAPS foram denominados “Sem CAPS/RAPS”. Essa classificação permitiu avaliar o grau de consolidação institucional das redes municipais, distinguindo os diferentes estágios de estruturação e integração dos serviços de atenção psicossocial.

Os pontos de corte utilizados para classificar o grau de completude da RAPS foram definidos com base em um critério de proporcionalidade da presença dos elos previstos na normativa federal da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente a Portaria nº 3.088/2011, que estabelece os componentes mínimos da rede. Considerando o número total de elos elegíveis no banco de dados, calculou-se a proporção de dispositivos presentes em cada município.

A inclusão desse indicador nas estimações empíricas é relevante porque a efetividade dos CAPS não depende apenas de sua existência formal, mas também do nível de articulação com os demais serviços da rede de saúde e de proteção social. Municípios com uma RAPS mais desenvolvida tendem a oferecer maior continuidade do cuidado, melhor coordenação entre atenção primária, serviços especializados e atenção hospitalar, bem como alternativas terapêuticas ao modelo hospitalocêntrico, potencializando os efeitos da presença dos CAPS sobre a redução das internações psiquiátricas e de desfechos mais graves em saúde mental. Assim, ao controlar pelo grau de estruturação da RAPS, busca-se isolar o efeito específico dos CAPS, distinguindo-o de contextos institucionais mais favoráveis à implementação da política de saúde mental comunitária (Thornicroft; Tansella, 2004; Mateus *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2020).

Ademais, importante destacar que algumas variáveis explicativas apresentadas no Quadro 5 apresentaram alta correção (maior que 0,5); neste sentido, optou-se por manter apenas uma delas. Nas estimações finais, as variáveis explicativas que permaneceram foram: Médicos; Densidade demográfica; PIB per capita; RAPS, e; CAPS.

O Quadro 6 sintetiza o método econométrico e testes empíricos empregados ao longo da dissertação, bem como seus respectivos objetivos analíticos no desenho de identificação causal. A estratégia empírica fundamenta-se principalmente em um modelo de Diferenças-em-Diferenças com adoção escalonada, no qual os efeitos do tratamento são estimados de forma dinâmica por meio de um estudo de eventos (*event study*).

Ademais, foram implementados testes formais de validade e procedimentos de inferência estatística robusta, com o objetivo de avaliar a plausibilidade das hipóteses de identificação e a consistência dos resultados obtidos sob diferentes especificações. A utilização conjunta desses métodos permite fortalecer a interpretação causal dos efeitos estimados da presença dos CAPS sobre os desfechos de saúde mental feminina.

Quadro 6 - Síntese do método econométrico e testes de robustez utilizados na avaliação dos efeitos dos CAPS

Item	Modelo Dif-Dif escalonado
Unidade de análise	Município-ano
Grupo tratado	Municípios que adotam CAPS ao longo do período
Grupo de controle	Municípios ainda não tratados ou nunca tratados
Variável(is) de efeito	Taxa de internação feminina por transtornos mentais; Taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais
Tratamento	Presença anual de CAPS (<i>dummy time-varying</i>)
Variáveis de controle	Indicadores socioeconômicos, oferta de saúde, indicador RAPS, tendências
Dinâmica do efeito	Sim – <i>event study</i> (efeitos dinâmicos)
Tipo de efeito estimado	ATT médio dinâmico
Testes	Placebos pré-tratamento (<i>event study</i>)
Inferências estatísticas	Erros-padrão clusterizados por município
Suposição-chave	Tendências paralelas condicionais
Função no desenho empírico	Modelo principal

Fonte: Resultado da pesquisa.

Nota: Todas as estimativas econométricas foram realizadas no *software Stata 15*.

Por fim, a mesma estratégia metodológica empregada para o conjunto dos municípios brasileiros (Quadro 6) foi aplicada em uma análise adicional focalizada nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, classificados como extremamente pobres¹⁵. Essa classificação segue os critérios estabelecidos pelo governo federal, baseados na elevada proporção de população em situação de pobreza e vulnerabilidade econômica. Ressalta-se que a listagem com os municípios caracterizados como extremamente pobres foram coletados do DATASUS. O objetivo desse exercício é investigar se os efeitos da presença dos CAPS sobre os desfechos de saúde mental feminina diferem em contextos de maior

¹⁵ Do total de municípios classificados como de pequeno porte - correspondente à menor categoria de porte populacional - 20,96% encontravam-se na condição de extrema pobreza em 2019. Embora a literatura indique existir uma associação entre a presença dos CAPS e o porte municipal, optou-se por aprofundar a investigação a partir da vulnerabilidade econômica. Essa escolha considera a associação existente entre porte e vulnerabilidade, bem como o fato de que municípios de pequeno porte podem apresentar condições econômicas distintas, o que poderia influenciar as estimativas dos modelos, inclusive quanto à sua precisão e significância estatística.

vulnerabilidade econômica, contribuindo para a compreensão da heterogeneidade dos impactos da política e para o debate sobre sua efetividade em territórios com maiores restrições socioeconômicas.

Adicionalmente, a estratégia empírica foi replicada considerando recortes regionais, de modo a estimar separadamente os efeitos da presença dos CAPS para os grandes grupos de regiões do país. No entanto, os resultados obtidos mantiveram-se qualitativamente semelhantes aos estimados para o conjunto dos municípios brasileiros, não apresentando diferenças substantivas nem significância estatística consistente entre as regiões. Diante da estabilidade dos achados e visando preservar a parcimônia analítica, optou-se por não reportar essas estimativas na análise principal, concentrando a discussão nos resultados agregados e no exercício específico voltado aos municípios extremamente pobres.

Ressalta-se, ainda, que, previamente à apresentação e discussão dos modelos de Diferença-em-Diferenças escalonado estimados no *software Stata 15*, foi realizada uma análise exploratória dos dados relativos aos CAPS e à RAPS, incluindo a apresentação da distribuição espacial dos indicadores por meio de mapas temáticos, elaborados com o auxílio do *software QGIS*.

4 EVOLUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A INTERNAÇÃO E A MORTALIDADE FEMININA POR TRANSTORNOS MENTAIS

A consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil ao longo dos anos de 2008 a 2019 evidencia um processo de expansão territorial e institucional marcado por significativos avanços, mas também por persistentes desigualdades regionais. A ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) demonstra a priorização do modelo comunitário no âmbito da Reforma Psiquiátrica, embora o padrão espacial de implantação revele que o ritmo de expansão esteve condicionado a fatores socioeconômicos e institucionais característicos de cada região. Os resultados empíricos apresentados a seguir, baseados em dados do DATASUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), evidenciam essa dinâmica de consolidação desigual.

A Tabela 2 apresenta a evolução do número de CAPS e da proporção de municípios com pelo menos um estabelecimento habilitado entre 2008 e 2019. O crescimento é expressivo: o total de CAPS no Brasil passou de 1.481 unidades em 2008 para 3.044 em 2019, o que representa um aumento superior a 100% no período. No mesmo intervalo, o número de municípios com pelo menos um CAPS aumentou de 1.001 para 2.075, elevando a cobertura nacional de 17,99% para 37,29%. Esses números traduzem o processo de interiorização da política de saúde mental e a tentativa de romper com a concentração histórica dos serviços nos grandes centros urbanos (Amarante, 2016; Pitta *et al.*, 2020).

Tabela 2 - Evolução dos CAPS e cobertura municipal total e por região do Brasil - 2008-2019

	Nº de Caps		Municípios com pelo menos um CAPS		% de municípios com presença de CAPS	
	2008	2019	2008	2019	2008	2019
Norte	69	198	55	167	12,22	37,11
Nordeste	430	937	315	743	17,56	41,42
Sul	266	568	201	455	16,88	38,20
Sudeste	378	852	274	673	16,43	40,35
Centro-Oeste	69	204	55	172	11,80	36,91
Brasil	1.481	3.044	1.001	2.075	17,99%	37,29%

Fonte: Resultados da pesquisa, elaborado pelo autor a partir dos dados do DATASUS e CNES.

O crescimento do número de CAPS é evidente em todas as regiões do país. Conforme apresentado na Tabela 2, as regiões Norte e Centro-Oeste, que em 2008 apresentavam as menores participações relativas de municípios com CAPS, foram justamente aquelas que

registraram as maiores taxas de expansão ao longo do período, mais que triplicando seus percentuais de cobertura até 2019. Esse comportamento sugere a existência de um processo de convergência regional quanto à presença de CAPS, no qual as regiões inicialmente menos contemplados passaram a ampliar sua rede de atenção psicossocial de forma mais acelerada. Esse movimento reflete o esforço de descentralização promovido pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS como estrutura articuladora da atenção psicossocial e fortaleceu o cofinanciamento federal destinado à expansão dos serviços (Brasil, 2011).

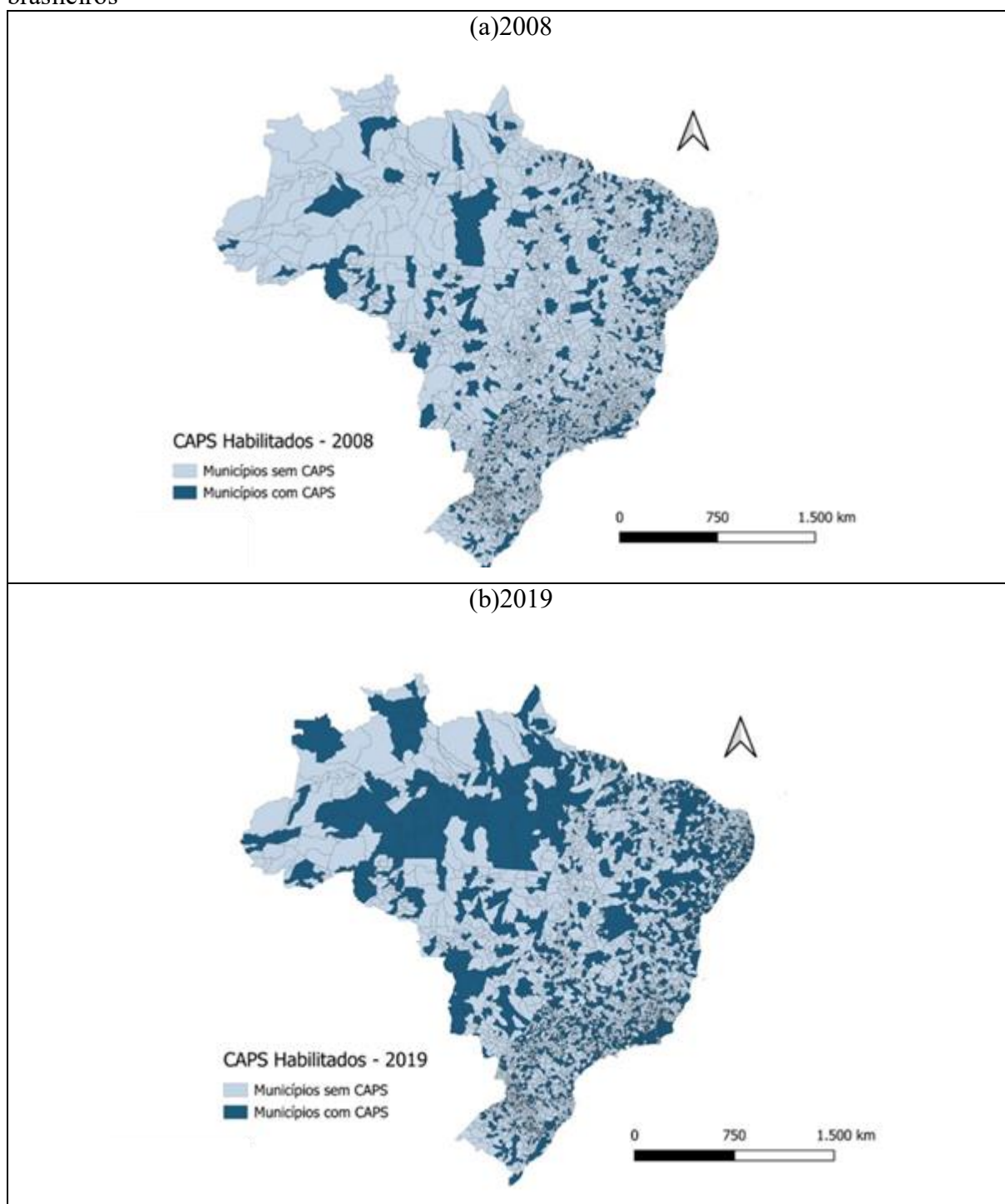
Ressalta-se que, mesmo nas regiões que inicialmente apresentavam maiores percentuais de municípios com CAPS - Nordeste (17,56%), Sul (16,88%) e Sudeste (16,43%) -, houve uma ampliação espacial desse serviço ao longo dos anos. Ainda assim, tal expansão não se deu de forma homogênea no território, uma vez que, em 2019, mais de 50% dos municípios de cada região permaneciam sem a presença de CAPS.

