



**THIAGO LAVRAS TRAPÉ**

# **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

**Estudo comparado Brasil-Catalunha**

**CAMPINAS**

**2015**





**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Ciências Médicas**

**THIAGO LAVRAS TRAPÉ**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**  
**Estudo comparado Brasil-Catalunha**

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos**

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno **THIAGO LAVRAS TRAPÉ** e orientado pela **PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**

---

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS**  
**2015**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

T689r Trapé, Thiago Lavras, 1982-  
Rede de atenção à saúde mental - Estudo comparado Brasil - Catalunha /  
Thiago Lavras Trapé. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Saúde pública. 3. Sistemas de saúde. I. Campos, Rosana  
Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências  
Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Mental health care network - Comparative study Brazil - Catalonia

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Public health

Health system

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Doutor em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Marcelo Kimati Dias

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Claudio Eduardo Muller Banzato

Nelson Rodrigues dos Santos

**Data de defesa:** 11-02-2015

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**THIAGO LAVRAS TRAPÉ**

---

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

---

---

### **MEMBROS:**

1. PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROF(A). DR(A). MARCELO KIMATI DIAS

3. PROF(A). DR(A). PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

4. PROF(A).DR(A). CLAUDIO EDUARDO MULLER BANZATO

5. PROF(A).DR(A). NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data: 11 de fevereiro de 2015**

---



O desenvolvimento das políticas de saúde mental em países com sistemas nacionais de saúde se constituíram a partir de princípios relativos aos seus diferentes processos históricos, mas com diversos pontos de aproximação que são hoje consensos: ampliação das práticas comunitárias, fechamento progressivos dos hospitais psiquiátricos, diversificação de pontos de atenção, aumento do orçamento próprio, trabalho em rede, etc... Os estudos comparados nos permitem analisar realidades em paralelo para evidenciar aspectos convergentes e divergentes diante de organizações distintas, mas com objetivos comuns, possibilitando organizar matrizes que analise os avanços e desafios da rede de atenção à saúde mental. Este estudo pretende analisar e comparar as redes de atenção à saúde mental do Brasil e da Catalunha através dos componentes macro estruturais da política de cada território. Trata-se de uma tese apresentada em modelo alternativo, com 3 artigos com metodologia e resultados próprios ancorados em revisão narrativa, análise documental e análise de indicadores de saúde. Ambos territórios possuem Leis que sustentam o modelo de saúde mental de base comunitária, a Catalunha a política é construída de modo mais técnico e verticalizado, influenciado pelas OMS, enquanto no Brasil a construção é ascendente com ampla participação social na definição das ações. O financiamento na Catalunha é maior tanto na saúde global quanto específico da saúde mental, no SUS a saúde mental é área subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado. Em ambas o foco do financiamento vem se alterando, com maior investimento em serviços comunitários, mas a Catalunha ainda despense maior parte do financiamento para os hospitais. O modelo de gestão dos serviços é distinto, no Brasil ainda é fundamentalmente de gestão direta e na Catalunha indireto. O modelo de Governança regional da Catalunha é mais adequado que o municipalismo brasileiro, pois reduz a fragmentação sistêmica e possibilita organização em redes mais integradas. Ambos possuem uma rede ampla e diversificada de serviços, mas com necessidade em lidar com o contingente de

moradores de Hospitais Psiquiátricos e avançar em mecanismos avaliativos que respondam a complexidade da política.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Saúde Pública; Sistemas de Saúde.

The development of mental health policies in countries with national health systems constituted from principles concerning their different historical processes, but with different points that are now consensus: expansion of community practices, progressive closure of psychiatric hospitals, diversification points of attention, increase the budget itself, networking, etc ... The comparative studies allows us to analyze realities in parallel to highlight convergent and divergent aspects in different organizations, but with common goals, which allows us to organize arrays to analyze progress and challenges of mental health care network. This study aims to analyze and compare the care networks to mental health in Brazil and Catalonia through macro structural components of the policy of each territory. This is a thesis presented in alternative model, with 3 items with methodology and results, themselves anchored in narrative review, document analysis and analysis of health indicators. Both territories have laws that support the mental health community-based model, in Catalonia politics are built of more technical and vertical mode, influenced by WHO, while in Brazil the construction is up with broad social participation in the definition of actions. Funding in Catalonia is greater both in global and specific health mental health, the SUS mental health is underfunded area within a system underfunded. In both cases the focus of the funding is changing, with greater investment in community services, but Catalonia still spends most of the funding in hospitals. The management model of services is different in each country, in Brazil is still fundamentally direct management and in Catalonia, is indirect. The regional governance model of Catalonia is more appropriate than the Brazilian municipal model because it reduces systemic fragmentation and enables the organizations in more integrated networks. Both have a wide and diverse network services, but need to deal with the large number of residents of psychiatric hospitals and advance evaluation mechanisms that respond to the complexity of the policy.

**Keywords:** Mental health, Public health, health system.



	<b>Pág.</b>
<b>RESUMO.....</b>	vii
<b>ABSTRACT.....</b>	ix
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	xiii
<b>EPÍGRAFE.....</b>	xv
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	xvii
<b>LISTA DE FIGURA.....</b>	xix
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	1
<b>1- INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	3
<b>1.1- Aspectos do Sistema de Saúde: BRASIL e CATALUNHA.....</b>	6
<b>2- OBJETIVOS.....</b>	9
<b>2.1- Geral.....</b>	9
<b>2.2- Específicos.....</b>	9
<b>3- MÉTODO.....</b>	11
<b>4- RESULTADOS.....</b>	13
<b>4.1- Saúde Mental em Rede: Estudo de revisão narrativa sobre os mecanismos de integração assistencial no SUS.....</b>	13

<b>4.2- Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: Análise do financiamento, governança e mecanismos avaliativos.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3- Análise da política de saúde mental da Catalunha segundo orientações da OMS e EU.....</b>	<b>59</b>
<b>5- DISCUSSÃO GERAL.....</b>	<b>85</b>
<b>6- CONCLUSÃO GERAL.....</b>	<b>95</b>
<b>7- REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>

## AGRADECIMENTOS

---

Este trabalho é fruto não apenas de uma acumulação pessoal no campo científico, mas também de uma jornada que incluiu um contato direto com uma nova cultura, língua, realidade, que também estão nas entrelinhas deste projeto. Ele traz a dureza do engajamento político e a sensibilidade da costura acadêmica. Quanto a esta mistura, sobram agradecimentos, que pretendo fazer de modo breve para valorizar cada pessoa que apoiou direta ou indiretamente esta construção.

No âmbito familiar deixo registrado minha admiração intelectual e afetiva pela minha avó Alba Lavras, que ainda presente de corpo e mente, acompanhou este processo e me apoiou no momento da defesa. Ao meu querido pai, Angelo Trapé que sempre esteve junto nesta caminhada e por quem carrego grande e peculiar carinho. A minha mãe, Carmen Lavras, que aprendo cotidianamente valores, posturas, saberes e que tenho grande estima profissional e muitíssimo afeto.

O Grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces é o ponto de encontro de todo este processo. É aonde se inicia e se desemboca todas os elementos que constituem esta tese, e que já faço parte (e vice-versa) há 9 anos. Agradeço a toda equipe que passou e que continua por lá. É um grupo que tem plasticidade e por isso está sempre oxigenado e com novas tendências, ideias e referenciais. A todos integrantes da AFLORE que pautou uma nova dinâmica em nosso grupo. Ao Bruno Emerich, especialmente, pelas parcerias que se iniciou no grupo e se expandiu para Universidade São Francisco e para a vida, como um grande amigo. E, principalmente, à minha querida orientadora Rosana Onocko Campos que, com a sempre atenta capacidade intelectual e técnica, consegue fazer uma gestão espetacular deste espaço, proporcionando sempre a renovação e mantendo o discurso e as práticas acadêmicas alicerçada em valores éticos que são louváveis no meio acadêmico.

Em Barcelona pude viver novos conhecimentos que se voltaram à expansão do conhecimento e de práticas nos serviços de saúde. Agradeço a todo Consorci de Salut Social de Catalunya, as pessoas do núcleo da consultoria e gestão nas figuras de Luis Segú e Maitê Pavón; as leituras atentas e bons diálogos de minha co-orientadora Dr. Maria Lluisa Vazquez e, principalmente, ao meu amigo Jordi Campo, que me apoio muito nesta passagem e por quem carrego muita admiração.

Agradeço a CAPES pelo valioso programa de fomento e sua gestão sempre solícita e organizada. Saúdo também a toda equipe do PESS-NEPP onde vivencio boas pesquisas e práticas de comprometimento com o SUS com ampla capacidade técnica.

Agradeço ao Dr. Carlos Pegolo da Gama, grande amigo, que contribuiu demais na banca de qualificação e posteriormente na construção de um dos artigos desta tese. Uma saudação especial a toda banca de Defesa: Dr. Claudio Banzato, pela elegância, pertinência e fineza dos comentários; ao Dr. Nelson Rodrigues, pela história que carrega junto à saúde pública e sua análise sempre ampla e precisa; ao Dr. Marcelo Kimati, pela contribuição no debate com seu olhar de pesquisador-gestor e ao Dr. Pedro Gabriel Delgado, por toda sua trajetória a quem eu e muitos de minha geração tanto admira, e sua preciosa análise que reflete todo conhecimento desta causa.

Agradeço principalmente minha companheira Marielle Kellermann, que invadiu meu mundo e arrebatou meus desejos. E consegue ser mulher na mais intensa definição: livre para pensar, tornando-a cativante; cuidadosa e bela, fazendo-a desejante; delicada, despertando paixão; autônoma, na medida que modernidade pede; e demasiadamente culta, de um jeitinho que a faz especialmente única. Este trabalho tem muito de você, tem muito de nós dois.

*A resposta certa,  
não importa nada:  
o essencial é que  
as perguntas estejam certas.*

**(Mario Quintana)**



	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> Características demográficas e econômicas do Brasil e Catalunha.....	6
<b>Tabela 2</b> Comparação Brasil - Catalunha por componentes da política.....	94
<b>Artigo 2</b>	
<b>Tabela 1</b> Documentos analisados.....	44
<b>Artigo 3</b>	
<b>Tabela 1</b> Marco referencial de análise do material.....	64
<b>Tabela 2</b> Objetivos orientados pela OMS E UE para Políticas de Saúde Mental.....	66
<b>Tabela 3</b> Análise e diagnóstico dos problemas de saúde.....	68
<b>Tabela 4</b> Estabelecimento de objetivos.....	71
<b>Tabela 5</b> Ações a se desenvolver nos propostos pelos Planos de Saúde.....	73
<b>Tabela 6</b> Financiamento da área de Saúde Mental da Catalunha nos Planos de Saúde.....	75
<b>Tabela 7</b> Avaliação de ações de Saúde Mental propostas pelos planos de saúde.....	76



## LISTA DE FIGURA

---

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> Estrutura do Plano Diretor de Saúde Mental da Catalunha.....	86



Esta tese busca analisar a política de saúde mental em dois territórios distintos, um país de dimensões continentais (Brasil) e uma Comunidade Autônoma de um país Europeu (Catalunha).