Ademais, a Figura 1 evidencia a existência de uma concentração espacial dos municípios beneficiários de CAPS, apresentando uma distribuição desigual no território, cenário que pode estar associado a um conjunto de fatores institucionais e administrativos. Entre as possíveis explicações, destacam-se diferenças na capacidade administrativa local e nas condições técnicas e financeiras necessárias à adesão aos incentivos federais, as quais podem influenciar a decisão municipal de implantação do serviço. Nesse contexto, a ausência de CAPS em determinados municípios não deve ser interpretada, *a priori*, como reflexo de menor demanda, mas como resultado de restrições e escolhas institucionais que contribuem para a conformação de trajetórias regionais heterogêneas (Brasil, 2004; Costa; Silva; Ribeiro, 2015).

Desse modo, a distribuição espacial dos CAPS, ainda desigual (Figura 1), expressa as assimetrias federativas que marcam o sistema público de saúde no Brasil, sobretudo nas políticas descentralizadas que exigem contrapartida municipal.

Esse padrão regional de implantação sinaliza a existência de um fenômeno recorrente nas políticas públicas brasileiras, referindo-se a assimetria federativa na capacidade de implementação. Municípios com maior arrecadação tributária e estrutura técnica consolidada tendem a aderir com maior facilidade às políticas descentralizadas, enquanto aqueles de pequeno porte enfrentam barreiras institucionais significativas. Tal heterogeneidade reforça a necessidade de mecanismos redistributivos de financiamento e de cooperação interfederativa, capazes de garantir maior equidade na consolidação da RAPS em todo o território nacional (Arretche, 2012; Machado; Lima, 2018).

Figura 1 - Centro de Atenção Psicossocial Habilitados em 2008 (a) e 2019 (b) – Municípios brasileiros



Fonte: Elaborado pelo autor, com o uso do *software* QGIS.

Na Tabela 3 tem-se a distribuição dos CAPS segundo o porte populacional dos municípios brasileiros em 2019, permitindo visualizar de forma sistematizada como a expansão territorial da rede se articula às diferentes escalas demográficas. A sistematização proposta cumpre papel central para compreender o grau de capilaridade da política de saúde mental e as disparidades na implantação dos serviços, refletindo as distintas capacidades de gestão e

financiamento entre os municípios. Além de subsidiar a análise empírica, a Tabela 3 reforça a importância de considerar o porte populacional como variável estruturante da oferta de serviços psicossociais e do alcance efetivo da RAPS no território nacional (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Delgado, 2019; Pitta *et al.*, 2020; WHO, 2022).

Tabela 3 - Total e percentual de municípios que tem CAPS – por porte municipal– Brasil - 2019

Porte	Total de municípios	Municípios com CAPS	Percentual de municípios com CAPS
Pequeno porte I	3797	531	13,98%
Pequeno porte II	1101	891	80,82%
Médio porte	349	334	95,70%
Grande porte	306	302	98,69%
Metrópole	18	18	100%
Total	5571	2076	37,3%

Fonte: Resultado da pesquisa, com dado originais do DATASUS

Nota: Municípios de Pequeno Porte I: até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte II: de 20.001 até 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte: de 50.001 até 100.000 habitantes; Municípios de Grande Porte: de 100.001 até 900.000 habitantes; Metrópole: 900.001 habitantes ou mais (Ministério do Desenvolvimento Social, 2025).

A Tabela 3 indica a existência de um padrão desigual quanto à presença de CAPS quando considerado grupos de municípios por porte: enquanto os municípios de pequeno porte I registram apenas 13,98% de presença dos serviços, essa proporção cresce de forma acentuada conforme se intensifica o porte populacional, atingindo 80,82% no pequeno porte II, 95,70% no médio porte, 98,69% no grande porte e chegando à cobertura total (100%) nas metrópoles. Esse padrão expressa um processo de expansão fortemente condicionado pela capacidade administrativa e fiscal dos municípios, evidenciando que a consolidação dos CAPS se deu de forma mais intensa nos municípios com maior estrutura de gestão e densidade de recursos técnicos (Pitta *et al.*, 2020; Delgado, 2019; WHO, 2022).

Nos municípios de pequeno porte I, a baixa cobertura decorre, em grande medida, de limitações estruturais - como a escassez de profissionais especializados, a insuficiência de financiamento próprio e a dificuldade de manter equipes multiprofissionais estáveis (Costa *et al.*, 2011; Onocko-Campos *et al.*, 2018). Além disso, a dependência de transferências federais e a ausência de escala econômica tornam inviável a implantação de serviços que exigem estrutura física e apoio técnico contínuo (Costa *et al.*, 2011; Brasil, 2015). Esse cenário reforça o papel das desigualdades federativas no campo da saúde mental, em que os municípios menores permanecem à margem da expansão da política e dependem de referências regionais para garantir o atendimento da população (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Amarante, 2016).

Nos municípios de médio e grande porte, por outro lado, a presença quase universal dos CAPS reflete a consolidação de redes locais mais estruturadas e integradas, que funcionam como polos regionais de referência para o cuidado em saúde mental. Nessas localidades, a existência de infraestrutura de saúde consolidada e a maior disponibilidade de profissionais favorecem o cumprimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a articulação dos CAPS com os demais pontos da rede. Contudo, essa concentração também evidencia um desafio persistente: o acesso desigual ao cuidado, sobretudo nas áreas rurais e em municípios menores, onde a ausência de cobertura restringe a efetividade do princípio da territorialização do SUS e reforça as barreiras geográficas e sociais ao tratamento (Lima; Yasui, 2019; Pitta *et al.*, 2020).

De modo geral, a análise da Tabela 3 demonstra que a expansão dos CAPS avançou em número e capilaridade, mas ainda de forma seletiva e dependente da capacidade institucional dos municípios. A política de saúde mental, portanto, não alcançou uma distribuição equitativa no território nacional, mantendo a concentração dos serviços nos espaços urbanos mais dinâmicos e deixando os pequenos municípios a uma condição de vulnerabilidade assistencial. Essa configuração reafirma a necessidade de estratégias de financiamento redistributivo e de cooperação federativa capazes de fortalecer a presença dos CAPS em regiões de menor densidade econômica, garantindo o princípio da equidade e a efetiva universalização do acesso ao cuidado psicossocial no país (Delgado, 2019; Pitta *et al.*, 2020; WHO, 2022).

Nesse sentido, torna-se relevante aprofundar a análise da expansão dos CAPS à luz das condições de vulnerabilidade econômica dos municípios, uma vez que a baixa cobertura observada entre municípios de pequeno porte está fortemente associada a restrições institucionais e financeiras mais severas. Para explicitar essa relação, a Tabela 4 apresenta uma comparação entre municípios classificados como extremamente pobres e os demais municípios brasileiros, considerando a média populacional e a proporção de cobertura por CAPS nos anos de 2008 e 2019. Essa desagregação permite avaliar se a trajetória de expansão dos CAPS ocorreu de forma diferenciada conforme o nível de vulnerabilidade econômica dos territórios, oferecendo um contexto analítico essencial para a interpretação dos resultados empíricos apresentados nas seções subsequentes.

Tabela 4 - Total e percentual de municípios que tem CAPS – Municípios extremamente pobres e demais municípios – Brasil - 2019

Municípios	Média populacional		Percentual de municípios com CAPS	
	2008	2019	2008	2019

Extremamente pobres	17.371	19.449	16,04%	45,59%
Demais municípios	38.356	41.975	18,49%	36,06%

Fonte: Resultado da Pesquisa

A Tabela 4 evidencia que a expansão dos CAPS ocorreu de forma diferenciada conforme o nível de vulnerabilidade econômica dos municípios. Em 2008, os municípios extremamente pobres apresentavam menor cobertura, com apenas 184 CAPS distribuídos em 1.147 municípios, o que correspondia a 16,04% do total. Em 2019, esse número se elevou para 437 CAPS em 1.026 municípios, ampliando a proporção de cobertura para 45,59%. Nos demais municípios, a cobertura inicial era ligeiramente superior em 2008, com 18,49% dos municípios sendo atendidos e avançou ao longo do período, alcançando uma cobertura de 36,06% em 2019. Esses resultados indicam que a política de saúde mental promoveu uma expansão relativamente mais intensa nos municípios extremamente pobres, resultando em maior cobertura percentual ao final do período. No entanto, essa ampliação quantitativa não elimina as desigualdades estruturais associadas à menor capacidade institucional desses municípios para consolidar redes de atenção psicossocial integradas, aspecto central para a interpretação.

Além da distribuição dos CAPS, a análise também buscou mensurar o grau de integração e consolidação da RAPS em cada território, uma vez que a efetividade dos CAPS depende diretamente da articulação entre os diferentes pontos da rede. A literatura evidencia que quanto mais estruturada e integrada for a RAPS - envolvendo atenção básica, urgência e emergência, unidades de acolhimento, serviços residenciais terapêuticos e ações intersetoriais - maior tende a ser o desempenho dos CAPS em termos de continuidade do cuidado, redução de internações e promoção da reabilitação psicossocial dos usuários. Dessa forma, avaliar o nível de consolidação da RAPS permite compreender se os efeitos observados sobre os indicadores de saúde mental decorrem apenas da presença dos CAPS ou do funcionamento articulado de toda a rede de atenção, condição essencial para a efetividade territorial da política pública (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Pitta *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020; WHO, 2022).

Neste sentido, foi construída uma classificação quanto ao grau de desenvolvimento dos elos da RAPS, conforme demonstrado na tabela 5, tendo como ponto de partida a presença de pelo menos um CAPS. A partir desses municípios, identificaram-se cinco componentes essenciais: atendimento de urgência, unidades de acolhimento (atendimento habitacional), leitos psiquiátricos em hospital geral, residências terapêuticas e estabelecimentos CAPS habilitados.

A partir da identificação dos elos da RAPS existentes nos municípios que contavam com CAPS, procedeu-se à classificação das redes municipais em cinco categorias, conforme o nível de estruturação observado. Considerou-se como RAPS completa aquelas em que o município apresentava, no mínimo, 83% dos elos previstos, incluindo obrigatoriamente a presença de CAPS. A categoria RAPS semicompleta compreendeu os municípios com cobertura entre 50% e 82% dos elos, também com CAPS. Já a RAPS pouco completa foi atribuída aos municípios que possuíam entre 33% e 49% dos elos identificados, mantendo-se a presença do CAPS. Por sua vez, a RAPS incipiente caracterizou-se pela existência do CAPS associada a uma cobertura inferior a 33% dos elos da rede. Por fim, os municípios que apresentavam exclusivamente o CAPS, sem articulação com outros dispositivos da RAPS, bem como aqueles sem a presença de CAPS, foram agrupados na categoria “Sem CAPS/RAPS”. Tal classificação possibilitou mensurar o grau de consolidação institucional das redes locais de atenção psicossocial, permitindo diferenciar os distintos níveis de organização, integração e maturidade dos serviços ofertados. Os resultados dessa classificação são apresentados na Tabela 5 e na Figura 2.

Tabela 5 - Percentual de municípios conforme a classificação dos elos da RAPS - por região e Brasil - 2019

Região	RAPS completa (%)	RAPS semicompleta (%)	RAPS pouco completa (%)	Incipiente (%)	Sem CAPS/RAPS (%)
Norte	6,67	35,11	2,67	0,00	55,56
Nordeste	9,25	39,52	6,24	0,00	44,98
Sul	15,45	25,86	9,66	0,25	48,78
Sudeste	10,07	45,26	10,85	0,18	33,63
Centro-Oeste	11,54	37,18	5,98	0,00	45,30
Média Brasil	10,81	37,77	8,04	0,11	43,28

Fonte: Resultados da pesquisa, elaborado pelo autor a partir dos dados do DATASUS e CNES.

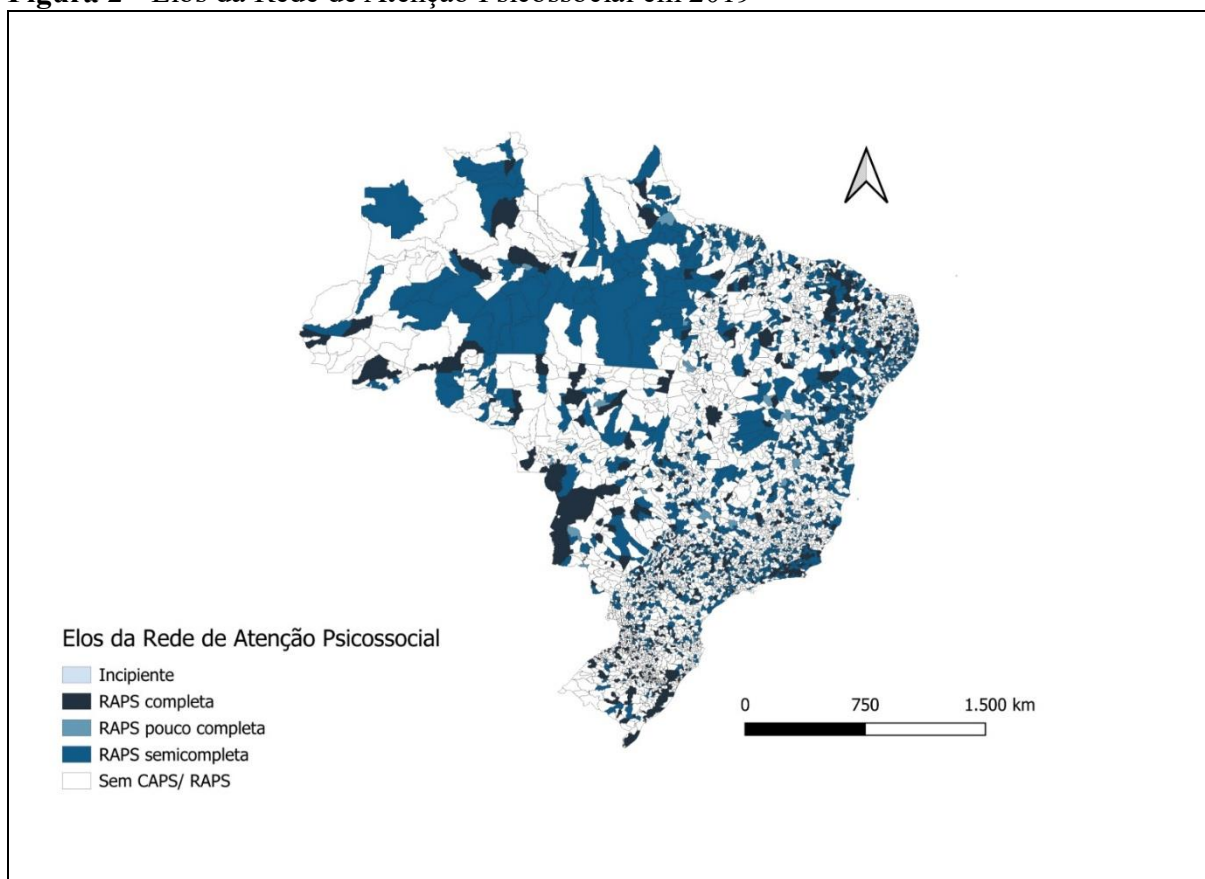
Os dados Tabela 5 evidenciam que apenas 10,81% dos municípios brasileiros apresentavam RAPS completas em 2019, enquanto 37,77% possuíam redes semicompletas e 8,04% apresentavam RAPS pouco completas. Além disso, 43,28% dos municípios ainda não dispunham de CAPS ou tinham CAPS sem nenhum outro elo da RAPS, e uma parcela incipiente (0,11%) encontrava-se em estágio inicial de implantação da rede.

As regiões Sul (15,45%) e Centro-Oeste (11,54%) concentravam a maior proporção de redes completas, resultado da trajetória histórica de fortalecimento institucional da saúde mental e da maior disponibilidade de infraestrutura e profissionais qualificados. O Sudeste, por sua vez, destaca-se pela alta proporção de RAPS semicompletas (45,26%), indicando um processo de expansão mais avançado, mas ainda em consolidação. Já o Nordeste, embora apresente cobertura significativa de CAPS (41,42% - Tabela 2), revela predominância de redes semicompletas (39,52%), o que evidencia esforços de interiorização, porém com limitações na integração entre os diferentes dispositivos. As regiões Norte (55,56%) e Centro-Oeste (45,30%) mantêm os maiores percentuais de municípios sem CAPS/RAPS, expressando lacunas estruturais e barreiras históricas à consolidação da atenção psicossocial. A presença incipiente, ainda que residual, simboliza o início de processos de capilarização em municípios que, apesar da implantação recente de serviços, permanecem distantes da estrutura mínima preconizada pela política de saúde mental, demandando maior apoio técnico e financeiro para alcançar estágios mais completos de organização da RAPS (Onocko-Campos *et al.*, 2018; Delgado, 2019; Pitta *et al.*, 2020; WHO, 2022).

O baixo percentual de redes classificadas como completas sugere que, embora a expansão quantitativa dos CAPS tenha sido significativa, o avanço qualitativo da RAPS permanece limitado. Essa constatação reforça o argumento de que a consolidação da atenção psicossocial não depende apenas da abertura de novos serviços, mas da capacidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção e da integração com políticas intersetoriais, como assistência social e habitação (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Pitta *et al.*, 2020).

A análise espacial da Figura 2 confirma essa heterogeneidade, revelando uma concentração das redes completas nas áreas mais urbanizadas e nos polos regionais, ao passo que a incompletude da RAPS é predominante em áreas interioranas e de baixa densidade populacional. Essa configuração territorial reforça a necessidade de políticas redistributivas e de cooperação federativa, capazes de reduzir as desigualdades na oferta de serviços e garantir o princípio da equidade previsto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 2 - Elos da Rede de Atenção Psicossocial em 2019



Fonte: Elaborado pelo autor no *software* QGIS.

Em uma perspectiva mais ampla, os resultados apresentados nesta seção indicam que a expansão dos CAPS não se limita à ampliação da oferta de serviços, mas representa a consolidação de um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Entretanto, a persistência de desigualdades regionais, a incompletude de muitas redes e as dificuldades de coordenação interfederativa evidenciam que a efetividade da RAPS depende de um redesenho institucional que combine descentralização com suporte técnico e financeiro contínuo. Somente a partir de um arranjo federativo cooperativo e equitativo será possível garantir a universalização do acesso e a integralidade do cuidado psicossocial no território brasileiro (Amarante, 2016; WHO, 2022).

Em síntese, entre 2008 e 2019, a política de saúde mental no Brasil avançou de forma consistente em termos de cobertura territorial, mas a consolidação da RAPS ainda é marcada por fragmentação e desigualdade regional. A ampliação dos CAPS representou uma conquista importante no processo de Reforma Psiquiátrica, consolidando o modelo comunitário de atenção, porém o desafio contemporâneo está em garantir a completude das redes locais, integrando os diferentes dispositivos da RAPS e assegurando que o direito à saúde mental seja efetivamente universal e territorializado (Amarante, 2016; Pitta *et al.*, 2020; WHO, 2022).

4.1 IMPACTO DOS CAPS SOBRE A INTERNAÇÃO E A MORTALIDADE FEMININA POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Considerando a evolução da implementação dos CAPS no Brasil entre 2008 e 2019, analisou-se em que medida essa política contribuiu para a redução das internações e da mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais. Para isso, estimou-se modelos de Diferenças-em-Diferenças escalonado, com efeitos dinâmicos estimados por meio da abordagem de estudo de eventos. A análise é conduzida com ênfase não apenas na significância estatística dos coeficientes estimados, mas também na sua coerência temporal, magnitude econômica e aderência aos mecanismos institucionais que orientam a política de saúde mental no Brasil. A análise contempla tanto o conjunto total de municípios quanto recortes específicos por nível de vulnerabilidade econômica, permitindo investigar a presença de heterogeneidade nos efeitos da política pública.

A interpretação dos resultados articula a leitura dos coeficientes estimados, dos intervalos de confiança e dos testes formais de significância estatística à evidência gráfica proveniente dos estudos de eventos, sempre à luz das hipóteses de identificação do modelo e do arcabouço institucional da Reforma Psiquiátrica brasileira e da RAPS. Essa abordagem integrada possibilita não apenas avaliar a existência de impactos médios, mas também compreender sua dinâmica temporal, sua estabilidade ao longo do tempo e sua coerência substantiva com os objetivos normativos e operacionais da RAPS.

À luz da estratégia empírica adotada, apresentam-se inicialmente os resultados para a amostra total de municípios brasileiros (Figura 3 e Tabela 6). Em particular, a Figura 1 apresenta os coeficientes estimados do estudo de eventos, possibilitando a análise da dinâmica temporal dos efeitos da implantação dos CAPS sobre as internações femininas por transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 6 - Efeitos dinâmicos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros

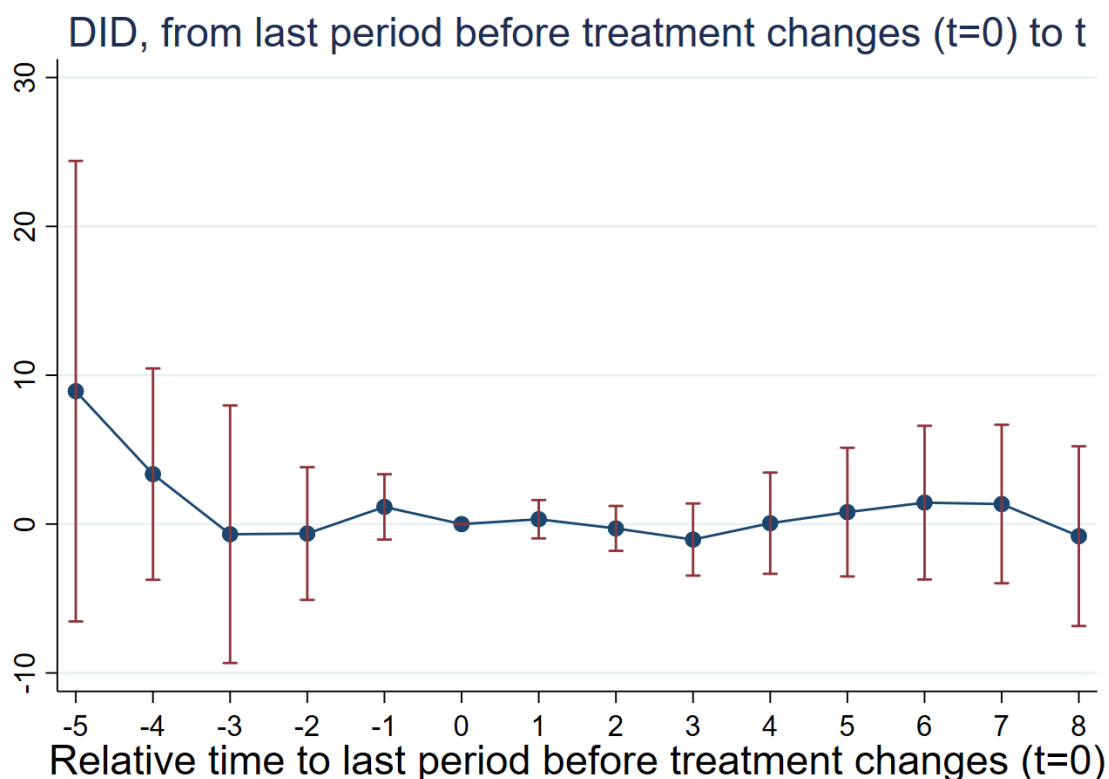
Efeito	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Efeito 1	0.3264 (0.6563)	-0.9600	1.6128	41.509	1.379
Efeito 2	-0.2896 (0.7691)	-1.7971	1.2178	37.007	1.334
Efeito 3	-1.038 (1.2358)	-3.4610	1.3833	32.591	1.271
Efeito 4	0.0599 (1.7351)	-3.3407	3.4607	28.642	1.204

Efeito 5	0.8017 (2.2040)	-3.5180	5.1215	24.802	1.149
Efeito 6	1.4408 (2.6348)	-3.7233	6.6050	21.035	1.046
Efeito 7	1.3476 (2.7163)	-3.9762	6.6715	17.371	898
Efeito 8	-0.8093 (3.0800)	-6.8461	5.2275	13.837	777
Teste de nulidade conjunta dos efeitos p- valor= 0.4847					
Efeito cumulativo médio (total) por unidade de tratamento					
Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades tratadas X Períodos	
0.2710 (2.0134)	-3.6752	4.2173	49.188	9058	
Nº médio de períodos de acumulação do efeito: 4.1107					
Testes de tendências paralelas e ausência de antecipação (Placebos)					
Placebo	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Placebo 1	1.1556 (1.1196)	-1.0387	3.3501	36.947	1.274
Placebo 2	-0.6535 (2.2743)	-5.0929	3.8222	28.563	1.125
Placebo 3	-0.6813 (4.4129)	-9.3306	7.9678	20.580	591
Placebo 4	3.3566 (3.6223)	-3.7430	10.4563	13.487	427
Placebo 5	8.9275 (7.8922)	-6.5409	24.3906	6.662	251
Teste de nulidade conjunta dos placebos: p-valor = 0.3485					

Fonte: Resultados da pesquisa obtidos a partir das estimações econométricas realizadas no *Software Stata 15*.

Nota: A tabela apresenta as estimativas dos efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais, obtidas a partir de um modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado. Os coeficientes são estimados em relação ao último período pré-tratamento. Os valores apresentados entre parênteses correspondem aos erros-padrão robustos, com *cluster* no nível municipal. As siglas IC inferior e IC superior referem-se, respectivamente, aos limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% associado a cada estimativa.

Figura 3 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações femininas por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros



Fonte: Resultado da pesquisa.