A escolha por aproximar estas realidades tem um caminho singular. Iniciou-se após um evento científico na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-RJ), em Março de 2012 chamada Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde, e posteriormente em alguns debates oferecidos pelo Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp, no de 2013. Ambos trouxeram as experiências da Catalunha no bojo do processo de regionalização, apresentando algumas informações pertinentes ao pesquisado. A Espanha organizou um sistema nacional de Saúde (SNS) recente, como vamos mostrar, consequência de décadas de ditadura militar. Mesmo as reformas conquistadas pelos espanhóis sendo recentes, foram também amplas, muitas delas estruturais, refletindo na organização de serviços com uma atenção primária forte e resolutiva, organizado por regiões de saúde e com um processo de reforma psiquiátrica em andamento.

O olhar do pesquisador foi atraído para buscar compreender esta realidade, interesse que foi reforçado pelo longo percurso no grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, que ocupa a vanguarda no debate e produção científica sobre políticas de saúde mental nos mais diversos âmbitos, trazendo sempre inovações metodológicas, processos avaliativos participativos e induzindo discussões atuais sobre as políticas de saúde nos marcos das reformas sanitária e psiquiátrica brasileira.

Notava-se também uma ausência de análises aprofundadas do modelo de atenção à saúde mental que pudesse incorporar novas pautas na agenda de debates da saúde mental, diante dos desafios que o SUS enfrenta nos tempos

atuais, no que se refere à organização sistêmica, observação importante para a concepção deste projeto.

Diante de tais cenários e inquietações, foi feito um contato com o *Consorti de Salut i Social da Catalunya*, entidade que agrega diferentes provedores da área pública de saúde da Catalunha. O *Consorti* é um espaço de Pesquisa, Consultoria e Gestão, ao qual pertence o *Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut* (SEPPS), grupo de pesquisa com diversas produções sobre Redes de Atenção à Saúde, Integração Assistencial, participação social entre outros temas. Após acordo, o pesquisador ficou vinculado à esta instituição durante todo o ano de 2014, através do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE) da CAPES. Neste ano, além de aproximação no campo científico, foi possível circular em diversas unidades assistenciais, da atenção primária à hospitalar, ampliando o olhar sobre as práticas de cuidado e organização da rede assistencial.

Esta tese agrega as análises realizadas nestes diferentes espaços, com a intenção de dar maior relevo ao modelo dos dois territórios, colocando-os em paralelo, uma vez que eles congregam valores, formas de organização, objetivos e marcos legais comuns em muitos aspectos, que serão debatidos ao longo deste trabalho.

A Política de Saúde Mental, nos países com sistemas públicos universais de Saúde, se apresenta como um desafio na consolidação de modelos assistenciais que respondam a uma demanda cada vez mais crescente (Demyttenaere et al. 2004; Kohn et al. 2004). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem publicado diferentes análises que mostram a ampliação da prevalência de transtornos mentais, sua associação com perdas laborais e suicídio, seu alto impacto financeiro nos gastos públicos, relacionadas com as ainda incipientes políticas de saúde mental na maioria dos países (WHO, 2001; 2003; 2010).

A utilização de valores classicamente utilizados no campo da saúde para avaliar a eficácia das ações (incidência, prevalência e mortalidade) não se mostra suficiente para analisar a cronicidade e a produção de “desabilidades” geradas neste processo. Um índice, utilizado pela OMS (2001) (*DALY- Disability-Adjusted Life Years*), contabiliza a morte prematura e anos de desabilidade gerados por uma determinada patologia. Neste recorte, o impacto associado aos casos de Saúde mental supera o de doenças cardiovasculares e é o dobro do que o câncer, por exemplo, sendo um dos maiores casos de incapacitações e perda de anos produtivos de vida no mundo (Thornicroft e Tansella, 2003).

Frente a esta demanda, a organização das redes de atenção à saúde mental se apresenta como um desafio. A definição do melhor modelo passa por princípios organizativos legais, redefinição das instituições assistenciais, alteração na prática clínica, além da viabilidade política e de alterações estruturais que desafiam interesses corporativos e mudanças culturais.

O avanço do conhecimento e o acesso à informação, cada vez mais amplo e irrestrito, tem impulsionado os modelos a serem influenciados por inovações tecnológicas e incorporações de novas tendências. Os organismos internacionais produzem análises, evidenciam estudos acadêmicos e buscam consensos nas mais diversas áreas, serviços e tecnologias. Tais análises tem

grande ascendência na constituição dos modelos assistenciais (Thornicroft e Tansella, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus escritórios regionais, por exemplo, produzem sistematicamente informes técnicos, relatórios e análises nos quais buscam estabelecer objetivos comuns e padrões para os sistemas de saúde e também para as políticas setoriais (OMS, 2001, 2010, 2013).

As diferenças entre sistemas de saúde resultam de uma fusão entre elementos culturais, históricos, econômicos, políticos... afinal, os sistemas de saúde refletem as opções políticas e os valores de uma sociedade frente a uma necessidade da população, e por mais que haja consensos técnicos sobre as melhores práticas e modelos a serem seguidos, haverá sempre um distanciamento relativo dos processos sociais que compõe um determinado território. Por serem processos amplos, complexos e por vezes intangíveis, realizamos recortes, a partir de políticas setoriais, que nos permitem reduzir algumas variáveis, especificar com mais exatidão o objeto de análise e permitir a aproximação entre realidades distintas.

Conill, Fausto e Giovanella (2010) definem que a importância dos estudos comparados está no fato deles evidenciarem aspectos convergentes e divergentes entre sistemas distintos, com especificidades em seu histórico social, mas que podem compartilhar semelhanças e diferenças complementares. Gerschman (2008) tece a seguinte afirmação: *(...) se trata quase de uma licença metodológica; poderíamos considerá-la um exercício teórico-conceitual que não pretende estabelecer um marco teórico acabado, mas apenas uma aproximação ou a elaboração de alguns parâmetros para a análise comparativa entre países.* (p1442).

Em estudo (Thornicroft e Tansella, 2003) que revisou artigos científicos de todo mundo num período de 23 anos, com o objetivo de analisar as evidências quanto ao melhor modelo de atenção à saúde mental, os autores pontuaram alguns importantes consensos: o modelo de atenção ideal passou por diversas mudanças, e situa-se hoje em um modelo de atenção de base comunitária, denominado pelos autores de *Modelo de Atenção Equilibrada*, com a definição de

uma gama de serviços, desde a atenção primária, incluindo a internação para casos agudos em período breve e preferencialmente em Hospital Geral. As análises mostraram uma diferenciação entre a organização da rede assistencial em países com muito, médio e pouco recurso, mas com diversos aspectos em comum. O fracasso do modelo manicomial, a necessidade de implantação de uma rede ampla e diversificada, o papel prioritário da atenção primária à saúde, a integração entre os pontos de atenção, uma coordenação de casos e de rede que permita uma organização sistêmica racional sem perder a particularidade da clínica, são fatores que tornam a rede de atenção à saúde mental mais resolutiva e eficaz.

Além disso, existe uma diferença entre as ofertas em países com maior orçamento, o que permite um número mais amplo de serviços e programas para grupos específicos. Um alerta lançado pelos autores é a implementação de um modelo comunitário com baixo orçamento, que pode esconder uma atenção negligente e pouco estruturada, uma vez que a transição do modelo manicomial para uma atenção em rede e de base comunitária não significa uma redução dos gastos assistenciais.

Em suma, a comparação entre diversas redes de saúde mental pode ajudar a organizar as diferentes experiências em torno de objetivos comuns e gerar matrizes de análise que ajudem na compreensão dos avanços e desafios de redes de serviços distintas em relação às suas estruturas, objetivando a ampliação de nosso referencial de análise: *situar nossa posição num conjunto para melhor adequá-la é provavelmente um dos maiores interesses do uso da análise comparada (Conill, 2006. p.607).*

Nos propomos, neste estudo, a avançar nas comparações entre duas realidades distantes, comparando o Brasil com a Comunidade Autônoma da Catalunha, situado na Espanha. São realidades sociais, econômicas e culturais distintas (Tabela 1) mas que vem apresentando proximidades quanto ao modelo de saúde e objetivos da rede de atenção em saúde mental, conforme discutiremos.

**Tabela 1-** Características demográficas e econômicas do Brasil e Catalunha

	<b>CATALUNHA</b>	<b>BRASIL</b>
População	7,5 milhões	200 milhões
Sistema Político	Monarquia parlamentarista	Presidencialismo
Última ditadura	1939-1975	1964-1984
População	7,5 milhões	200 milhões
Língua Oficial	Catalão	Português
Expectativa de vida	82,7 anos	74,6 anos
• Homens	79,8 anos	71 anos
• Mulheres	85,4 anos	77,7 anos
PIB	US\$ 235 bi	US\$ 2,2 tri
PIB <i>per capita</i>	US\$ 32.700,00	US\$ 11,200,00
IDH	0,894	0,744

Fonte: IBGE, 2010; ONU, 2014; Wikipédia, 2014

### **1.1- Aspectos do Sistema de Saúde: BRASIL e CATALUNHA**

Os sistemas de saúde brasileiro e catalão apresentam similaridades, tanto na perspectiva do processo histórico, haja vista que ambos passaram por governos militares que atravancaram o avanço dos princípios democráticos que regem os sistemas universais de saúde, quanto na organização atual do modelo de atenção, o que nos permite compará-los com o objetivo de analisar suas potencialidades e fragilidades.

O regime ditatorial militar vigorou em ambos os países, com histórias distintas, mas com consequências às políticas de saúde muito próximas. Até o fim dos regimes e a retomada do poder pelas vias democráticas, o conceito de saúde pública era algo intangível. Os sistemas eram segmentados,

organizados por caixas de aposentadoria, e não permitiam o acesso a algumas parcelas da população diante de um sistema fragmentado, pouco resolutivo e iníquo (Campos e Gomez, 1995). No caso do Brasil, a realidade social da época com grande desemprego e desigualdade social, deixava a maior parte da população à margem de qualquer oferta de serviço de saúde (Paim, 1994).

O regime ditatorial espanhol terminou antes do Brasileiro, no fim dos anos 70, quando se iniciou o processo de maior independência das Comunidades Autônomas frente ao governo central espanhol. Os avanços das políticas públicas de saúde em ambos os territórios só foram possíveis com o declínio do poder autoritário. Na Espanha, a partir dos Artigos 41 e 43 de 1978 a Saúde foi reconhecida como direito e incorporada à seguridade social. Ademais, somente em 1986, através da Lei General de Sanidade (LGS), foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com seus preceitos e diretrizes. No Brasil, o movimento legalista incorporou a construção teórico-filosófico que ocorria desde a década de 70, capitaneada pelo Movimento de Reforma Sanitária, reunindo a garantia à saúde na constituição de 1988 e posterior regulamentação pelas Leis 8080 e 8142 (BRASIL, 1990).

Tanto o SUS quanto o SNS, estruturaram seus valores em torno de objetivos que revertessem uma lógica predominantemente hospitalocêntrica e privatista na atenção à saúde, tendo como marcos teóricos princípios comuns: universalidade; equidade de acesso; concepção integral de saúde; descentralização; participação comunitária (Espanha, 1986, BRASIL, 1990).

Um marco diferencial apontado por Franco e Hernaez (2013) é a existência de uma Lei de Coesão e Qualidade na Espanha, que orienta as ações para resultados, integra as ações, baseia suas propostas em evidências científicas e orienta um pacote de serviços aos cidadãos (Atenção Primária, Especializada, Farmácia, Urgência, etc..) definindo tecnologias e procedimentos. No Brasil esta relação se dá por um conjunto de Normativas, Decretos e Portarias, visando responsabilizar, na maior parte dos casos, os municípios.

No Brasil, o processo de descentralização incluiu os municípios, algo único nos países com sistemas universais de saúde, e hoje são estes os principais gestores dos recursos da saúde. Na Catalunha o processo de descentralização foi reforçado pela criação da LOSC (*Ley de Ordenacion Sanitaria de Catalunya*), que estabeleceu o modelo misto de gestão da saúde pública, de caráter público separando o financiamento da provisão.

O Federalismo fiscal é organizativo tanto no Brasil quanto na Espanha, e em ambos as políticas de seguridade tem sido, ao longo dos anos, priorizadas e geridas pelos governos sub-nacionais. No caso da Espanha, 92% dos gastos em saúde estão descentralizadas para os Governos autonômicos.

Até o fim da década de 80, ambos os países contavam com um modelo de atenção à saúde mental focado na atenção hospitalar. A inversão do financiamento, a abertura de novos serviços comunitário e novas práticas clínica começam a se tornar uma realidade concomitante aos avanços da política de saúde (Batista-Alentom, 2001; Tenório, 2002).

O modelo de atenção à saúde mental, tanto no Brasil quanto na Catalunha, vem se alterando ao passo dos anos, de uma realidade estritamente hospitalocêntrica e asilar, para práticas comunitárias com expansão dos serviços e financiamento público, no bojo do sistema de saúde (*Departament de Salut*, 2007; Furtado e Onocko Campos, 2005). Contudo, a realidade é distinta de diversas perspectivas, influenciada por distanciamento desde a realidade socioeconômica, política, cultural e conseqüentemente da organização do modelo assistencial.

Diante de aproximações e distanciamentos, ressalta-se a importância de colocarmos os modelos de saúde mental em paralelo, possibilitando-nos analisá-los sob diferentes espectros que evidenciem suas potencialidades e fragilidades, a fim de subsidiar a tomada de decisão de trabalhadores e gestores, oferecendo elementos que possam qualificar os processos organizativos da rede assistencial.

### **2.1- Objetivo geral**

O presente estudo tem como objetivo geral analisar e comparar as redes de atenção à saúde mental do Brasil e da Catalunha através dos componentes macro estruturais da política de cada território.

### **2.2- Objetivos específicos**

- Organizar um marco conceitual de saúde mental em Rede;
- Analisar os avanços e desafios das políticas de saúde mental na Catalunha e no Brasil.

Propor um marco referencial para estudos comparados de políticas de saúde mental.



Trata-se de um estudo comparativo que utilizou diferentes metodologias para apresentação dos resultados. O estudo se apresenta como modalidade alternativa, seguindo regra vigente a partir de 15/09/2009 da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Os resultados serão expostos em formato de 3 artigos independentes, e posteriormente apresentada uma discussão, articulando-os.

As metodologias utilizadas são próximas entre os artigos apresentados, ancorados em revisão narrativa, análise documental e análise de indicadores de saúde. Cada artigo possui apresentação de metodologia própria.

### **Artigo 1: Saúde mental em rede: um estudo de revisão narrativa sobre os mecanismos de integração assistencial no SUS**

O artigo faz uma revisão narrativa aprofundada dos artigos e documentos referentes ao tema de saúde mental, organizando-os a partir do referencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e seus mecanismos de integração assistencial de nível macro (sistêmico), meso (institucional) e micro (clínica).

### **Artigo 2: Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos avaliativos**

O artigo revisa os documentos orientadores da política de saúde mental do Brasil no que se refere à definição do seu modelo pelo trinômio: financiamento, governança e mecanismos avaliativos.

### **Artigo 3: Análise da política de saúde mental da Catalunha segundo orientações da OMS e UE**

O artigo analisa os documentos orientadores da rede de atenção à saúde mental da Catalunha, tendo como marco de análise as orientações da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde para as políticas de Saúde Mental na Europa.

**ARTIGO 1**

**Saúde Mental em Rede: Estudo de revisão narrativa sobre os mecanismos de integração assistencial no SUS**

**Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the brazilian national health system**

**Artigo aprovado em Janeiro de 2015 pela International Journal of Health Science. ISSN 2372-5060**

**Autores:**

Thiago Lavras Trapé

Carlos Pegolo da Gama

Rosana Onocko Campos

## RESUMO

A fragmentação dos sistemas de saúde tem se apresentado como um dos maiores problemas para o estabelecimento de uma atenção integral e para garantir a longitudinalmente de cuidados. No Brasil, a política de saúde mental mudou seu modelo de atenção, ao longo dos anos, revertendo uma lógica estritamente hospitalar para a integração de diferentes serviços de base comunitária. Através do método de revisão narrativa o presente artigo tem por objetivo analisar os mecanismos de integração assistencial na atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde brasileiro. A revisão aponta que a saúde mental apresenta vários mecanismos de integração no nível macro (sistêmicos), meso (institucional) e micro (clínica). Foi identificada uma expansão da rede assistencial e novas formas de organização e de formação da política, no entanto, o sistema é subfinanciado e precisa de melhorias nos mecanismos avaliativos e de atenção primária. Os serviços são organizados com práticas de integração, relacionadas às equipes de urgência e apoio matricial. No âmbito clínico identificou-se experiências de supervisão e equipes multidisciplinares. Estes níveis podem ser transportados e integrados na rede de Atenção à Saúde visando melhorar o processo de integração assistencial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Saúde Pública; Política de Saúde; Reforma dos Serviços de Saúde.

## INTRODUÇÃO

### Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A proposta da organização da atenção à saúde em rede vem desde o relatório Dawson, no início do século passado, porém, sua efetiva organização nos sistemas de saúde é recente, iniciando-se nos anos 90 em alguns países da Europa. É uma organização do sistema que tenta superar sua fragmentação, buscando maior eficiência e eficácia entre os diversos pontos de atenção que compõe a rede de serviços de saúde<sup>1</sup>.

O novo perfil epidemiológico, com aumento expressivo de doenças crônicas e pacientes pluripatológicos, impõe uma maior dificuldade em implantar um sistema integrado que tenha o usuário como centro e a atenção primária como organizadora e coordenadora da assistencial<sup>2</sup>.

Os sistemas de saúde desenvolveram-se e organizaram-se em sistemas hierarquizados, separados por níveis de atenção que refletem diferentes graus de densidade tecnológica incorporada aos procedimentos que desenvolvem em cada nível. Esta organização sistêmica favoreceu sua fragmentação e não conseguiu garantir a necessária continuidade do cuidado<sup>3</sup>. Na perspectiva de integrar o sistema, a exemplo do que vem ocorrendo em vários países do mundo, os países latinos, vem transformando seus modelos de organização.

O Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), tem buscado organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que, independentemente da densidade tecnológica dos procedimentos desenvolvidos ou do foco específico em algum agravo, patologia ou fase do ciclo de vida, apresentam pontos de atenção que são integrados através de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado num dado território<sup>1</sup>.

O processo de integração busca superar o histórico processo de fragmentação<sup>4,5</sup> e está na agenda do SUS desde sua formulação. Na última década identificamos uma preocupação do Ministério da Saúde e demais entes

federativos no sentido de criar orientações e condições legais para criação das Redes<sup>6</sup>.

O COAP, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde<sup>7</sup>, define e regulamenta aspectos fundamentais para integração do sistema e atrela o financiamento a um modelo integrado e regionalizado de atenção, que busca induzir os pactos interfederativos e, por conseguinte integrar o sistema. A questão da regionalização do sistema passa a ganhar mais importância estando no centro das normas orientadoras do sistema de saúde e na agenda política da gestão em saúde<sup>8</sup>.

Hartz e Contandriopoulos<sup>9</sup> discutem a integração do sistema e afirmam que quando discutimos o termo “rede”, temos um olhar referente a estrutura organizacional e outro relacionado a dinâmica dos atores envolvidos. Podemos aprofundar e afirmar que quando nos propomos avaliar o grau de integração de um sistema devemos considerar não somente a articulação entre as unidades que o compõem, mas também os processos de integração das equipes e das práticas profissionais existentes nestes serviços.

Os mecanismos de integração assistencial no Brasil, quando comparados a sistemas universais de saúde em países como Espanha e Inglaterra, são ainda incipientes<sup>1</sup>, em uma realidade sistêmica de subfinanciamento, atenção primária seletiva e descompasso no processo de descentralização da gestão entre os entes federados. Porém, já é possível notar diversas estratégias, relacionados a programas e serviços, mas ainda focados em municípios ou regiões de saúde. A adoção da Estratégia de Saúde da Família como modelo organizativo na Atenção Primária à Saúde vem apresentando impacto positivo na coordenação assistencial e conseqüentemente uma maior integração entre as equipes e entre serviços<sup>5,10</sup>.

No presente estudo focalizaremos a rede de atenção à saúde mental, também chamada de rede temática de saúde mental. É importante destacarmos que só faz sentido isolar uma especialidade para fins de planejamento ou estudo,

de modo que possamos identificar algumas questões que são peculiares e específicas a esta problemática e compreendê-la melhor. No cotidiano, elas são interdependentes e se sobrepõem em vários aspectos. Faremos então uma breve apresentação da rede de atenção em Saúde Mental e em seguida apresentaremos o resultado de nossa pesquisa.

## **A Rede de Saúde Mental no SUS**

Após longo processo de luta política e social pela mudança da forma de tratamento a pacientes com transtornos mentais, o Brasil afirmou como modelo assistencial uma organização focada em serviços territoriais que busca prescindir da internação em hospitais monovalentes de psiquiatria, e oferecer uma atenção longitudinal, focado no usuário e seu território<sup>11</sup>.

A organização de modelos assistenciais em saúde mental, focados em serviços comunitários precede o SUS, com exemplos em diversos municípios desde o fim dos anos 80<sup>12</sup>, com estratégias de organização clínica e de gestão implantadas e avaliadas<sup>13,14</sup>. No entanto, somente após a promulgação da Lei 10.216<sup>15</sup> também conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” é que foi possível a implementação de uma política nacional de Saúde Mental.

Este processo de mudança se baseou no incentivo financeiro Federal dado aos municípios, para implantação de um leque de serviços pensados para superar a centralidade do hospital psiquiátrico: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, adulto, infanto-juvenil e Álcool e outras drogas), Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Oficinas de Trabalho e Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. Também está previsto o desenvolvimento de ações na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que é o ponto de atenção estruturante em nosso sistema, através do apoio dos serviços de referência (CAPS e Ambulatórios) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>16</sup>.

As avaliações da implantação da política de saúde mental mostram um processo de avanço e expansão<sup>17</sup>. Pode-se afirmar, após mais de 20 anos da criação do SUS, que a saúde mental, calcada nos valores do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, vem se afirmando como uma política setorial bem sucedida<sup>18</sup>, mas possui grandes desafios tanto diante dos problemas estruturais do SUS como em questões específicas do seu campo<sup>19</sup>.