Nota: A figura ilustra a trajetória temporal dos efeitos estimados da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais, permitindo avaliar a dinâmica dos impactos ao longo do tempo e a estabilidade dos coeficientes em torno do período de adoção da política.

Os resultados obtidos a partir do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado, estimado com efeitos dinâmicos por meio do estudo de eventos (Tabela 6), não indicam evidência estatisticamente significativa de que a implantação dos CAPS tenha afetado a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais no conjunto dos municípios brasileiros ao longo do período analisado. Conforme ilustrado na Figura 3, os coeficientes associados aos diferentes períodos relativos à implantação da política - que capturam o efeito da presença dos CAPS em cada ano após a adoção do serviço - apresentam sinais alternados, sem confirmar um padrão temporal monotônico ou consistente, além de intervalos de confiança amplos que, em todos os horizontes temporais, abrangem o valor zero.

Essa instabilidade dos sinais e a elevada imprecisão estatística das estimativas pontuais indicam que, em termos agregados, não se observa um efeito dinâmico sistemático da política sobre o desfecho analisado. O teste conjunto desses coeficientes pós-implantação reforça essa evidência ao não rejeitar a hipótese nula de ausência de impacto médio da política, com p-valor igual a 0,485 (Tabela 6). Em termos substantivos, esse resultado sugere que a implantação dos CAPS não esteve associada, de forma estatisticamente detectável, nem à redução nem ao

aumento das internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais no horizonte temporal considerado.

O efeito médio acumulado da política, que sintetiza o impacto médio dos CAPS considerando simultaneamente todos os períodos posteriores à sua implantação, corrobora essa interpretação (Tabela 6). A estimativa pontual do efeito médio acumulado é igual a 0,27, indicando um efeito de magnitude reduzida e estatisticamente impreciso, acompanhado de erro-padrão elevado (2,01) e intervalo de confiança amplo $[-3,68; 4,22]$, indicando que o efeito médio agregado não é estatisticamente diferente de zero. Assim, quando considerados conjuntamente todos os anos após a implantação dos CAPS, não se identifica evidência empírica de alteração sistemática na dinâmica das internações femininas hospitalares.

Do ponto de vista da validade do desenho empírico, os testes placebo aplicados aos períodos pré-tratamento desempenham papel central na interpretação dos resultados. Os coeficientes estimados para esses períodos são estatisticamente não significativos, com intervalos de confiança que incluem o zero, e o teste conjunto desses coeficientes apresenta p-valor de 0,349 (Tabela 6). Esses achados indicam a ausência de tendências divergentes entre os grupos de tratamento e controle antes da implantação dos CAPS, não permitindo rejeitar a hipótese de tendências paralelas condicionais. Dessa forma, a estratégia de identificação causal adotada mostra-se consistente, reforçando que a ausência de efeitos estatisticamente significativos no período pós-tratamento não decorre de falhas metodológicas, mas reflete efetivamente um impacto médio agregado nulo da política sobre o desfecho analisado.

A leitura integrada dos resultados sugere, portanto, que os CAPS não exerceram influência estatisticamente significativa sobre a taxa de internações femininas por transtornos mentais e comportamentais no agregado nacional. Esse resultado, contudo, não deve ser interpretado como um fracasso da política, mas sim como um resultado coerente com a própria lógica institucional dos CAPS. Enquanto dispositivos centrais da Reforma Psiquiátrica, os CAPS têm como objetivo principal reorganizar o cuidado em saúde mental, ampliar o acesso a serviços comunitários, fortalecer o acompanhamento territorial e reduzir a dependência de internações prolongadas, sem que isso implique, necessariamente, uma redução imediata e uniforme das internações hospitalares em todos os contextos (Brasil, 2004; Amarante, 2007; Brasil, 2011).

Além disso, a forte inércia estrutural do sistema hospitalar, as desigualdades regionais na oferta de serviços (Figura 1) e as limitações de articulação plena da RAPS (conforme evidenciado na Tabela 5), podem contribuir para diluir, no plano agregado, eventuais efeitos locais ou contextuais da política (Brasil, 2011; Delgado *et al.*, 2011; Amarante, 2007). Nesse

sentido, a ausência de impacto médio nacional não invalida a efetividade dos CAPS, mas sugere que seus efeitos podem ser heterogêneos e condicionados a características socioeconômicas, institucionais e territoriais dos municípios.

Assim, os resultados aqui apresentados indicam que a política não gerou efeitos adversos - como aumento das internações -, tampouco produziu reduções estatisticamente significativas no agregado nacional. Esse resultado é compatível com a literatura que aponta que políticas de desinstitucionalização - operacionalizadas, no Brasil, sobretudo por meio dos CAPS - tendem a produzir impactos graduais, não lineares e fortemente dependentes da qualidade da implementação local e da articulação intersetorial da rede de serviços (Amarante, 2007; Delgado *et al.*, 2011; Brasil, 2011).

Isto posto, embora a análise para a amostra total não aponte efeitos estatisticamente significativos da implantação dos CAPS sobre as internações femininas hospitalares por transtornos mentais, esse resultado agregado pode ocultar heterogeneidades relevantes associadas às condições socioeconômicas dos municípios. Considerando que a efetividade de políticas públicas em saúde mental tende a depender do grau de vulnerabilidade econômica e da capacidade institucional local, a análise seguinte restringe a amostra aos municípios caracterizados por extrema pobreza, com o objetivo de investigar se os impactos da política se manifestam de forma diferenciada nesses contextos (Tabela 7 e Figura 4).

Tabela 7- Efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais em municípios com elevada vulnerabilidade econômica

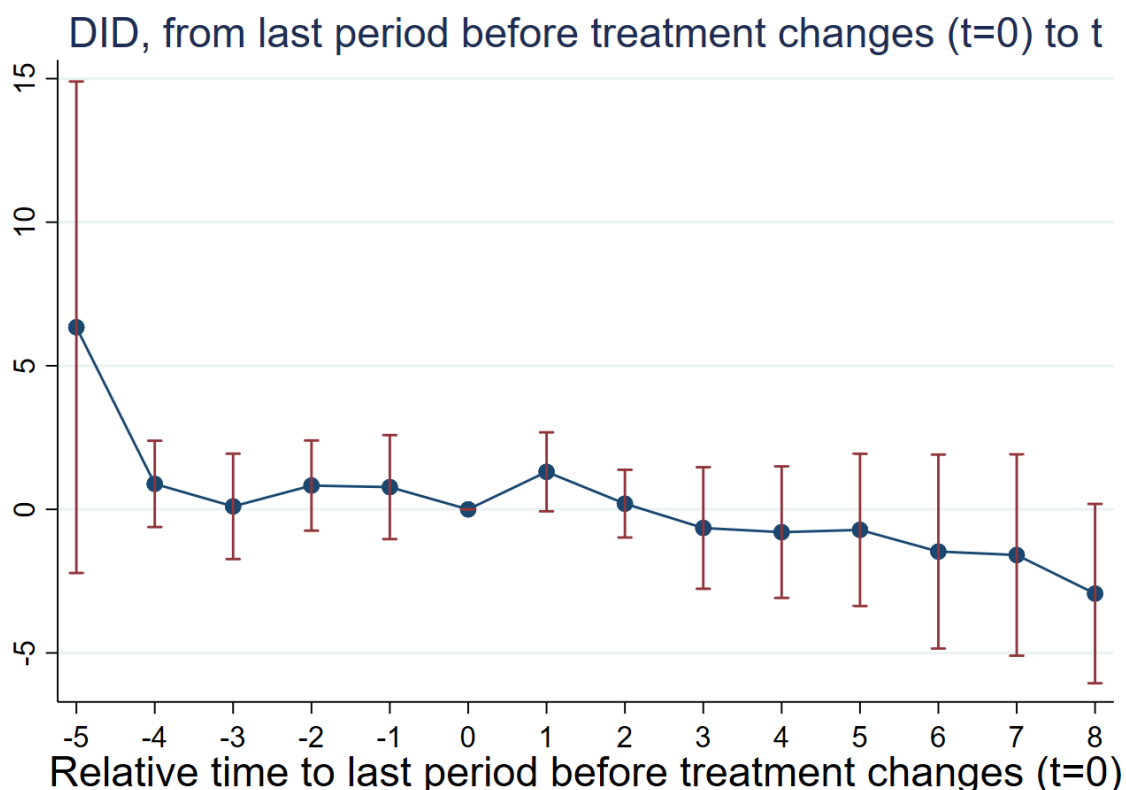
Efeito	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Efeito 1	1.3068 (0.7014)	-0.6794	2.6817	8.553	327
Efeito 2	0.1982 (0.6017)	-0.9810	1.3775	7.610	313
Efeito 3	-0,6492 (1.0799)	-2.7658	1.4674	6.702	300
Efeito 4	-0.7941 (1.1687)	-3.0849	1.4965	5.872	281
Efeito 5	-0.7157 (1.3527)	-3.3670	1.9354	5.069	269
Efeito 6	-1.4694 (1.7227)	-4.8460	1.9070	4.288	246
Efeito 7	-1.5905 (1.7885)	-5.0959	1.9149	3.530	205
Efeito 8	-2.9336 (1.5929)	-6.0557	0.1884	2.803	172
Teste de nulidade conjunta dos efeitos p- valor= 0.8105					

Efeito cumulativo médio (total) por unidade de tratamento					
Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades tratadas X Períodos	
-0.7369 (1.0441)	-2.7834	1.3095	10.339	2113	
Nº médio de períodos de acumulação do efeito: 4.0600					
Testes de tendências paralelas e ausência de antecipação (Placebos)					
Placebo	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Placebo 1	0.7749 (0.9240)	-1.0360	2.5859	7.590	293
Placebo 2	0.8282 (0.8011)	-0.7420	2.3986	5.836	245
Placebo 3	0.1035 (0.9366)	-1.7321	1.9393	4.190	148
Placebo 4	0.8873 (0.7666)	-0.6151	2.3898	2.740	109
Placebo 5	6.3414 (4.3466)	-2.2166	14.8995	1.350	64
Teste de nulidade conjunta dos placebos: p-valor = 0.3689					

Fonte: Resultados da pesquisa obtidos a partir das estimações econométricas realizadas no *Software Stata 15*.

Nota: A tabela apresenta as estimativas dos efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais em municípios com elevada vulnerabilidade econômica, obtidas a partir de um modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado. Os coeficientes são estimados em relação ao último período pré-tratamento. Os valores entre parênteses correspondem aos erros-padrão robustos, com *cluster* no nível municipal. As siglas IC inferior e IC superior referem-se, respectivamente, aos limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% associado a cada estimativa.

Figura 4 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos CAPS sobre a taxa de internações femininas por transtornos mentais e comportamentais em municípios de alta vulnerabilidade econômica



Fonte: Resultado da pesquisa.

Nota: A figura apresenta a evolução temporal dos efeitos estimados após a implantação dos CAPS, permitindo avaliar a dinâmica dos impactos e a eventual consolidação dos efeitos da política nos municípios mais vulneráveis ao longo do período analisado.

Nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, os resultados do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado indicam a presença de efeitos dinâmicos associados à implantação dos CAPS sobre a taxa de internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais. Diferentemente do observado na amostra agregada, a evidência empírica sugere que, nesse subconjunto de municípios, a política apresenta um comportamento temporal consistente, ainda que com significância estatística limitada quando se consideram os coeficientes individualmente.

Conforme apresentado no gráfico de *event study* (Figura 4), os coeficientes estimados para os períodos imediatamente posteriores à implantação dos CAPS situam-se próximos de zero ou levemente positivos, indicando ausência de impacto imediato da política. Entretanto, a partir dos períodos subsequentes, observa-se uma trajetória predominantemente descendente dos coeficientes, que passam a assumir valores negativos de forma progressiva. Essa dinâmica sugere que os efeitos da política não são instantâneos, mas se manifestam de maneira gradual e cumulativa ao longo do tempo.

Embora os coeficientes individuais não sejam estatisticamente significativos aos níveis usuais, o teste conjunto dos efeitos pós-tratamento rejeita a hipótese nula ao nível de 10%, indicando evidência estatística moderada de impacto agregado da política nesse grupo de municípios. Esse resultado é particularmente relevante, pois sinaliza que, quando considerados de forma conjunta, os efeitos ao longo do tempo apontam para uma redução sistemática das internações femininas associada à presença dos CAPS nos municípios mais vulneráveis.

No que se refere à validade do desenho empírico, os coeficientes estimados para os períodos pré-tratamento permanecem próximos de zero e estatisticamente não significativos, tanto individualmente quanto no teste conjunto dos placebos (Tabela 7). A estabilidade desses coeficientes no período anterior à implantação, visível no gráfico de *event study* (Figura 4), indica ausência de tendências divergentes entre os municípios tratados e de controle antes da política, não permitindo rejeitar a hipótese de tendências paralelas condicionais. Assim, a evidência sugere que a dinâmica observada no período pós-tratamento pode ser interpretada de forma causal.

A leitura integrada desses resultados (Figura 4 e Tabela 7) indica que, nos municípios em situação de maior vulnerabilidade econômica, observa-se uma tendência de redução das internações hospitalares femininas por transtornos mentais e comportamentais após a implantação dos CAPS. Contudo, os coeficientes estimados não alcançam significância estatística aos níveis convencionais, de modo que não é possível rejeitar a hipótese nula de ausência de efeito. Assim, os achados devem ser interpretados como estatisticamente inconclusivos. Ainda que a trajetória estimada apresente coerência temporal e substantiva com a literatura que destaca a maior dependência do sistema público de saúde em contextos de maior vulnerabilidade (Travassos *et al.*, 2011), os resultados não permitem afirmar a existência de impacto causal estatisticamente comprovado.

Esse padrão é compatível com a lógica institucional da Reforma Psiquiátrica e com o funcionamento da RAPS. Em territórios marcados por maior fragilidade socioeconômica, a introdução dos CAPS tende a representar uma mudança mais estrutural na organização do cuidado, favorecendo a substituição progressiva das internações hospitalares por estratégias territoriais, ambulatoriais e comunitárias (Brasil, 2004; Amarante, 2007; Brasil, 2011). Assim, a trajetória descendente dos coeficientes pós-tratamento sugere um processo de reorganização gradual do modelo assistencial, no qual a redução das internações emerge como resultado cumulativo da consolidação dos serviços ao longo do tempo.

Em comparação com os resultados obtidos para o conjunto dos municípios, essa evidência reforça a existência de heterogeneidade dos efeitos da política. Enquanto na média

nacional o impacto agregado é estatisticamente nulo, nos municípios mais vulneráveis observa-se um padrão consistente de redução das internações femininas, ainda que não tenha significância estatística. Esse contraste indica que os efeitos dos CAPS tendem a ser diluídos quando se considera a média nacional, mas tornam-se mais visíveis quando a análise é restrita a contextos em que a atuação da política é estruturalmente mais relevante.

A questão é que ainda há um percentual de municípios em extrema pobreza que não detêm CAPS (Tabela 4), o que evidencia que, embora os efeitos da política sejam mais claramente identificados nesses territórios, sua implementação ainda ocorre de forma incompleta e desigual. Em 2019, apenas 45,59% dos municípios classificados como extremamente pobres dispunham de ao menos uma unidade CAPS, indicando que mais da metade dessas localidades permanecia sem acesso direto a esse dispositivo central da RAPS. Essa configuração ajuda a compreender o contraste observado nas análises empíricas: os impactos positivos dos CAPS sobre a redução das internações femininas emergem justamente nos contextos de maior vulnerabilidade econômica, mas coexistem com um padrão de cobertura ainda limitado. Do ponto de vista teórico, a literatura aponta que municípios extremamente pobres enfrentam restrições institucionais, financeiras e administrativas mais severas, o que dificulta a implantação e a sustentação de serviços comunitários complexos, como os CAPS, mesmo quando a demanda por cuidado é elevada (Amarante, 2007; Delgado, 2019; Pitta *et al.*, 2020). Ademais, a expansão da RAPS tende a seguir uma lógica incremental e dependente da capacidade instalada, favorecendo municípios com maior densidade de serviços e retardando a consolidação da política em territórios mais frágeis (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Lima; Yasui, 2019).

Portanto, os resultados sugerem que a política dos CAPS não produz efeitos homogêneos no território nacional, mas apresenta maior efetividade relativa nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica. Esse achado reforça a importância de abordagens empíricas que considerem a heterogeneidade dos impactos das políticas públicas, especialmente no campo da saúde mental, em que os resultados dependem fortemente das condições institucionais, sociais e territoriais de implementação.

Concluída a análise dos efeitos da implantação dos CAPS sobre as internações femininas hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, passa-se a examinar um desfecho mais extremo, associado aos estágios finais do adoecimento: a mortalidade feminina relacionada a esses transtornos (Tabela 8 e Figura 5). A investigação desse indicador permite avaliar se os impactos da política, ainda que eventualmente detectáveis na utilização dos serviços

hospitalares, se traduzem em alterações nos desfechos finais de óbito, ampliando a compreensão sobre o alcance e os limites da atuação dos CAPS no âmbito da saúde mental.

Tabela 8 - Efeitos dinâmicos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros

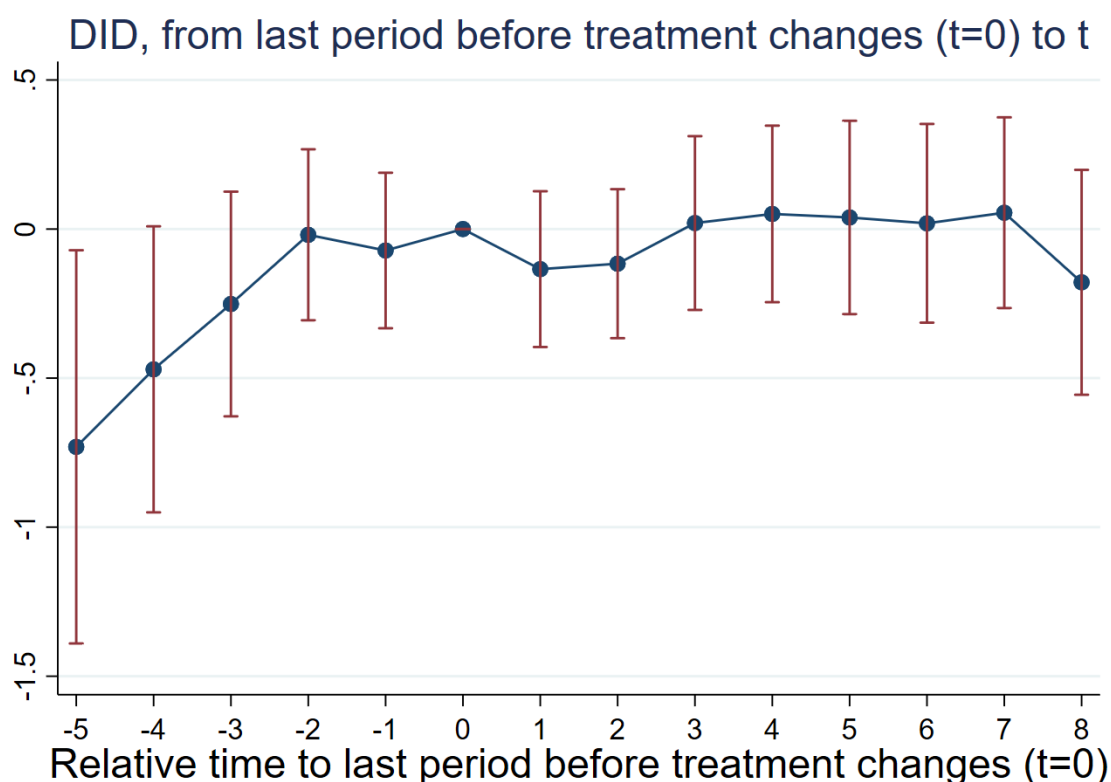
Efeito	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Efeito 1	-0.1345 (0.1333)	-0.3958	0.1268	41.509	1.379
Efeito 2	-0.1161 (0.1274)	-0.3660	0.1337	37.007	1.334
Efeito 3	0.0200 (0.1486)	-0.2713	0.3114	32.591	1.271
Efeito 4	0.0507 (0.1510)	-0.2454	0.3468	28.642	1.204
Efeito 5	0.3879 (0.1654)	-0.2855	0.3630	24.802	1.149
Efeito 6	0.1924 (0.1700)	-0.3140	0.3525	21.035	1.046
Efeito 7	0.5474 (0.1632)	-0.2652	0.3747	17.371	898
Efeito 8	-1.7872 (0.1924)	-0.5558	0.1984	13.837	777
Teste de nulidade conjunta dos efeitos p- valor= 0.6944					
Efeito cumulativo médio (total) por unidade de tratamento					
Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades tratadas X Períodos	
-0.4141 (0.1545)	-0.3443	0.2615	49.188	9058	
Nº médio de períodos de acumulação do efeito: 4.1107					
Testes de tendências paralelas e ausência de antecipação (Placebos)					
Placebo	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Placebo 1	-0.7198 (0.1330)	-0.3327	0.1887	36.974	1.274
Placebo 2	-0.1931 (0.1463)	-0.3060	0.2674	28.563	1.125
Placebo 3	-0.2514 (0.1922)	-0.6282	0.1254	20.580	591
Placebo 4	-0.4706 (0.2447)	-0.9503	0.0090	13.487	427

Placebo 5	-0.7306 (0.3364)	-1.3901	-0.7118	6.652	251
Teste de nulidade conjunta dos placebos: p-valor = 0.2990					

Fonte: Resultados da pesquisa obtidos a partir das estimações econométricas realizadas no *Software Stata 15*.

Nota: A tabela apresenta as estimativas do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado com efeitos dinâmicos para a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais. Os coeficientes capturam as variações associadas à implantação dos CAPS ao longo do tempo. Os valores apresentados entre parênteses correspondem aos erros-padrão robustos, com *cluster* no nível municipal. As siglas IC inferior e IC superior indicam, respectivamente, os limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% associado a cada estimativa.

Figura 5 - Estudo de eventos dos efeitos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais nos municípios brasileiros



Fonte: Resultado da pesquisa.

Nota: As estimações foram realizadas por meio do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado, com efeitos dinâmicos estimados via estudo de eventos (*event study*). Os coeficientes representam os efeitos relativos à implantação dos CAPS em relação ao último período pré-tratamento ($t = 0$), com intervalos de confiança de 95% e erros-padrão clusterizados ao nível municipal.

Os resultados obtidos a partir do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado aplicado à taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais não fornecem evidência empírica estatisticamente significativa de que a implantação dos CAPS tenha afetado esse desfecho ao longo do período analisado. Conforme ilustrado no gráfico de estudo de eventos (Figura 5), os coeficientes associados aos diferentes períodos relativos à adoção da política apresentam magnitudes reduzidas e sinais alternados no pós-tratamento, com intervalos de confiança amplos que, em todos os horizontes temporais considerados, incluem o

valor zero. Essa configuração indica ausência de um padrão dinâmico consistente ou monotônico de aumento ou redução da mortalidade feminina após a implantação dos CAPS.

A leitura visual do gráfico reforça essa interpretação, uma vez que os efeitos estimados no período pós-implantação oscilam em torno da linha zero, sem evidenciar trajetória descendente ou ascendente persistente ao longo do tempo. Essa combinação de sinais alternados dos coeficientes estimados e a ausência de significância estatística ao longo dos períodos analisados indica que, no agregado nacional, não se tem um padrão dinâmico consistente que possa ser atribuído à implantação dos CAPS sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais. O teste conjunto dos coeficientes pós-tratamento corrobora essa evidência ao não permitir rejeitar a hipótese nula de ausência de impacto médio agregado da política sobre o desfecho analisado.

No que se refere à validade do desenho empírico, os coeficientes estimados para os períodos pré-tratamento (*leads*) permanecem próximos de zero e estatisticamente não significativos, tanto individualmente quanto de forma conjunta (Tabela 8). A ausência de padrões sistemáticos diferenciados entre municípios tratados e de controle antes da implantação dos CAPS, visível no gráfico de *event study* (Figura 5), é compatível com os resultados dos testes placebo pré-tratamento e não indica violações da hipótese de tendências paralelas condicionais. Assim, a inexistência de efeitos estatisticamente significativos no período pós-tratamento não pode ser atribuída a falhas de identificação, mas reflete efetivamente um impacto médio agregado nulo da política sobre a mortalidade feminina.

Do ponto de vista substantivo, esse resultado é coerente com a própria lógica institucional e com os mecanismos de atuação dos CAPS no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental. Enquanto dispositivos centrais da RAPS, os CAPS têm como objetivo primordial a reorganização do cuidado em saúde mental, o fortalecimento do acompanhamento territorial e a substituição progressiva das internações hospitalares por estratégias comunitárias e ambulatoriais (Brasil, 2004; Amarante, 2007; Brasil, 2011). Tais mecanismos tendem a incidir de forma mais direta sobre padrões de utilização dos serviços de saúde - como internações e atendimentos ambulatoriais - do que sobre desfechos mais raros, complexos e menos sensíveis no curto e médio prazo, como a mortalidade.

Além disso, a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais constitui um desfecho extremo, fortemente condicionado por fatores estruturais, clínicos e sociais de longa duração, como a gravidade dos quadros, a presença de comorbidades, o acesso contínuo ao tratamento e a articulação intersetorial da rede de serviços (WHO, 2014; Brasil, 2011). Nesse contexto, mesmo que os CAPS contribuam para a melhoria do acompanhamento e da qualidade

do cuidado, seus efeitos sobre a mortalidade tendem a ser diluídos no plano agregado e a se manifestar, quando existentes, apenas no longo prazo ou em contextos específicos.