O objetivo deste artigo é analisar os mecanismos de integração assistencial presentes na rede de saúde mental, considerando desde as iniciativas das políticas públicas, que propõem dispositivos de indução, até as formas de organização institucional e de práticas clínicas que promovam esta integração. Busca-se responder a seguinte questão: quais são os mecanismos de integração assistencial presentes na Rede de Saúde Mental brasileira? Para facilitar a organização dos elementos que serão analisados recorreremos a alguns autores que propõem dimensões de análise no marco das RAS.

### **Dimensões de análise das Redes de Atenção à Saúde**

Garcia<sup>20</sup> define modelos de gestão a partir de dimensões que orientam diferentes responsabilidades em âmbitos distintos. Na dimensão macro teríamos a responsabilidade do Governo em alocar recursos, oferecer e organizar os serviços de acordo com uma política orientadora; no nível meso, ou de gestão institucional, teríamos a responsabilidade dos serviços envolvidos na atenção à saúde e suas estratégias para cumprir os objetivos da política; e no nível micro, ou gestão da clínica, observa-se a responsabilidade profissional, em que as decisões de manejo clínico serão responsáveis por grande parte dos recursos e estratégias de trabalho em equipe.

Como forma de organizar e criar um referencial para pensar a complexidade de uma rede de serviços de saúde, Vázquez et al.<sup>21</sup> propõem dimensões de análise a partir do grau de ação desenvolvido, em âmbitos e

tecnologias distintos: no âmbito Macro é possível analisar as ferramentas de gestão como elementos jurídicos e formas de financiamento. No Meso as estratégias de governança da rede, tais como instrumentos de planejamento e mecanismos de regulação. No Micro pensa-se nos processos micropolíticos, estratégias de gestão da clínica e organização das práticas.

A partir de tais elementos o referencial de análise (Figura 1) possibilita definir os mecanismos de integração assistencial em dimensões distintas, complementares e interdependentes (macro (sistêmica), meso (institucional) e micro (gestão da clínica)) que, quando agregados, permitem a qualificação dos processos e conseqüentemente uma melhor organização da rede.

## MÉTODOS

O presente estudo utilizou a Revisão Narrativa como metodologia de trabalho. Entendemos que a questão abordada ainda não conta com produções sistematizadas suficientes para se realizar, por exemplo, uma revisão sistemática<sup>22</sup>. A metodologia escolhida permite discussões e especificações técnico-reflexivas, introdução de novas conformações narrativas e construções teórico-conceituais. Temos o objetivo de descrever e discutir “o estado da arte” do tema em questão sob o ponto de vista tanto teórico como conceitual, desta forma procuraremos ampliar o campo de análise sobre o tema e aprofundar as reflexões incorporando múltiplas vozes de análise<sup>23,24</sup>.

Para esta pesquisa foi realizada uma busca na base de dados no LILACS, com o descritor “saúde mental”, além de documentos governamentais. A pesquisa utilizou um recorte dos últimos 10 anos, (de Março de 2004 até Fevereiro de 2014) de produções no Brasil e achou 3594 produtos. A partir destes achados excluímos grande parte do material.

O primeiro critério de exclusão foi referente à **forma**: foram descartados teses de mestrado e doutorado e outros documentos, restando apenas artigos em revistas indexadas (2712 artigos). O Segundo critério foi o **acesso**: foram incluídos

somente artigos com acesso integral on-line para leitura. O terceiro critério se refere ao **campo**: foram incluídos apenas artigos que tivessem o campo de análise a política pública brasileira (617 artigos). Ao fim desta seleção, tiveram seus títulos e posteriormente seus resumos lidos sob o último critério de exclusão, o **tema**: A partir deste filtro foram selecionados artigos que tivessem pertinência com o marco teórico das Redes de Atenção à Saúde apresentado, restando 33 artigos para análise. Todo esse procedimento foi realizado por dois leitores independentes.

Por se tratar de um tema que envolve diretamente a organização das Políticas Públicas governamentais, foram incluídas Leis, Portarias e documentos do Ministério da Saúde, no que tange a Saúde Mental. O material foi organizado por temas que serão apresentados a partir das dimensões discutidas no tópico anterior.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Dimensão Macro (Sistêmica)**

#### **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

Como proposta organizativa dos serviços de saúde mental, foi instituída a Portaria Ministerial 3088<sup>25</sup>, que cria e regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituindo diretrizes, objetivos e componentes para rede focada na atenção à saúde mental. Ela reafirma o modelo com foco em serviços territoriais substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste aspecto a política induz a ampliação dos pontos de atenção e a criação de planos regionais, ofertando a metodologia de implantação para os pactos intermunicipais.

É muito cedo e não dispomos de subsídios suficientes para afirmar se este modelo, calcado em uma ação vertical e setorial, tornará atenção à saúde mental mais integrada. Se por um lado as redes temáticas, que remetem aos

antigos “programas de saúde”, buscam oferecer respostas à especificidade de um problema de saúde prevalente, por outro lado, incorrem no risco de manter ações paralelas e fragmentadas, sendo o exato oposto ao que a organização das RAS propõe.

### **Política de Saúde Mental para Atenção Primária à saúde (APS)**

Em um modelo de atenção pensado em rede, conforme discutimos, a APS tem função prioritária. Ela funciona como porta de entrada e tem função estruturante no sistema, com população e território adscritos, proximidade geográfica entre usuários e serviços e equipes multiprofissionais que, quando bem organizadas, configuram resolutividade em 85% dos casos<sup>26</sup>. A APS serve como mediadora entre o usuário e os outros níveis assistenciais, portanto, além da comunicação entre os serviços ser o mais perfeito possível, as unidades tem que atender toda a gama de usuários que procuram assistência e ser a referência dos casos: quando a APS funciona o sistema se integra.

Desde o início do processo de reforma psiquiátrica, as forças políticas foram destinadas ao fechamento de hospitais psiquiátricos, que ocupavam a centralidade na política de saúde mental anterior ao SUS. Ampliaram-se a os serviços substitutivos, principalmente destinados aos casos severos e persistentes. Enquanto isso, políticas específicas para saúde mental na APS ainda são incipientes, principalmente para casos moderados e leves, havendo em muitos locais um processo de desresponsabilização por parte da APS, inchaço nos CAPS, internações desnecessárias culminado em um processo de desassistência<sup>13,27</sup>.

Identifica-se a falta de integração entre os equipamentos substitutivos e a APS. A falta de capacitação dos profissionais acarreta uma série de posturas inadequadas tais como: ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, infantilização; medicalização do sofrimento psíquico, entre outras<sup>14,28</sup>.

Buscando superar esta fragmentação foi lançada a Portaria que cria equipes multidisciplinares para apoiar as equipes de saúde da família, com a indicação de um profissional de saúde mental. O NASF tem como principais objetivos o fortalecimento da APS na coordenação assistencial, propondo a revisão das práticas de encaminhamento para uma organização de cuidado longitudinal<sup>29</sup>.

Anterior a criação dos NASF, muitos municípios já tinham profissionais de saúde mental compondo as equipes na APS. Porém, sem uma política que defina os rumos que estes profissionais devem seguir, existe o risco de compartimentalizar o cuidado e de serem vistos como “especialistas” dentro das unidades. Contudo, quando existe uma política clara, práticas condizentes com o modelo ampliado de clínica, trabalho em equipe, assistência para casos leves e moderados, co-responsabilização dos casos com outros profissionais e vínculo para definir os fluxos com os serviços de referência<sup>14</sup>, as equipes fixas são potentes e poderiam ser incorporadas ao modelo assistencial.

## **Financiamento**

No Brasil existe um crescimento real nos gastos em saúde mental desde 2001<sup>30</sup>. Porém sua porcentagem relativa ao montante total destinado à saúde pública continua aquém do indicado. Diante do subfinanciamento sistêmico do SUS, a saúde mental conta com apenas 2,3% do Orçamento Federal da saúde, enquanto a Organização Mundial da Saúde estima que, pela alta prevalência e complexidade, esse valor deveria ser em torno de 5%<sup>16</sup>.

É importante ressaltar que o incremento financeiro para serviços de média complexidade, em relação aos recursos hospitalares, é um caminho para integração assistencial<sup>31</sup>, uma vez que serviços de menor densidade tecnológica, quando organizados, tendem a se articular melhor em rede, ter um cuidado longitudinal centrado no paciente e permitem que somente os casos necessários cheguem a atenção hospitalar<sup>32</sup>.

Observa-se que ações macroestruturais tem induzido o modelo de rede almejado. Um exemplo disto é a impulsão do numero de CAPS abertos após a promulgação da Portaria 336<sup>33</sup> de 2002 (crescimento de 410% nos últimos 10 anos). Este aumento fez com que, desde 2006, os gastos em serviços substitutivos superassem os gastos diretos com leitos hospitalares, que foi reduzido drasticamente (37% em 10 anos)<sup>34</sup>. Todavia, nota-se uma disparidade entre os tipos de serviços criados: os CAPS de funcionamento 24 horas, tipo III, tiveram um aumento abaixo dos de tipo I e II nos municípios de grande porte, onde a portaria os preconiza, e são hoje somente 68 em todo Brasil<sup>24</sup>. Para Costa et al.<sup>35</sup> mais do que um dado que demonstra a incapacidade dos municípios em implantar a política, se trata de uma falha sistêmica do Estado brasileiro, que “afeta severamente a estratégia substitutiva da internação em hospital psiquiátrico por força da baixa responsabilidade federativa com essa agenda”.

### **Avaliação sistemática**

O campo da avaliação tem se consolidado em dois espaços: o acadêmico e o burocrático<sup>36</sup>, marcado pelas diferenças entre as produções realizadas por grupos de pesquisa nas universidades (acadêmico) e por entes governamentais (burocrático). Os processos induzidos pelo Governo tendem a ter uma menor plasticidade e autonomia. Em contrapartida, a possibilidade de aplicação dos conhecimentos gerados a partir dos seus resultados é maior.

No âmbito governamental, duas iniciativas vêm sendo executadas no plano nacional, visando avaliação da rede de saúde: o IDSUS (Índice de Desempenho do SUS) e o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Neles observamos uma série de indicadores aplicados a um serviço, ou uma rede de serviços que, com propósitos distintos, tentam induzir práticas e avaliar o sistema de saúde.

Na composição do IDSUS não existe nenhum indicador relacionado ao campo da saúde mental, enquanto no PMAQ quatro indicadores relacionados à área foram incorporados. Entretanto o foco único e prioritário é o uso de substâncias psicoativas, que não abarca a complexidade das práticas em saúde mental e a organização de seus serviços, nem sequer a própria política de expansão de serviços desenvolvida pelo SUS nos últimos anos.

Os indicadores publicados em documentos anuais lançados pelo Ministério da Saúde<sup>34</sup> se referem a estrutura e alguns resultados, utilizando bases de dados governamentais. A avaliação a partir de indicadores que pudessem induzir boas práticas<sup>37</sup> visando a qualificação e adequação nos processos de organização nos serviços e entre os serviços é um campo a ser explorado. Contudo, existem estudos recentes ainda pouco incorporados pela política pública. No âmbito acadêmico destaca-se o estudo de Furtado et. al.<sup>38</sup> realizado com 46% dos CAPS tipo III do Brasil, que com metodologia participativa definiu uma gama de indicadores de processo, estrutura e resultado para ser aplicado nas unidades.