Em síntese, a evidência empírica sugere que a expansão dos CAPS, no período analisado, não produziu efeitos estatisticamente detectáveis sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais no conjunto dos municípios brasileiros. Esse resultado não deve ser interpretado como indicativo de inefetividade da política, mas como um achado compatível com o escopo de atuação dos CAPS e com a natureza do desfecho analisado, caracterizado por baixa frequência e elevada complexidade causal.

Considerando que os impactos da política podem depender de condições socioeconômicas, institucionais e territoriais específicas, a análise subsequente aprofunda a investigação ao examinar se efeitos diferenciados emergem quando o foco é direcionado aos municípios caracterizados por elevada vulnerabilidade econômica, nos quais a dependência do sistema público de saúde é mais intensa e as limitações estruturais podem potencializar ou restringir os efeitos da atuação dos CAPS sobre a mortalidade feminina.

Assim como na análise das interações, a inexistência de efeitos estatisticamente significativos da implantação dos CAPS sobre a mortalidade feminina na amostra total pode refletir a presença de heterogeneidades associadas às condições socioeconômicas locais. Diante disso, a análise a seguir restringe-se aos municípios caracterizados por extrema pobreza, com o objetivo de investigar se a política apresenta impactos diferenciados sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em contextos de maior vulnerabilidade econômica (Tabela 9 e Figura 6).

Tabela 9 - Efeitos dinâmicos da implantação dos CAPS sobre a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em municípios com elevada vulnerabilidade econômica

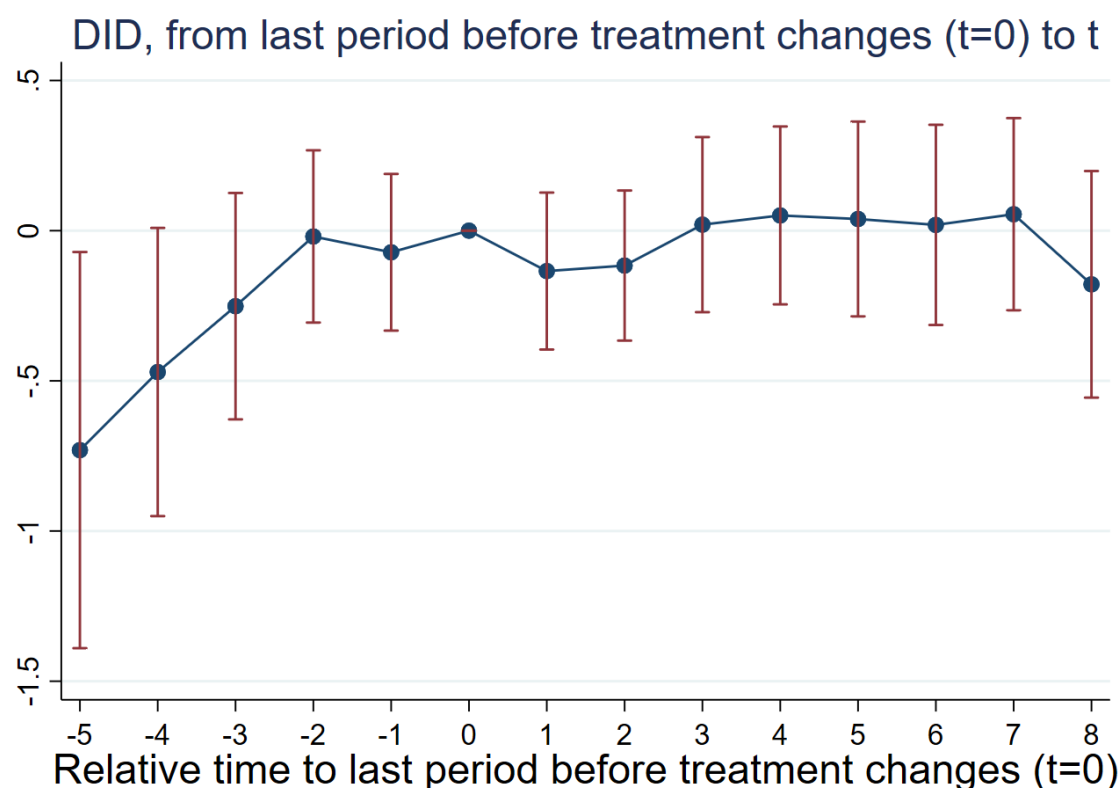
Efeito	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Efeito 1	0.0341 (0.2991)	-0.5521	0.6205	8.553	327
Efeito 2	0.0455 (0.2682)	-0.4802	0.5713	7.610	313
Efeito 3	0.0642 (0.2805)	-0.4855	0.6141	6.702	300
Efeito 4	0.2332 (0.2942)	-0.3435	0.8100	5.872	281
Efeito 5	0.0900 (0.2985)	-0.4951	0.6752	5.069	269
Efeito 6	0.0172 (0.3011)	-0.5729	0.6074	4.288	246

Efeito 7	0.0220 (0.3030)	-0.5719	0.6160	3.530	205
Efeito 8	-0.1347 (0.3591)	-0.8386	0.5691	2.803	172
Teste de nulidade conjunta dos efeitos p- valor= 0.9938					
Efeito cumulativo médio (total) por unidade de tratamento					
Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades tratadas X Períodos	
0.6738 (0.2588)	-0.4399	0.5747	10.339	2.113	
Nº médio de períodos de acumulação do efeito: 4.0600					
Testes de tendências paralelas e ausência de antecipação (Placebos)					
Placebo	Estimativa	IC inferior	IC superior	Nº de observações	Unidades com mudança de tratamento
Placebo 1	-0.0555 (0.2652)	-0.5754	0.4642	7.590	293
Placebo 2	0.5072 (0.3472)	-0.1734	1.1879	5.836	245
Placebo 3	0.2624 (0.3852)	-0.7288	0.7813	4.190	148
Placebo 4	-0.3793 (0.4280)	-1.2183	0.4596	2.740	109
Placebo 5	-0.8884 (0.5509)	-1.9683	0.1914	1.350	64
Teste de nulidade conjunta dos placebos: p-valor = 0.1629					

Fonte: Resultados da pesquisa obtidos a partir das estimações econométricas realizadas no *Software Stata 15*.

Nota: A tabela apresenta as estimativas do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado com efeitos dinâmicos para a taxa de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em municípios caracterizados por elevada vulnerabilidade econômica. Os valores apresentados entre parênteses correspondem aos erros-padrão robustos, com *cluster* no nível municipal. As siglas IC inferior e IC superior referem-se, respectivamente, aos limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% associado a cada estimativa.

Figura 6 - Estudo de eventos do impacto da implantação dos CAPS sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais em municípios extremamente pobres



Fonte: Resultado da pesquisa.

Nota: A figura ilustra a dinâmica temporal dos efeitos estimados da implantação dos CAPS sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais em municípios mais vulneráveis, permitindo avaliar a estabilidade dos coeficientes ao longo do período analisado.

No caso da mortalidade feminina por transtornos mentais, considerando exclusivamente os municípios classificados como extremamente pobres, os resultados do modelo de Diferenças-em-Diferenças escalonado não indicam evidência estatisticamente significativa de impacto associado à implantação dos CAPS. Conforme apresentado no gráfico de *event study* (Figura 6), os coeficientes estimados para os períodos pós-tratamento permanecem sistematicamente próximos de zero, sem revelar uma trajetória temporal monotônica ou um padrão dinâmico consistente que pudesse ser interpretado como efeito da política sobre o desfecho analisado.

Os intervalos de confiança associados a esses coeficientes abrangem o valor nulo em todos os períodos, e o teste conjunto dos efeitos pós-tratamento não rejeita a hipótese nula de ausência de impacto médio agregado da política (Tabela 9). Dessa forma, não se observa evidência empírica de que a implantação dos CAPS tenha alterado, de maneira estatisticamente detectável, o nível de mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais nesse subconjunto de municípios.

No que se refere à validade do desenho empírico, os coeficientes estimados para os períodos pré-tratamento também permanecem próximos de zero e estatisticamente não significativos, tanto individualmente quanto nos testes placebo conjuntos. Esse comportamento, visualmente corroborado pela estabilidade dos coeficientes no período anterior à implantação apresentada na Figura 6, indica ausência de tendências divergentes entre os grupos de tratamento e controle antes da política, não permitindo rejeitar a hipótese de tendências paralelas condicionais. Assim, a evidência sugere que a inexistência de efeitos no período pós-tratamento não decorre de problemas de especificação, mas reflete um impacto médio efetivamente nulo da política sobre o desfecho analisado.

A leitura integrada desses resultados indica que, mesmo em contextos de elevada vulnerabilidade econômica, a atuação dos CAPS não esteve associada a alterações estatisticamente significativas na mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais. Esse achado contrasta com os efeitos observados sobre o uso de serviços hospitalares, particularmente no que se refere à redução das internações psiquiátricas, e sugere que a política exerce maior influência sobre padrões de utilização dos serviços de saúde do que sobre desfechos finais de mortalidade.

Do ponto de vista substantivo, esse resultado é compatível com a natureza do desfecho analisado. A mortalidade por transtornos mentais constitui um evento relativamente raro (Prince *et al.*, 2007), fortemente influenciado por fatores clínicos, sociais e institucionais de longo prazo, e menos sensível a intervenções de base comunitária nos curto e médio prazos (Prince *et al.*, 2007; WHO, 2014). Ademais, os CAPS têm como foco central a reorganização do cuidado, a redução da cronificação institucional e a ampliação do acompanhamento territorial (Brasil, 2004), objetivos que tendem a impactar prioritariamente a morbidade, a utilização dos serviços e a qualidade do cuidado, e não necessariamente a mortalidade de forma direta e imediata.

Assim, os resultados sugerem que, embora os CAPS desempenhem papel relevante na reorganização da atenção em saúde mental, especialmente nos municípios extremamente pobres - conforme evidenciado nos resultados acerca das internações femininas desses municípios -, seus efeitos sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais não se mostram estatisticamente detectáveis, mesmo em municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica. Esse achado reforça a importância de distinguir entre diferentes dimensões de impacto das políticas de saúde mental, evidenciando que a ausência de efeito sobre a mortalidade não invalida a efetividade da política em outras dimensões fundamentais do cuidado.

Em síntese, os resultados indicam que a política de implantação dos CAPS não produz efeitos homogêneos no território nacional. Na amostra total de municípios brasileiros, não se observam impactos estatisticamente significativos sobre as internações ou sobre a mortalidade feminina por transtornos mentais e comportamentais, resultado que não decorre de falhas de identificação, mas da inexistência de um efeito médio agregado detectável.

Por outro lado, quando a análise é restrita aos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, emerge um padrão dinâmico consistente de redução gradual das internações femininas, sugerindo que os efeitos da política se manifestam de forma mais pronunciada em contextos de maior dependência dos serviços públicos de saúde. Em contraste, mesmo nesses municípios, não se identificam impactos estatisticamente significativos sobre a mortalidade feminina, desfecho mais raro e menos sensível às intervenções comunitárias.

Esses achados reforçam a interpretação de que os CAPS exercem influência primordialmente sobre a organização do cuidado e a utilização dos serviços de saúde mental, mais do que sobre desfechos finais de óbito, e evidenciam a importância de considerar explicitamente a heterogeneidade espacial dos efeitos das políticas públicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo central avaliar o impacto dos CAPS, enquanto estratégia central da Política Nacional de Saúde Mental, sobre a internação e mortalidade por transtornos mentais e comportamentais em mulheres com 18 anos ou mais nos municípios brasileiros.

A partir desse objetivo, os resultados obtidos indicam que, ao considerar o conjunto dos municípios brasileiros, não se observam efeitos estatisticamente significativos da presença dos CAPS sobre as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais em mulheres adultas, quando analisados de forma agregada. De maneira geral, essa evidência sugere que, em um contexto nacional marcado por elevada heterogeneidade territorial, institucional e socioeconômica, a existência formal do serviço não se traduz automaticamente em mudanças mensuráveis nos desfechos associados ao cuidado hospitalar em saúde mental. Isso indica que a efetividade da política depende de condições estruturais, organizacionais e sociais que extrapolam a simples implantação do equipamento de saúde.

De forma consistente, a análise dos efeitos da política sobre a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais também não aponta resultados estatisticamente significativos quando se considera o conjunto dos municípios brasileiros. Esse resultado reforça a interpretação de que desfechos mais extremos, como a mortalidade, tendem a responder de maneira mais indireta e gradual às políticas de saúde mental, estando fortemente condicionados à qualidade do cuidado ofertado, à continuidade do acompanhamento e à articulação dos CAPS com os demais níveis da rede de atenção à saúde.

Cabe destacar que a análise empírica contemplou um amplo conjunto de municípios brasileiros, abrangendo 5.565 municípios na amostra total, o que confere elevada abrangência territorial e robustez aos resultados agregados. Adicionalmente, a análise focalizada nos municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica considerou 1.147 municípios classificados como extremamente pobres, segundo critérios oficiais adotados pelo governo federal. Essa distinção amostral permite avaliar de forma mais precisa como os efeitos da política de saúde mental se manifestam em contextos socioeconômicos distintos, reforçando a importância de abordagens analíticas sensíveis às desigualdades territoriais.