## **Formação**

No plano governamental, duas ações se destacam como políticas estruturantes para a formação, com objetivos de qualificar o trabalho em rede e apoiar a integração do SUS: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

O PET- Saúde<sup>39</sup> fomenta projetos que tenham a interface: serviços de saúde-universidade, e abarca diferentes linhas temática relacionadas ao SUS. As poucas experiências já analisadas em saúde mental mostram impacto nas práticas profissionais, dinâmica dos serviços e formação acadêmica<sup>40</sup>.

O PNEPS<sup>41</sup> tem como objetivo modificar os processos de trabalho e promover a integração e o desenvolvimento dos profissionais a partir de uma visão multiprofissional, interdisciplinar e trabalho intersetorial. Propõe a identificação das

carências e necessidades do sistema e o desenvolvimento de iniciativas de ensino que valorizem a reflexão e a aproximação entre as discussões teóricas e a realidade dos serviços<sup>42</sup>.

Para além das construções teóricas são necessários mais estudos que avaliem de que forma estas ações vem sendo implantadas e seus impactos.

## **Dimensão Meso (Institucional)**

### **Apoio matricial**

As ações em parceria entre os CAPS e a APS são diversas, com a ainda centralidade na figura dos CAPS<sup>43</sup>. A desresponsabilização dos casos de saúde mental por parte das APS pode estar relacionada ao despreparo dos profissionais em lidar com sofrimento mental<sup>44</sup>, que determina a centralidade das ações em saúde mental nos serviços especializados<sup>45</sup>.

Como alternativa para integração, um dos arranjos amplamente utilizado entre é o apoio técnico matricial<sup>46,47,48</sup>. Ele permite, além da aproximação entre diferentes níveis de atenção, um processo técnico-pedagógico, onde a vinculação entre o especialista e a equipe de APS pode promover troca de saberes, condução conjunta de casos e qualificação dos encaminhamentos<sup>48</sup>, buscando superar a fragmentação assistencial<sup>49</sup>.

Identificamos na literatura dois modelos de organização das equipes de apoio matricial: os vinculados a um ponto de atenção específico da saúde mental e unidades matriciais volantes, sem vínculo com qualquer unidade de produção<sup>50</sup>. Cabe salientar que são modelos complementares e não contraditórios. No primeiro, no qual o profissional da unidade de referência se desloca até a unidade de APS, o fluxo é mais integrado, uma vez que a equipe “matriciadora” tem autonomia em pactuar conjuntamente os casos prioritários, definir a melhor oferta a partir da necessidade do usuário e acessar a agenda dos profissionais diretamente.

Porém, alguns avanços se mostram necessários para qualificação das equipes de apoio. O perfil do profissional contratado não se mostra condizente com a necessidade e complexidade da prática, demonstrando falta de capacitação<sup>51</sup>. Ocorre uma compreensão por parte da equipe da APS que o profissional “matriciador” é um especialista, com função meramente assistencial, não possibilitando a co-gestão<sup>52</sup> e fazendo com que o processo de construção compartilhada dos casos simplesmente reproduza o modelo hegemônico e fragmentado<sup>52</sup>.

## **Urgência e Emergência**

O manejo a situações de crise em usuários com transtorno mental tem sido um objeto de constante debate no processo de reforma das práticas em saúde mental<sup>53</sup>. O CAPS tipo III é o espaço privilegiado para lidar com a crise por ter recursos como leito de retaguarda e equipe 24 horas por dia ininterruptamente, porém esses serviços são ainda insuficientes no Brasil conforme discutimos.

Os Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEPs) podem reduzir a admissão de novos casos ao hospital, sendo resolutivos e prescindindo das internações desnecessárias<sup>54,55,56</sup>. Quando a internação se faz indispensável, a existência de central de regulação de vagas que defina os fluxos a partir de critérios clínicos, se mostra potente na qualificação desta demanda<sup>57</sup>. Elas contam com profissionais especializados para avaliação com diferentes modelagens: equipes vinculadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)<sup>58</sup>; serviços de regulação próprios ligados à rede ou de caráter regional; com um profissional à distância, e constituem-se em espaço de apoio às equipes, tanto de APS como dos CAPS.

A internação no Hospital Geral, diferente dos monovalentes, se mostra eficaz para diversos casos clínicos (abstinência, comorbidades, etc...)<sup>15</sup> e pode operar conjuntamente com os SEPs. Existe o conflitivo risco destes equipamentos

assumirem-se como porta de entrada da rede, reproduzindo a fragmentação e centralidade do modelo hospitalocêntrico pouco resolutivo. Porém, quando a rede substitutiva funciona, ela contingencia a demanda, reduz o fluxo nas emergências, diminui o custo e se torna articuladora do cuidado.

## **Dimensão Micro (Gestão da Clínica)**

### **Supervisão clínico-institucional**

A supervisão clínico-institucional se propõe a pensar a clínica de modo ampliado com dimensões que extrapolem o sintoma, mas que também incorporem a clínica stricto sensu. Para Onocko Campos<sup>59</sup> a supervisão clínico-institucional deve ser o espaço de análise de conteúdos inerentes à equipe que é a um só tempo clínica e institucional, uma vez que a discussão de casos clínicos ou projetos terapêuticos está intrinsecamente ligada às relações institucionais e vice-versa<sup>60</sup>. Ela se organiza como um arranjo potencializador da rede, que apoia as equipes diante das adversidades relacionadas ao processo de trabalho, da intensidade da clínica da saúde mental e sua relação direta com o sofrimento com repercussões psíquicas nos trabalhadores<sup>61</sup>.

Constitui-se como um espaço protegido para organizar as práticas clínicas, uma vez que o processo de trabalho em uma mesma unidade pode ser compartimentalizado e reproduzir a fragmentação que vimos discutindo.

### **Equipes de referência**

Podemos definir o conceito de Equipe de Referência<sup>62</sup> como o de uma gama de profissionais diversos que se vinculam a um território, com um número de usuários sob sua responsabilidade, e se relacionam com as equipes da APS responsáveis pela mesma população, facilitando o processo de vínculo e construção de projeto terapêutico<sup>63</sup>.

É uma forma de adscrever a clientela, induzir o trabalho interdisciplinar<sup>64</sup> aproximar os pontos de atenção em discussões clínicas e facilitar o contato com a APS, por tornar a relação mais personalizada e possibilitar a desburocratização dos fluxos.

## **CONCLUSÃO**

Buscamos neste artigo, identificar mecanismos de integração assistencial que quando incorporados ajudam a romper com o crônico estado de fragmentação da atenção à saúde.

Num território amplo e heterogêneo como o brasileiro, as ações e as formas de organização da rede serão sempre marcadas por peculiaridades. Os mecanismos aqui discutidos compõem a rede de serviços de alguns municípios e regiões há anos, todavia isso não se traduz em modelos ordenadores na organização do sistema. Por mais exitosos que alguns mecanismos se apresentem, problemas estruturais como subfinanciamento e mudança constante de gestão não permitem a sustentabilidade destas práticas nos locais em que foram implantados.

Os artigos revisados mostraram alguns exemplos exitosos e caracterizam os esforços contínuos da área de saúde mental em promover uma atenção integrada, dentro de um cenário profícuo a sua fragmentação. Os exemplos discutidos nos oferecem subsídios que podem ser incorporados em campos diversos. Quando nos propusemos analisar os mecanismos de integração assistencial por um recorte longitudinal da rede, supúnhamos que encontraríamos elementos que são constitutivos de outras áreas. Ademais, a saúde mental, por considerar aspectos subjetivos, que são inerentes a seu objeto de estudo e prática, se mostra uma área privilegiada para conceber e implantar mecanismos tanto na organização da rede, como na prática clínica, que se mostraram potentes e podem ser incorporados nas Redes de Atenção à Saúde.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
2. Vargas ML, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez RT. Organizaciones Sanitarias Integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública. 2005;v.79, n.6, p. 633-43.
3. Cecílio LCO. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica 1997;13(3):469-78.
4. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência Saúde Coletiva. 2011;v.16, n.6, p.2753-62.
5. Conill EM, Fausto MCR. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012;v.6, n.2.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.40 p. - (Regionalização Solidária e Cooperativa, v.3) (Série Pactos pela Saúde).
7. Portaria 7508. Contrato Organizativo de Ação Pública. 2011. Brasil.
8. Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006.
9. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. Cadernos de Saúde Pública. 2004;v.20, n.supl. 2, p.331-6.

10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Panamericana de Saúde. 2012.
11. Trapé TL. O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces. Projeto de dissertação de mestrado. Departamento de Saúde Coletiva. Unicamp. 2010.
12. Braga Campos FC O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp, 2000.
13. Onocko Campos RT, Campos GWD, Ferrer AL, Côrrea CRS, Madureira PRD, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Revista de Saúde Pública. 2012;v.46, n.1, p.43-50.
14. Campos RO, Gama CAP, Ferrer AL, dos Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciência e saúde coletiva. 2011;16(12),4643-52.
15. Lei Federal Nº. 10216/01. Lei da Reforma Psiquiátrica, junho de 2001.
16. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;1780-5.
17. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Revista Saúde Pública. 2009;v.43, n.Supl1, p.16-22.
18. Alves DSN, Silva PRFD, Costa NDR. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. Medwave. 2012;12(10).
19. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. 2011;Ciência e saúde coletiva,16(12),4579-89.

20. García GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Pan American Journal of Public Health. 2001;v.9, p.406-12.
21. Vázquez ML. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en redes integradas de servicios de salud (riss). OPAS. In press. S/D.
22. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem. 2007; v.20, n.2.
23. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
24. Campos RO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública. 2008;v.42, n.6, p.1090-6.
25. Portaria 3088. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2011.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
27. Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. 2009. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.129-38.
28. Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde mental na atenção básica-uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cad. Brasileiros de Saúde Mental. 2011;v.1, n.2, p.110-30.
29. Portaria 154. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). 2008.
30. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. (2012). Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Revista de Saúde Pública. 2011;46(1), 51-8.
31. Almeida PFD, Giovanella L, Mendonça MHMD, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. de Saúde Pública. 2010; 26(2), 28698.

32. Vázquez ML. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista panamericana de salud pública*. 2009;v.26, n.4, p.360-7.
33. Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.
34. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados -10*, Ano VII, nº 10. Brasília, 2012.
35. Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro AA. Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12),4603-14.
36. Furtado JP. Um novo campo? O desenvolvimento da avaliação de programas e serviços em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Relatório final de estágio pós-doutoral ao Departamento de Recursos Humanos - Unifesp, Campus Baixada Santista. 2013.
37. Furtado JP, Onocko Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad. de Saúde Pública*. 2008;v.24, n.11, p.2671-80.
38. Furtado JP, Onocko Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. Participatory development of indicators for assessing mental health. *Cad. de Saúde Pública*. 2013;29(1),102-10.
39. Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.
40. Campos RO, Trapé TL, Belo KO, Kores RC, Dorigatti AE. O PET-saúde como instrumento para a articulação da saúde mental e coletiva: narrativas da formação e do trabalho em saúde. 2012;4(8),176-85.
41. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

42. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e saúde coletiva*. 2005;10(4),975-86.
43. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1),63-74.
44. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1),173-82.
45. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME & Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. de Saúde Pública*. 2009;25(9),2033-42.
46. Moraes APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(1),161-70.
47. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. de saúde pública*. 2007;v.23, n.2, p.399-407.
48. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde; *Ciência e saúde coletiva*. 1999;4.2:393-403.
49. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência e saúde coletiva*. 2012;17(3),653-60.
50. Tófoli LF, Fortes S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE: Sobral*. 2007; p.34-42.