Nesse contexto, ao direcionar a análise para um subconjunto de municípios caracterizados por maior vulnerabilidade econômica, os resultados apontam para um comportamento distinto. Nesses territórios, identificam-se indícios de efeitos mais consistentes associados à atuação dos CAPS, sugerindo que a política tende a exercer um papel mais relevante justamente onde as fragilidades institucionais, a escassez de serviços especializados e as condições adversas de

vida ampliam a demanda por cuidados em saúde mental. Essa heterogeneidade dos efeitos evidencia que a relevância dos CAPS é particularmente acentuada em contextos nos quais a vulnerabilidade econômica intensifica tanto o risco de adoecimento mental quanto a gravidade de seus desfechos, especificamente referindo-se às internações.

A maior efetividade observada nos municípios economicamente mais vulneráveis pode ser compreendida à luz do próprio desenho da política de saúde mental no Brasil. Nesses territórios, os CAPS frequentemente representam uma ampliação substantiva da oferta de cuidado psicossocial, funcionando como principal ponto de acesso a serviços especializados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, ao substituir ou complementar o modelo hospitalocêntrico tradicional, os CAPS tendem a contribuir para a redução da dependência de internações psiquiátricas e, potencialmente, para a mitigação de desfechos mais graves associados ao sofrimento psíquico, como a mortalidade, ainda que esses efeitos dependam de processos cumulativos e de longo prazo (Brasil, 2011).

Do ponto de vista das diretrizes de política pública e da organização do sistema de saúde, os resultados deste estudo ressaltam a relevância de estratégias que priorizem não apenas a expansão, mas o fortalecimento qualificado dos CAPS em áreas socialmente mais vulneráveis, onde seus efeitos potenciais parecem ser mais expressivos. Isso envolve investimentos em infraestrutura, equipes multiprofissionais completas, integração efetiva com a atenção básica e articulação com outros serviços da RAPS, além do diálogo com políticas intersetoriais voltadas à redução das vulnerabilidades sociais que atravessam o sofrimento psíquico, como pobreza, desigualdade de gênero e exclusão social (WHO, 2013).

Nesse sentido, os achados sugerem que a eficácia dos CAPS tende a ser ampliada quando inserida em um arranjo institucional mais robusto e sensível às especificidades locais. A articulação entre saúde, assistência social e políticas de proteção social pode potencializar os efeitos da atenção psicossocial, sobretudo entre mulheres adultas, grupo que apresenta padrões específicos de adoecimento mental e de utilização dos serviços de saúde, frequentemente associados a trajetórias marcadas por desigualdades estruturais (Victora *et al.*, 2011).

Com base na evidência apresentada na Tabela 4, observa-se que a política de saúde mental ainda não alcançou de forma plena os municípios em situação de extrema pobreza, uma vez que, em 2019, menos da metade dessas localidades dispunha de ao menos uma unidade CAPS. Essa lacuna é particularmente relevante porque os resultados empíricos deste estudo indicam que é justamente nesses territórios que a presença dos CAPS tende a produzir efeitos mais consistentes sobre a redução das internações femininas por transtornos mentais e comportamentais. A coexistência entre baixa cobertura e maior efetividade potencial reforça a

necessidade de que a expansão e o fortalecimento dos CAPS em municípios extremamente pobres sejam tratados como prioridade estratégica da política pública, não apenas como medida de ampliação da oferta de serviços, mas como instrumento central de enfrentamento das desigualdades territoriais em saúde mental.

Por fim, este trabalho apresenta limitações que devem ser explicitadas. Em primeiro lugar, a análise baseia-se em dados administrativos do SIH/SUS, os quais podem estar sujeitos a problemas de subnotificação e à heterogeneidade na qualidade dos registros entre municípios, o que pode afetar a mensuração tanto das internações quanto da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais. Em segundo lugar, os desfechos utilizados capturam apenas uma dimensão do funcionamento da política de saúde mental, não contemplando aspectos qualitativos fundamentais do cuidado, como a continuidade do acompanhamento, a qualidade da atenção prestada e os processos de reinserção social dos usuários.

Além disso, uma limitação relevante deste estudo decorre do nível de agregação da análise, que se baseia em efeitos médios municipais da implantação dos CAPS. Embora essa abordagem seja adequada para avaliar impactos da política em escala territorial, ela não permite identificar diretamente os efeitos do acesso individual aos serviços, isto é, a comparação entre indivíduos efetivamente atendidos pelos CAPS e aqueles que não utilizaram esses serviços. A adoção de uma estratégia empírica em nível individual exigiria a disponibilidade de bases de dados que permitissem a identificação clara de grupos de tratamento e controle, o que atualmente constitui uma restrição relevante, especialmente no que se refere à construção de um grupo de controle apropriado. Nesse contexto, não se pode descartar a possibilidade de que os efeitos estimados estejam subestimados ou superestimados, razão pela qual os resultados devem ser interpretados com cautela. Estudos futuros devem avançar nessa agenda a partir da construção de bases de dados ou do aprimoramento dos sistemas de informação existentes, possibilitando análises em nível individual e estimativas mais precisas dos impactos dos CAPS sobre a saúde mental da população.

Ademais, embora a estratégia empírica adotada seja consistente com a literatura recente e permita uma avaliação rigorosa dos efeitos médios da política, não é possível descartar integralmente a influência de fatores institucionais não observáveis que variam ao longo do tempo e possam afetar simultaneamente a implantação dos CAPS e os desfechos analisados. Essas limitações não invalidam os resultados, mas indicam caminhos relevantes para pesquisas futuras, que podem explorar indicadores adicionais, abordagens qualitativas e análises em nível individual, contribuindo para um entendimento mais abrangente dos mecanismos por meio dos quais os CAPS impactam a saúde mental da população feminina no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALLAWAY, Brantly; SANT'ANNA, Pedro H. C. Difference-in-Differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, v. 225, n. 2, p. 200–230, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.12.001>.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. A reforma psiquiátrica no SUS e a política de saúde mental no Brasil: impasses e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 67-81, 2004.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. Saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil: impasses e desafios. *Revista Saúde em Debate*, v. 28, n. 67, p. 59–70, 2004.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- ANDRADE, Luciana O.; PAIVA, André S. Desinstitucionalização e segurança pública: dilemas da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 9, p. e00123418, 2019.
- ANDREOLI, S. B. *et al.* Custos de internações psiquiátricas no Brasil: estudo de 2000 a 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 4, p. 307–314, 2007.
- ANDREOLI, S. B. *et al.* Utilização dos serviços de saúde mental no Brasil: resultados de um levantamento nacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 19-27, 2007.
- ANGRIST, Joshua D.; PISCHKE, Jörn-Steffen. **Mostly harmless econometrics: an empiricist's companion**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- BARBOSA, G. R.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. R. Políticas sociais e saúde mental: o impacto do Programa Bolsa Família. *Revista Políticas Públicas*, v. 14, n. 1, p. 45-59, 2022.

BARBOSA, R. J. *et al.* The impact of the Bolsa Família Program on mental health: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 1–15, 2022.

BBC NEWS BRASIL. Mulheres no Brasil trabalham quase o dobro em afazeres domésticos em comparação aos homens. **BBC News Brasil**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BORBA, L. O. *et al.* Perfil de usuários de CAPS no Brasil: vulnerabilidade social e gênero. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 199–215, 2017.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: evolução histórica e implantação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica de financiamento da Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 12-2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS: Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da COVID-19, Brasília: Ministério da Saúde, 2020.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 12-2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS: Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [SciELO Saúde Pública](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica: saúde mental e apoio psicossocial na atenção especializada, Brasília: Ministério da Saúde, 2021.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica: saúde mental e apoio psicossocial na atenção especializada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [SciELO Saúde Pública](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002: Institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com**

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YJthwW4VYj6N59BjdS94FJM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: 15 anos de avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: 15 anos da Lei nº 10.216/2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): documentação técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Brasil Sem Miséria.** Brasília: MDS, 2014.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 out. 2025.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 01 out. 2025.

BRITO, A. S. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em adultos brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220009, 2022.

BRITO, M. *et al.* Depressão autorreferida no Brasil: evidências de gênero (2013–2019). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, n. 2, 2022.

CALLAWAY, B.; SANT'ANNA, P. H. C. Difference-in-Differences with multiple time periods. **Journal of Econometrics**, v. 225, n. 2, p. 200–230, 2021.

CALLAWAY, Brantly; SANT'ANNA, Pedro H. C. Difference-in-Differences with multiple time periods. **Journal of Econometrics**, v. 225, n. 2, p. 200–230, 2020. DOI: 10.1016/j.jeconom.2020.12.001.

CAMPOS, C. R. **Reforma psiquiátrica e a implantação dos CAPS no Brasil**. São Paulo: 1999.

CAMPOS, F. O.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. R. Avaliação da política de saúde mental no Brasil: revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1-15, 2020.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Política de Saúde Mental no Brasil: trajetória, avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2013-2024, 2018.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, Rosana O.; FURTADO, Juarez P. **Política de Saúde Mental no Brasil: o que a pesquisa tem a dizer?** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 25-34, 2008.

CAPILI, B. An Introduction to the Quasi-Experimental Design. PMC, n. 11741180, 2024.

CAPISTRANO, M. S. *et al.* **Projeto Caminhos em Saúde Mental: avanços e desafios**. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2763-2773, 2021.

CAPISTRANO, V. D. *et al.* **Saúde mental de mulheres no Brasil: uma revisão de escopo**. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4079–4092, 2021.

CHAISSSE MARTIN, C. de; D'HAULTFOEUILLE, X. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. **American Economic Review**, v. 110, n. 9, p. 2964–2996, 2020.

CHISHOLM, D. *et al.* Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 5, p. 415-424, 2016.

COLLAWAY, B.; SANT'ANNA, P. H. C. Difference-in-Differences with Multiple Time Periods. **Journal of Econometrics**, v. 218, n. 2, p. 291–314, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção psicossocial e saúde mental**. Brasília: CONASS, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

COSTA, C. *et al.* Impactos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: evidências recentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e1–e9, 2020.

COSTA, R. M. *et al.* CAPS e vulnerabilidade de gênero: estudo de caso em municípios brasileiros. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 1, p. 1-18, 2022.

DE CHAISEMARTIN, C.; D’HAULTFOEUILLÉ, X. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American Economic Review*, v. 110, n. 9, p. 2964–2996, 2020.

DE CHAISEMARTIN, C.; D’HAULTFOEUILLÉ, X. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American Economic Review*, v. 110, n. 9, p. 2915–2946, 2020.

DE CHAISEMARTIN, Clément; D’HAULTFOEUILLÉ, Xavier. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American Economic Review*, v. 110, n. 9, p. 2964–2996, 2020. DOI: 10.1257/aer.20181169.

DE CHAISEMARTIN, Clément; D’HAULTFOEUILLÉ, Xavier. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American Economic Review*, v. 110, n. 9, p. 2964–2996, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1257/aer.20181169>.

DE PAULI, A. J. C. Expansion of Psychosocial Care Centers and their... *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 5, e20220377, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10561945/>. Acesso em: 01 out. 2025.

DELGADO, P. G. G. A política de saúde mental brasileira: trajetória, avanços e retrocessos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019.

DELGADO, P. G. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2019.

DELGADO, P. G. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Desinstitucionalização, redes substitutivas e políticas públicas de saúde mental no Brasil: 30 anos de Reforma Psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 11, n. 30, p. 19–34, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. O retorno do hospital psiquiátrico: retrocessos na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 11, n. 30, p. 1–10, 2019.

DIAS, B. H.; FONTES, A. The Effects of Deinstitutionalization of Mental Health Care in Brazil. *Journal of Human Capital*, v. 18, n. 1, p. 1–35, 2024.

DIAS, Gabriel; FONTES, Adriana. Reforma Psiquiátrica e Centros de Atenção Psicossocial: efeitos sobre a oferta de serviços, internações, gastos e indicadores sociais no Brasil. **Revista de Economia e Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 45–68, 2024.

DIAS, M.; FONTES, R. Impactos da reforma psiquiátrica no Brasil: evidências a partir dos CAPS. **Revista Brasileira de Economia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 55-78, 2024.

DIAS, Mateus; FONTES, Luiz Felipe. *The Effects of a Large-Scale Mental-Health Reform: Evidence from Brazil*. MPRA Paper No. 104753, 2020.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Desafios para o trabalho em rede: articulação intersetorial e cuidado em saúde mental. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1089–1110, 2017.

DUAN, Z.; LEE, S.; LEE, G. Evaluation of the effect of a low-carbon green city policy on carbon abatement in South Korea: A city-level analysis based on PSM-DID and LSA models. **Ecological Indicators**, v. 160, 111867, 2024.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00042620, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/>. Acesso em: 01 out. 2025.