51. Andrade LMBD, Quandt FL, Campos DAD, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde & Transformação Social*. 2012; 3(1),18-31.
52. Sampaio J. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;v.16, n.3, p.317-24.
53. Ferigato S, Onocko Campos R, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2008; v.6, n.1.
54. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(Suppl. 2), S71-S77.
55. França IG. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão*. 2005; 25(1),146-63.
56. Del-Ben CM, Marques JMA, Sponholz Jr A & Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33(5),470-6
57. Souza PJC. Crise da Reforma, Desafio Estratégico. Serviço de Urgência Psiquiátrica de Belo Horizonte. SD.
58. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, 2012;17(2),227-36.
59. Onocko Campos R. *Psicanálise e saúde coletiva*. Hucitec Editora.São Paulo. 2012.
60. Ferigato SH, Dias MK. A supervisão Clínico-Institucional: Um dispositivo para o fortalecimento das redes em Saúde Mental. In: Dias MK. (Org.). *Dispositivos de Atenção em Saúde Mental e seus desafios*. 01ed.Natal-RN. 2013;v. p.83-102.

61. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH, Miranda IMS, Magaldi CC. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*. 2011;16(4), 603-11.
62. Campos GWS e Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. de saúde pública*. 2007;23.2:399-407.
63. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*. 2007;11:239-55.
64. Miranda L, Onocko Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad. de Saúde Pública*. 2010; v.26, n.6, p.1153-62.



## **ARTIGO 2**

### **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: Análise do financiamento, governança e mecanismos avaliativos**

Submetido a Revista de Saúde Pública em Dezembro de 2014

#### **AUTORES**

Thiago Lavras Trapé

Rosana Onocko Campos

## RESUMO

**Introdução:** O artigo analisa o estágio atual do modelo de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), através do seu financiamento, processos de Governança e mecanismos de avaliação. **Método:** Foi realizada uma análise documental de Portarias, Informes Técnicos, Relatórios de Conferencia, Resoluções e Decretos dos últimos 5 anos. **Resultados e Discussão:** Trata-se de um momento de consolidação do modelo psicossocial, com ampliação da rede assistencial, inversão de financiamento para serviços comunitários com forte ênfase na área de crack e outras drogas. A saúde mental é uma área subfinanciada dentro do subfinanciamento crônico do SUS. O modelo de governança constrange o avanço de serviços essenciais, havendo a necessidade da incorporação de um processo de regionalização da gestão. Os mecanismos avaliativos no campo burocrático se mostram pouco incorporados à política de saúde. **Conclusão:** A análise mostrou a necessidade de ampliação do financiamento global da saúde e específico da saúde mental, que vem se constituindo como uma política exitosa. O foco atual da política se mostra anacrônico aos preceitos do modelo psicossocial. Aponta-se a necessidade de ampliação de mecanismos avaliativos.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Saúde Pública; Modelos de Atenção à Saúde.

## INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental no Brasil, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se constituindo em um modelo de atenção que busca substituir a hegemonia hospitalocêntrica asilar e assume uma abordagem psicossocial em suas organizações e práticas<sup>1,2,3</sup>.

Entendemos “modelo” como nos alerta Paim<sup>4</sup>, não de maneira prescritiva, como algo a ser seguido, mas sim como reflexo da realidade da organização atual. Trata-se de técnicas, tecnologias, conceitos e teorias que se dão em um certo momento social, político e histórico<sup>5</sup>, compondo um tipo de organização que preza por responder a uma determinada demanda, no caso a da saúde mental, através de uma certa racionalidade que orienta as práticas.

Os modelos não são puros, mas sim uma construção dialética entre o que se preconiza no nível burocrático e o que se faz no campo prático. Esta relação é plástica e de constante tensão, consequência de um jogo de forças. Mudanças organizativas no nível sistêmico influem fortemente no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo que a realidade das unidades impõe constantes alterações no modelo hegemônico, seja a partir de consensos dos atores envolvidos ou ascendência de grupos de interesse no processo político decisório.

A história das políticas de saúde mental nos ajuda a ilustrar esta construção conceitual. Diversos autores mostraram a força do saber médico-psiquiátrico aplicado à construção de um modelo de atenção à saúde mental, que vigorou em muitos países desde o século XVII<sup>6,7</sup>. Tal hegemonia se refletia na organização dos modelos, com práticas asilares, centrada em instituições monográficas de psiquiatria. As mudanças iniciadas a partir do meio do século passado em países da Europa Ocidental e América do Norte, seguiam uma tendência de enfrentamento da lógica hegemônica. Eram focos de resistência, centrado em instituições com novas propostas terapêuticas que foram ganhando força a medida em que apresentavam bons resultados e denunciavam o modelo hegemônico, com análises e avaliações que expunham suas inconsistências<sup>8,9</sup>.

Atualmente, na maior parte dos países com Sistemas Nacionais de Saúde, o modelo de saúde mental preconiza a ampliação de serviços comunitários em contraposição às internações maciças realizadas por séculos, já sendo consenso entre especialistas<sup>10,11</sup>. Esta transformação se deu em âmbitos das práticas profissionais (novas tecnologias clínicas, processo de formação, etc.), institucionais (criação de novos serviços, práticas de gestão, etc.) e sistêmico (alteração de arcabouço legal, sistemas de governança, financiamento e métodos de avaliação e controle).

No Brasil a mudança ocorreu de modo lento e paulatino, se compararmos com a transição dos modelos europeus. O Estado de exceção, vivido pelo país entre a década de 60 e 1980, bloqueou qualquer possibilidade de reformulação do sistema de saúde. Logo, com seu arrefecimento e posterior declínio, foi possível iniciar as reformas necessárias, apoiadas por movimentos sociais, trabalhadores, academia, intelectuais e sociedade civil organizada<sup>12</sup>.

O SUS, definido pela Constituição cidadã de 1988 e regulamentado por lei em 1990, criou responsabilidades na gestão e financiamento da saúde para os 3 entes federados (União, Estado e Municípios). Esta organização impõe uma maior complexidade nos processos de construção e disseminação da política de saúde como um todo, e passa para o município um papel estratégico na implementação das políticas de saúde<sup>13</sup>. O processo de municipalização foi importante nas últimas duas décadas, para consolidação de novas formas de gestão, abertura de novos serviços e maior participação social. Neste cenário surgiram experiências ancoradas na abertura de serviços comunitários e fechamento de leitos hospitalares. Se tratava de uma realidade ainda pulverizada em municípios com maior capacidade de gestão<sup>14</sup> que validavam o ainda germinativo novo modelo, ajudando a impulsionar as mudanças sistêmicas<sup>15</sup>.

No início da década de 90, a recém-criada Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu mudanças no financiamento que regulamentaram e tipificaram os ainda incipientes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Criou-se uma

tabela de pagamento para estes serviços, induzindo assim sua multiplicação<sup>16</sup>. Nesta fase, ficou claro que o aumento de financiamento e a destinação direta à serviços específicos de saúde mental foram elementos chave para iniciar a transição do modelo, valendo como estratégia de indução.

Como efeito desta política, que além de induzir a abertura de serviços comunitários também aumentava as exigências de qualidade para o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, houve alteração do número de internações em relação à abertura de novos serviços comunitários, com uma redução de 12,8% frente ao crescimento de 99% de CAPS no período de 1997 a 2001<sup>17,18</sup>.

A constituição ou destituição de um modelo de atenção depende também das respostas que ele dá a partir dos seus objetivos. O campo da avaliação em Saúde se desenvolveu relacionado ao processo de redemocratização do país e do aumento do investimento governamental nos programas de saúde. Furtado<sup>19</sup> separa a avaliação em dois espaços de concepção: burocrático e acadêmico. Por um lado, quando realizado por unidades atreladas aos espaços de governo, a avaliação tende a ter menor plasticidade e maior heteronomia, porém, em contraponto, tem maior aplicabilidade na realidade avaliada. Por outro lado, os grupos acadêmicos se caracterizam por terem variedade metodológica e autonomia, mas com menos condições para o aproveitamento dos resultados.

No caso da saúde mental, os instrumentos de avaliação foram utilizados como meio técnico para denunciar um modelo pouco resolutivo e por deveras desumano. Destaca-se no campo burocrático o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), que permitiu o fechamento de muitos leitos e ajudou, junto com uma política de controle e monitorização, a qualificação da oferta hospitalar<sup>17</sup>.

Sem uma Lei que referendasse as mudanças alcançadas, o novo modelo de saúde mental corria o risco de se tornar uma política marginal, sem força para sua manutenção e instável frente às mudanças políticas

constantes no processo democrático. Depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e suas Portarias subsequentes, impuseram um valor legal para as mudanças que vinham ocorrendo no Brasil e permitiu impulsioná-las através de financiamento e abertura de novos serviços.

Desde a promulgação da referida Lei, houve um crescimento real do financiamento Federal em saúde mental<sup>20</sup>, principalmente nas áreas destinadas a abertura de novos serviços comunitários, além de uma redução gradativa do financiamento para leitos hospitalares. Ao fim da última década, tínhamos uma realidade de ampliação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico com uma redução expressiva do número de leitos, sendo que em 2006 o valor repassado aos serviços comunitários superou o gasto em leitos hospitalares, seguindo padrões internacionais. Neste movimento, destacou-se a abertura de uma rede de novos serviços como Centros de Convivência, CAPS ad, CAPS infantil, Leitos em Hospital Geral, Residenciais Terapêuticos e CAPS tipo III, de funcionamento 24 horas, que vem apresentando boas avaliações nos municípios em que foram implantados e são considerados estratégicos na perspectiva de substituição do hospital psiquiátrico<sup>21</sup>.

Ademais, novos desafios se impõem para a consolidação do modelo, diante de alguns limites relativos ao sistema de saúde brasileiro: baixa integração entre serviços<sup>22</sup>, baixa capacidade de gestão municipal<sup>23</sup>, subfinanciamento<sup>24</sup>, e pouca incorporação de mecanismos de avaliação e controle<sup>25</sup>.

No presente artigo, vamos analisar o atual estágio da política de atenção à saúde mental Brasileira através de uma análise de seu modelo e seus componentes macro-estruturais, relativos ao processo de Governança, Financiamento e da prática de avaliação.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e avaliativa das regulamentações oficiais do sistema de assistência à saúde mental brasileiro. Foi feita uma revisão e análise<sup>26</sup> dos documentos orientadores da política de saúde mental atuais no âmbito Federal, no período recente, de consolidação do modelo psicossocial brasileiro, de 2009 a 2014, incluindo-se Leis, Conferências, Decretos, Portarias e Informes Técnicos do Ministério da Saúde. Foram incorporados documentos anteriores ao período da revisão, por ainda serem estruturantes da Política e referência dos documentos atuais.

Ao todo foram analisadas 5 Portarias, 2 Decretos, 2 Relatórios de Conferências, 1 Resolução, 1 Informes Técnicos e 1 base de dados eletrônica. O material foi organizado e analisado a partir da definição do Modelo e do trinômio: Financiamento - Governança - Avaliação, utilizados como eixos para a compreensão do estágio atual da política de saúde mental.

**Tabela 1-** Documentos analisados

- 
- DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010.
  - DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.
  - Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 03/10/2014).
  - Observatório, Crack é possível vencer.
  - PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011
  - PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012
  - PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012
  - PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011
  - PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010
  - Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Ministério da Saúde/Comissão Relatora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, Brasil.
  - Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (2011).
  - RESOLUÇÃO Nº 448, DE 6 DE OUTUBRO DE 2011
- 

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou o Decreto 7508<sup>27</sup> (que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nele está incluída a definição dos componentes necessários para constituir uma Região de Saúde, com pontos de atenção organizados em estruturas verticais (atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde) que inclui a atenção psicossocial. Ela é a única área “especializada” que está contemplada neste texto e ainda figura como porta de entrada do Sistema.

Como desdobramento do referido Decreto, o MS publicou uma série de Portarias instituindo “Redes Temáticas”, consideradas prioritárias para a reorganização do modelo de atenção à saúde. A Portaria 3088<sup>28</sup> cria a Rede de Atenção Psicossocial, RAPS. As Diretrizes da RAPS definem o modelo de atenção à saúde mental de modo amplo, com foco na atenção comunitária, na participação social e ênfase na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. Demonstra também o intuito de um modelo de gestão regional. Nos objetivos dessas Diretrizes estão contemplados o aumento do acesso, o foco no usuário de substâncias psicoativas visando “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”.

Os pontos de atenção já existentes, são organizados por eixos verticais: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (este último não especificado à que pontos de atenção se refere). Neste componente fica claro a diversificação das unidades e a congruência da política oficial com as mudanças produzidas no modelo assistencial nas últimas décadas.

Contudo, as ações preconizadas pelos pontos de atenção demonstram alguns anacronismos. Nas Unidades Básicas de Saúde estão contemplados somente ações de prevenção e promoção da saúde, preferencialmente compartilhados com outros pontos da rede psicossocial. Contudo, em algumas cidades brasileiras as unidades básicas de saúde são compostas por profissionais de saúde mental fixos e que, se bem coordenados, podem ofertar ações assistenciais com bons resultados<sup>29</sup>. Nesta perspectiva, a Portaria define o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como ponto de atenção a desenvolver estas ações e não vincula qualquer outro tipo de arranjo possível para atenção primária.

Os pontos de atenção à urgência e emergência são importantes para consolidação do modelo, no entanto, os CAPS tipo III, que vem se apresentando como espaço estratégico de acolhimento e manejo em situações de crise<sup>30</sup>,

não são nem sequer citados. Neste mesmo componente a atenção primária é considerada um ponto de atenção.

No conteúdo das RAPS fica nítida a intenção de alterar a lógica de funcionamento das internações. A Portaria define os “hospitais de referência”<sup>28</sup> como ponto de atenção, faz ressalvas para o cumprimento da Lei 10.216 e tenta estipular o tempo de internação como curtíssima ou curta permanência(...) (Art.10 parágrafo II). Marca a intencionalidade de manter o fechamento progressivo dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, definindo que eles só podem co-existir com a RAPS em lugares que o processo de implementação não está completo. Os CAPS são centrais na proposta organizativa das RAPS. Em todos os componentes analisados ele aparece como “parceiro” necessário para os projetos, além de ser o organizador do fluxo assistencial para o nível hospitalar.

Outra marca do modelo atual é a referência constante a área de crack, álcool de outras drogas. A área sempre foi um componente da rede de atenção à saúde mental e tinha ações na atenção primária, práticas de Redução de Danos, centralidade nos CAPS ad e leitos de internação preconizados. Porém, a área ganhou evidência nos últimos 4 anos, pela alta prevalência de pessoas em uso abusivo de substâncias, análises de insuficiência do modelo vigente e uma forte pressão social conduzida por tendências contrárias ao modelo psicossocial.

Em uma tentativa de resposta, o Governo Federal Lançou em 2010 o Decreto que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que é conduzido pelo Ministério da Justiça<sup>31</sup>. Através do Programa Crack é Possível Vencer (PCPV) ele cria uma série de atribuições para os diversos setores envolvidos, definindo ações que vão desde a repressão ao tráfico até ações educativas. O Ministério da Saúde faz parte do comitê gestor, e instituiu um Plano com objetivo de ampliação da rede assistencial, aumento dos leitos de internação e realização de trabalhos preventivos e educacionais. O Conselho Nacional de Saúde mostrou preocupação quanto aos desdobramentos do Programa e através da Resolução 448<sup>32</sup> onde reafirmou os princípios do modelo psicossocial.

## **Governança**

A Política de saúde mental atual destaca, nos documentos analisados, a preocupação em avançar nos pactos regionais, fazendo menções às regiões de saúde no processo organizativo como parte de uma série de mudanças no escopo legal do SUS. Há orientações específicas<sup>28</sup> para que o planejamento das RAPS se realize junto aos Comitês Gestores Regionais (CGR), espaços com representantes dos municípios de uma determinada região de saúde e do estado. Esta orientação segue o modelo de governança referido na Portaria 4279<sup>33</sup> que estabelece diretrizes para estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a decisão da Comissão Intergestora Tripartite.

O Processo de Governança do Sistema de Saúde difere de um processo de governabilidade vertical, já que pressupõe a participação efetiva de diversos atores no debate, atores governamentais e não governamentais, nas escolhas e pactuações dos rumos da política. Porém, é ainda necessário um instrumento jurídico que intermedeie estas relações a fim de instituir as escolhas coletivas e definir o papel de cada ente no processo de decisão e construção da política<sup>34</sup>.

O Decreto 7508 estabelece o COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde) como instrumento de pactuação regional, pelo qual deve se definir as atuações de cada ente dentro de uma estratégia organizativa Regional, visando garantir, através de um instrumento legal, o cumprimento dos pactos. O Decreto também atrela parte do financiamento às regiões de saúde definidas no Pacto pela Saúde de 2006 como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território”.

A necessidade da saúde mental participar desta mudança organizativa se justifica, além do fato óbvio de estar sujeita às mesmas normativas que regem todo o SUS, pela saturação na expansão de serviços essenciais no bojo do

modelo atual. Temos hoje, no Brasil<sup>35</sup>, 145 municípios com 200.000 habitantes ou mais, que possibilitaria a abertura dos CAPS tipo III segundo a Portaria que o regulamenta<sup>36</sup>. Até 2011, 43% dos Caps III concentrava-se no Estado de São Paulo e destes, metade em 3 municípios (Campinas, Santos e São Paulo)<sup>18</sup>. Em suma, a expansão da rede CAPS III depende de dois pontos: maior incentivo financeiro para sua abertura em detrimento de unidades menos complexas e a criação de regiões de saúde, que possa ser capaz de responder aos mais de 5200 municípios com menos de 200.000 habitantes, ampliando sua capacidade de gestão e de oferta.

A capacidade resolutiva de um CAPS de nível regional é ponto a ser debatido. Existe experiência de 2 CAPS tipo III geridos pelo Estado de São Paulo, que participaram de um processo avaliativo junto com 95% de todos os CAPS III do estado<sup>37</sup>. Os resultados apresentados por eles não destacaram aspectos positivos ou negativos que os diferenciasssem dos demais (de gestão municipal).

O que se coloca em voga neste debate é a capacidade de se pensar em uma gestão regional dos serviços de saúde mental, uma vez que advimos de uma tradição de construção de políticas e gestão de lógica municipalista. Além disso, o processo de regionalização impõe um novo posicionamento dos estados na participação das políticas de saúde, tendo um papel central nos espaços de governança e nos processos de gestão.

## **Financiamento**

O subfinanciamento do SUS é um problema crônico a ser enfrentado. O foco do financiamento na área de saúde mental segue a tendência de países com sistemas de saúde consolidados (Inglaterra, Canadá, Itália, Espanha)<sup>10</sup>, que priorizam os serviços comunitários de saúde e é referendado pelas instâncias de controle social<sup>38</sup>. Entretanto, a OMS orienta que o investimento em saúde mental seja em torno de 5% do orçamento da saúde, devido a sua prevalência e impacto assistencial (na Europa, mais de 20 países investem 5% ou mais do

orçamento, alguns como a Inglaterra gastam mais de 10%). O Governo Federal gasta hoje somente 2,3% do orçamento total da saúde<sup>18</sup> em ações específicas de saúde mental. Este valor aumenta timidamente, se considerarmos a saúde mental na atenção primária e os NASFs, que não estão contemplados nos estudos analisados<sup>20</sup>. Este dado mostra que o crescimento real não reflete o porcentual, que está estagnado e precisa ser revisto para consolidação do modelo. A saúde mental é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado.

A última Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>38</sup> mostra uma preocupação em garantir o financiamento adequado para abertura e manutenção dos serviços substitutivos, propondo cada vez mais o controle Federal do dinheiro aplicado. É importante ressaltar que a responsabilidade pelo financiamento é interfederativa, contudo, o impacto do subfinanciamento federal tem conferido aos municípios um estrangulamento dos gastos públicos. Não existem fontes seguras para definir a porcentagem dos gastos dos estados e municípios em programas e serviços específicos de saúde mental, fato que mereceria pesquisas e avaliações, visando maior transparência por parte dos diferentes entes federados.

Inserido neste contexto, o PCPV não possui dotação orçamentária própria para cumprir seus objetivos, conforme seu artigo 6º: “As despesas decorrentes da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias dos órgãos nele representados, consignadas anualmente nos respectivos orçamentos (...)”<sup>31</sup>. A verba repassada aos municípios, no molde fundo a fundo é composto por três blocos: Gestão do SUS, Média e Alta Complexidade e Investimento, este último relativo especificamente a construção de novas unidades do Programa.

Os valores destinados ao custeio dos serviços variam conforme sua complexidade<sup>28</sup>. Recentemente, o Ministério aumentou o valor do repasse para os CAPS tipo III<sup>39</sup> em pouco mais de 30% do valor de custeio mensal. Esta alteração aponta para a tentativa de imputar uma mudança necessária ao modelo assistencial, aumentando os ainda escassos CAPS tipo III no país, porém nota-se uma priorização nos serviços relativos ao PCPV.

Os CAPS III do tipo ad, preconizados pelo Programa, recebem 25% a mais do que o mesmo serviço de outra tipologia, induzindo assim a abertura de 59 unidades desde o início do Programa<sup>40</sup>. A Portaria 131<sup>41</sup> regulamenta o custeio para as “Comunidades Terapêuticas” através de uma série de condições, referentes à estrutura, corpo técnico, rede de saúde e formas de ingresso. Destaca-se que já são hoje quase 7.000 vagas financiadas, sendo um dos maiores e mais dispendiosos pontos de atenção do Programa, e funcionando na contramão da lei 10.216, o que evidencia inconsistências nas próprias normas regulatórias.