FIOCRUZ. COVID-19 e saúde mental: efeitos sobre políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoko; LEONARDI, Mariana. Desigualdades regionais na cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. 215–232, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021362.28092020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023. São Paulo: FBSP, 2023.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977.

FREDRIKSSON, A. Impact evaluation using Difference-in-Differences. **Journal of Economic Surveys**, v. 54, n. 4, p. 519–540, 2019.

FU, Y.; HE, C.; LUO, L. Does the low-carbon city policy make a difference? Empirical evidence of the pilot scheme in China with DEA and PSM-DID. **Ecological Indicators**, v. 122, 107293, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Boletim extraordinário COVID-19: impacto sobre a mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

GAWRON, C. R. Economic impact of deinstitutionalization in the United States. **Notre Dame Journal of International e Comparative Law**, v. 9, n. 1, p. 1-25, 2019. Disponível em: <https://scholarship.law.nd.edu/ndjicl/vol9/iss1/8>. Acesso em: 1 set. 2025.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GONÇALVES, R. F. M. *et al.* **Desigualdades sociais e saúde: uma revisão da literatura.** Saúde em Debate, v. 38, n. 103, p. 904–916, 2014.

GOODMAN-BACON, Andrew. Difference-in-Differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics*, v. 225, n. 2, p. 254–277, 2021. DOI: 10.1016/j.jeconom.2021.03.014.

GOODMAN-BACON, Andrew. Difference-in-Differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics*, v. 225, n. 2, p. 254–277, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2021.03.014>.

GUEDES, A. *et al.* Violência doméstica e saúde mental de mulheres: evidências para políticas públicas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 40, n. 2, p. 1-7, 2016.

GUEDES, A. *et al.* Violência por parceiro íntimo e transtornos mentais em mulheres: uma revisão sistemática. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 11, p. 1075–1089, 2016.

HARRIS, A. D. The Use and Interpretation of Quasi-Experimental Studies. **Infection Control e Hospital Epidemiology**, v. 27, n. 10, p. 1015–1016, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Socioeconômicos Municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022: outras formas de trabalho**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do Registro Civil: 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <https://ivs.ipea.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2025.

IPEA; PNUD; FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: IPEA/PNUD/FJP, 2023. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

JORGE, M. S. B.; DIMENSTEIN, M. A trajetória dos CAPS no Brasil: expansão e desafios. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 98-112, 2017.

JORGE, Maria Salete B.; DIMENSTEIN, Magda. Desafios da reforma psiquiátrica brasileira: desigualdades regionais na implantação dos CAPS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. e00053416, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00053416.

KEMPER, M. L. C. Desinstitucionalização e saúde mental no contexto brasileiro: desafios e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 1-12, 2022.

KNAPP, M.; MCDAID, D.; MOSSIALOS, E. (orgs.). **Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care**. Maidenhead: Open University Press, 2007.

KNAPP, M.; MCGUIRE, A. The cost-effectiveness of community mental health care. **Journal of Mental Health Policy and Economics**, v. 10, p. 89-95, 2007.

KNAPP, M.; MCGUIRE, A. **The economics of mental health care**. Aldershot: Ashgate, 2007.

KNAPP, M.; WONG, G. **Economics and mental health: the current scenario**. *World Psychiatry*, v. 19, p. 3-14, 2020.

KNAPP, M.; WONG, G. **Economics and mental health: the current scenario**. *World Psychiatry*, v. 19, n. 1, p. 3-14, 2020.

KNAPP, Martin; WONG, Geoffrey. **Economic aspects of mental health: a global perspective**. *World Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 378–388, 2020.

LI, Z. **Evaluating the Effectiveness of Public Policies on COVID-19 Containment: A PSM-DID Approach**. *arXiv preprint, arXiv:2408.14108*, 2024.

LIMA, Ana Beatriz; YASUI, Silvio. Atenção psicossocial no território: avanços, desafios e contradições. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 587–602, 2019.

LIMA, D. K. R. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e... *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, p. e290306, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/>. Acesso em: 01 out. 2025.

LIMA, E. M.; YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do cuidado em liberdade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-21, 2019.

LIMA, Lúcia; COUTO, Ana C.; DELGADO, Pedro. Desafios e perspectivas dos CAPS na consolidação da RAPS no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3851–3862, 2021.

LIMA, R. C.; YASUI, S.; FERNANDES, C. J. *et al.* Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. e300213, 2020.

LIMA, R. de C.; YASUI, S. Desafios da atenção psicossocial no SUS: a territorialização do cuidado e as desigualdades regionais. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 11, n. 2, p. 45–62, 2019.

LIMA, R.; YASUI, S. CAPS e a construção da cidadania em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-18, 2019.

LIMA, Ricardo Carvalho de; YASUI, Silvio. **Território e cuidado em saúde mental: itinerários, práticas e desafios da Rede de Atenção Psicossocial**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 995–1003, 2019.

MAO, Z.; WANG, D.; ZHANG, G. *Municipal amalgamations and the quality of public services: A study based on city-county mergers in China*. **PLoS One**, v. 17, n. 8, e0272430, 2022.

MARCHIONATTI, L. E. *Mental health care delivery and quality of service provision in Brazil*. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 20, 100457, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560323000257>. Acesso em: 01 out. 2025.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It**. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.

MATEUS, Mário Dinis et al. **The mental health system in Brazil: policies and future challenges**. *International Journal of Mental Health Systems*, Londres, v. 7, n. 1, p. 1–12, 2013.

MCDaid, D.; PARK, A. Investing in mental health and social inclusion. **European Journal of Public Health**, v. 21, p. 37-44, 2011.

MCDALD, D.; PARK, A.-L. **Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project**. *Health Promotion International*, v. 26, supl. 1, p. i108-i139, 2011.

NISIIDE, A. C. B. Um (re)trato da Rede de Atenção Psicossocial... **Foco: Revista de Estudos e Pesquisas**, v. 18, n. 1, p. e7739, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7739>. Acesso em: 01 out. 2025.

OECD. **Mental health and work: tackling the productivity impact**. Paris: OECD Publishing, 2021.

OLIVEIRA, G. C. Vulnerabilidade e desinstitucionalização: impactos da reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 45-58, 2020.

OLIVEIRA, T. B. Reforma psiquiátrica e encarceramento no Brasil: reflexões críticas. **Revista Direito e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 33-50, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. A consolidação da atenção psicossocial no Brasil: impactos e desafios dos CAPS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental para análise de serviços de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 765–774, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; DIMENSTEIN, M. *et al.* Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: desafios para a equidade territorial e sustentabilidade dos serviços. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 50–63, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; DIMENSTEIN, M. *et al.* Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil: avanços e desafios da política de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00177817, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. *et al.* Desafios para a consolidação e a sustentabilidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4315–4326, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.; FURTADO, Juarez P. Entre a política e a clínica: as práticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 197–215, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Avaliação dos CAPS: metodologias e desafios. **Revista Saúde em Debate**, v. 43, n. 2, p. 45-59, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, supl. 1, p. 7s, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a reforma e a contra-reforma: os desafios da saúde mental no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 725-732, 2006.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *A new approach to institutionalise health accounts production in Brazil*. Paris: OECD Publishing, 2025. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/2025/06/institutionalising-health-accounts-in-brazil_7e69dec6/. Acesso em: 19 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10. ed. Genebra: OMS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact*. Geneva: WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Mental Health Atlas 2021*. Geneva: World Health Organization, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Genebra: World Health Organization, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, 2022.

PATEL, V. *et al.* Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders *The Lancet*, v. 391, p. 1672-1685, 2018.

PELISOLI, C.; MOREIRA, L. Barreiras de acesso a serviços de saúde mental no Brasil: revisão. **Psicologia em Estudo**, v. 23, n. 2, p. 211-220, 2018.

PITTA, A. M. *et al.* Financiamento e sustentabilidade da Rede de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2611-2620, 2020.

PITTA, A. M. F.; AMARANTE, P.; CAMPOS, R. O. *et al.* Política de saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios contemporâneos. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 201-220, 2020.

PITTA, A. M. F.; AMARANTE, P.; DIMENSTEIN, M. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial: desafios para a consolidação da RAPS no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 112-127, 2020.

PITTA, A. M. F.; AMARANTE, P.; DIMENSTEIN, M. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial: desafios para a consolidação da RAPS no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 112-127, 2020.

PITTA, Ana Maria C. *et al.* Financiamento e desafios para a sustentabilidade da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. e00223519, 2020.

PITTA, Ana Maria Fernandes; SILVA, Rodrigo Dantas da; CAMPOS, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. Política de saúde mental no Brasil: avanços, impasses e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 123, p. 1-12, 2020.

PRINS, S. *Examining the influence of incarceration on mental health. Journal of Criminal Justice*, v. 39, n. 5, p. 367-376, 2011.

ROMANINI, M. Saúde mental e políticas intersetoriais: integração entre saúde e justiça. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 12-25, 2021.

ROSENBAUM, P. R. *Observational Studies*. 2. ed. New York: Springer, 2002.

RUGGERI, M. *et al.* Long-term effectiveness and cost of psychiatric services **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 44, p. 489-497, 2009.

SALISBURY, T. T. *Deinstitutionalization and long-term mental health care in Europe: Quality of life and social outcomes. Journal of Psychiatric Research*, v. 85, p. 1-12, 2017.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v37n3/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>. Acesso em: 01 out. 2025.

SANTOS, D. *et al.* Extremos climáticos e saúde mental no Brasil: evidências recentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, n. 3, p. 1-12, 2024.

SANTOS, D. *et al.* Impacto dos Centros de Atenção Psicossocial na redução de internações psiquiátricas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 120, p. 1-10, 2020.

SANTOS, J. L. *et al.* Impacto da presença de CAPS na redução de internações psiquiátricas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 8, p. 1-10, 2020.

SANTOS, J. L. *et al.* Impacto da presença de Centros de Atenção Psicossocial na redução de internações psiquiátricas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 8, p. 1–10, 2020.

SANTOS, L. A. *et al.* Mudanças climáticas e saúde mental: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 1–12, 2024.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. **Revista de Saúde Mental e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 9-20, 2001.

SCHAUFELI, W. B. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v. 22, n. 3, p. 203-220, 2017.

SILVA, A. P. A atenção primária à saúde e a saúde mental: uma análise da integração dos cuidados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, e00123421, 2022.

SILVA, J. V.; MENDES, A. Acesso geográfico a serviços de saúde: uma análise para o Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, e210123, 2022.

SILVA, L. Atenção primária e saúde mental no Brasil: desafios atuais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 1, p. 1-20, 2022.

SILVA, L.; MENDES, E. Desigualdades regionais na oferta de CAPS no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. 1-9, 2022.

SILVA, M. A. D. *et al.* Custos e financiamento da assistência em saúde mental no Brasil: análise da política de expansão dos CAPS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 727-735, 2012.

SILVA, R. A. *et al.* Avaliação econômica dos CAPS: custos e resultados. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 3, p. 693-713, 2012.

SOARES FILHO, A. Política de saúde mental e encarceramento: dilemas atuais. **Revista Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 13-29, 2016.

SOARES FILHO, M. M. Sistema prisional e saúde mental: desafios da desinstitucionalização. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 33-47, 2016.

TANASE, E. *Substance use and institutionalization effects on psychiatric patients: ethical and social considerations*. *Healthcare*, v. 13, n. 14, p. 1700, 2025.

TANESI, P. *Mental health reforms in the United States: cost-benefit analysis*. *Health Economics Review*, v. 15, p. 55-70, 2025.

THORNICROFT, G. *et al.* *Evidence-based mental health care*. *World Psychiatry*, v. 15, p. 154-163, 2016.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance....* **British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 283-290, 2004.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care.* **British Journal of Psychiatry**, v. 185, n. 4, p. 283-290, 2004.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care.* **The British Journal of Psychiatry, Cambridge**, v. 185, p. 283–290, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). *A integração da saúde mental na atenção primária à saúde no Brasil.* Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/90780982-4f02-4600-ab2a-cc6368faac84>. Acesso em: 2 set. 2025.

WAIT, S. *Mental health policy in the US: an evaluation.* **Health Policy Journal**, v. 80, p. 1-12, 2006.

WAIT, S. *Moving to social integration: community care and mental health in the UK.* London: Institute of Public Policy Research, 2006. Disponível em: <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/MovingToSocialIntegration.pdf>. Acesso em: 1 set. 2025.

WALSH, E. et al. *Violence and schizophrenia: examining the evidence.* **British Journal of Psychiatry**, v. 183, p. 490-495, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches.* Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental health action plan 2013–2020.* Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Atlas 2020.* Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>. Acesso em: 19 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental health atlas 2020.* Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Mental Health Report: transforming mental health for all.* Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Mental Health Report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Mental Health Report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). *Depression and other common mental disorders: global health estimates.* Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). *Mental Health Atlas 2018*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2022.

ZANARDO, G. L. P.; BIANCHESSI, D. L. C. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre-RS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 106-124, 2018. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/28013>. Acesso em: 01 out. 2025.