É inequívoca a necessidade de estudos avaliativos e de custo-efetividade nos serviços ofertados, contudo, a priorização quanto ao bloco de investimento e aumento de custeio indicam a indução de um modelo e traduzem o foco atual da política, que tem o PCPV como central e as Comunidades Terapêuticas como protagonistas.

## **Avaliação**

Os relatórios finais das Conferências de Saúde e Saúde Mental vem demonstrando a preocupação em monitorar e avaliar a qualidade dos serviços<sup>38</sup>,<sup>42</sup>. Assim como a Portaria que instituí a RAPS, que define como um dos objetivos a avaliação dos serviços por “meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção” e orienta que seja realizada nos diversos pontos um processo de avaliação compartilhada com estados e CGR<sup>28</sup>.

Gonçalves et al.<sup>20</sup> já apontavam a necessidade de ampliar as avaliações que pudessem demonstrar a potência do modelo psicossocial sem que houvesse uma falsa inferência de que a redução de leitos de psiquiatria em hospitais fosse um indicativo de desassistência. No Campo acadêmico existe uma vasta produção de avaliações de serviços e tecnologias na área de saúde mental, principalmente a partir da década passada, fomentado por Editais de pesquisa como o PPSUS (Programa de Pesquisa para o SUS)<sup>43,44</sup>.

As pesquisas que buscaram avaliar o modelo atual com metodologias participativas e com alcance estadual não foram incorporadas aos processos de avaliação dos entes governamentais. Exemplo disso é o estudo realizado por Furtado et al.<sup>45</sup> que avaliou 95% dos CAPS III do estado de São Paulo (48% do Brasil) e definiu uma gama de indicadores que poderiam incentivar a criação de mecanismos de avaliação e controle em diferentes aspectos da política. Podemos afirmar que já existe uma tradição na utilização de métodos avaliativos, principalmente de quarta-geração<sup>25</sup>, aplicado ao universo de serviços de saúde mental, mas pouco incorporado no âmbito das políticas públicas mais amplas.

As avaliações apresentadas anualmente pela Área Técnica de Saúde Mental<sup>18</sup> compõem um documento que faz alguns recortes do modelo relacionado à ampliação e abertura de serviços, redução de leitos e montante financiado. Trata-se de um documento institucional, que tem interesse de demonstrar o “avanço” da política, trazendo dados importantes, porém sempre convenientes à Área Técnica do Ministério da Saúde, sem avançar nas análises.

Não temos atualmente um espaço de avaliação de alcance nacional que pudesse analisar a Política em seu âmbito macroestrutural. Prova disso foi a baixa incorporação de referências relacionadas à política de saúde mental nas duas grandes iniciativas de avaliar a rede de serviços de saúde, o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)<sup>46</sup> e o IDSUS (Índice de Desempenho do SUS). No que tange as pesquisas acadêmicas, o limite está no fato da maioria terem um grau de alcance restrito, relacionado a capacidade de produção e interesses dos grupos de pesquisa, além de estarem pulverizadas e muitas vezes apresentarem resultados contraditórios entre elas.

A avaliação referente ao PCPV, segundo as Portarias, fica a cargo das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde com Apoio do Ministério da Saúde. Trata-se de indagar se, sem a existência de uma política de avaliação e controle centralizada e de âmbito nacional, estas estruturas têm condições de assumirem, com capacidade metodológica e técnica, este papel frente ao principal programa nacional em vigência?

## CONCLUSÃO

Pudemos notar que o Modelo de atenção em saúde mental, preconizado pelo Ministério da Saúde, vem avançando de modo paulatino em diversos aspectos, e criando demandas que se apresentam inadiáveis para sua consolidação. A transição de um modelo estritamente hospitalocêntrico para o modelo psicossocial almejado, passa invariavelmente por mudanças nos âmbitos apresentados. Quanto a isso, podemos afirmar que os conteúdos analisados, de modo geral, apontam para um mesmo horizonte, com a necessidade de aprimoramentos, alterações estruturais e explicitações de alguns descompassos.

O modelo assumiu nestes últimos anos a área de crack e outras drogas como foco prioritário, condicionado pela opinião pública e disputas político-partidária. Em todos os documentos enfatiza-se essa linha de atuação, sendo que ela sempre foi um componente da política de saúde mental. O PCPV assume um papel de grande importância, neste momento da política de saúde mental, determinando certo anacronismo no que se refere ao modelo e financiamento. Não se trata somente de contrastar o foco do programa, que conforme discutimos tem a internação como consequência esperada, mas também pensarmos no impacto financeiro dentro de uma realidade de subfinanciamento crônico da saúde, e da saúde mental como área técnica.

O aumento do orçamento total em saúde implicaria no adensamento de serviços e ofertas para população, contudo, sem uma mudança no processo organizativo, este crescimento perderia a potência diante de uma lógica organizacional fragmentada e irracional, como analisamos. O debate sobre formas de governança e a organização dos serviços de saúde mental, nesta perspectiva, é uma pauta que deve entrar na agenda dos formuladores das políticas de saúde mental e do controle social. O financiamento próprio da área tem a necessidade de ampliar seu percentual relativo, perante uma demanda que só tende a aumentar, vista a transição demográfica em voga.

Os documentos analisados mostraram uma tendência da política de saúde mental viabilizar-se paralelamente ao curso das políticas de saúde como um todo, já que, a especificidade do objeto presume um campo específico. Porém, a inserção do modelo a partir das práticas já consolidadas da saúde pública nacional (principalmente na atenção primária) seria um modo de promover maior integralidade do modelo e permitir a expansão de ações assistenciais.

A avaliação se mostrou um tema pouco incorporado nas práticas do campo burocrático. Existe um distanciamento entre os avanços do campo avaliativo-acadêmico e sua aplicação como indutor do modelo. Não seria excessivo, neste momento atual de consolidação do modelo de atenção psicossocial, termos um Índice da atenção Psicossocial<sup>47</sup>, que pudesse, através de indicadores, capturar os principais componentes da política atual e seus objetivos, para oferecer um feedback para gestores, dar maior transparência a usuários e sociedade e identificar pontos débeis que possam ser aprimorados.

Seria importante relacionar as análises deste estudo com as dimensões das práticas institucionais e profissionais, uma vez que a reprodução de modelos divergentes podem ser sustentadas na particularidade das relações micro-políticas. Os modelos nunca serão puros, senão uma síntese entre o que é proposto e induzido pelas políticas públicas oficiais (que nos dispusemos a analisar), e o que se constrói no cotidiano da relação serviço-profissional-usuário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furtado JP & Onocko Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*, 2005;8(1),109-22.
2. Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil (Vol. 10). Hucitec. 1996.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ. 1998.
4. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In Políticas e 5. Ayres JRDC M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2012;18(supl. 2),11-23.
6. Foucault M. História da loucura na idade clássica. Perspectiva. 1997.
7. Goffman E, Leite DM & de Souza AC. Manicômios, prisões e conventos. 1974.
8. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Fiocruz. 1999.
9. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. SciELO-Editora FIOCRUZ. 2013.
10. World Health Organization WHO, Health Organization, The European Mental Health Action Plan, World Health Organization Regional Office For Europe. 2013.
11. World Health Organization WHO. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. 2001.
12. Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais: v. I: história, teoria e trabalho no campo. In *Saude Loucura* (Vol. 24). Hucitec. 2009.
13. Santos L & Andrade LOMD. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. In *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Saberes. 2009.

14. Braga Campos FC. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp. 2000.
15. Borges CF & de Faria Baptista TW. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública, 2008;24(2),456-68.
16. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. 2002;9(1),25-59.
17. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;1780-5.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012; (acesso em 03/10/2014).
19. Furtado JP. (2013) Um novo campo? O desenvolvimento da avaliação de programas e serviços em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Relatório final de estágio pós-doutoral. Departamento de Recursos Humanos - Unifesp, Santos-SP.
20. Gonçalves RW, Vieira FS & Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Rev Saúde Pública, 2012;46(1),51-8.
21. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer A, Miranda L. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 1),16-22.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5), 2297-305.
23. dos Santos AME, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Revista de Saúde Pública. 2014; 48(4),622-31.

24. Santos NRD. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2),429-35.
25. Onocko-Campos R & Furtado JP. Os desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp. 2011.
26. Cellard A. A análise documental in. Poupart J, et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes. 2008;295.
27. BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
28. BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a.
29. Onocko Campos O, Gama CA, Ferrer AL, dos Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12), 4643-52.
30. Diaz ARMDG. Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão. Tese de doutorado. Departamento de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp. 2013.
31. BRASIL. Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010.
32. BRASIL. Resolução Nº 448, de 6 de outubro de 2011b.
33. BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010<sup>a</sup>.
34. Andrade LOM. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(4), 829-32.
35. Demográfico, IBGE Censo. "Censo Demográfico 2010". Rio de Janeiro, IBGE 2011.
36. BRASIL. Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

37. Onocko Campos (coord.). Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do Estado de SP. Relatório Científico Final. Edital FAPESP: pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS-SP - MS/CNPq/Fapesp/SES-SP. 2012.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Ministério da Saúde/Comissão Relatora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, Brasil. 2011.
39. BRASIL. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012<sup>a</sup>.
40. Observatório, Crack é possível vencer. Base de dados eletrônica. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack>. Acesso em 25-10-2014.
41. BRASIL. Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012<sup>b</sup>.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2011.
43. BRASIL. Ministério da Saúde Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS. Diretrizes Técnicas. 3<sup>a</sup> edição revisada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2007. (acesso em 02-10-2014).
44. Peters LR. O Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde-PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde, Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2013.
45. Furtado JP, Onocko Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. In: Cadernos de Saúde Pública. 2013;29:102-10.
46. BRASIL. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011.
47. Furtado JP. Comunicação Pessoal. 2013.



## **ARTIGO 3**

### **Análise da política de saúde mental da Catalunha segundo orientações da OMS e UE**

#### **AUTORES**

Thiago Lavras Trapé

Rosana Onocko Campo

## **RESUMO**

O presente artigo analisa a política de saúde mental da Catalunha, Espanha. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e comparativo que utilizou as orientações publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela União Europeia (EU) como referencial de análise. Foi realizada uma análise de documentos orientadores da política de saúde mental do Governo da Catalunha, da OMS e UE. A rede de saúde mental da Catalunha vem alterando seu modelo, integrando diversas unidades assistenciais comunitárias e invertendo o financiamento que se mostra adequado. Existe uma sinergia entre o que é proposto pela OMS e os objetivos da política orientado pela OMS e UE. É necessário ampliar os mecanismos avaliativos, e manter a ampliação de serviços comunitário com a redução gradativa dos hospitais psiquiátricos.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Saúde Pública; Sistemas de Saúde.

## INTRODUÇÃO

A organização dos Sistemas de Saúde tem como objetivo melhorar da situação de saúde de sua população através da provisão de serviços que se organiza em modelos distintos nos diferentes países (Vargas, Vázquez e Jané 2002). Quando falamos em modelo de atenção nos referimos à forma que se organiza o conjunto de serviços para cumprir seus objetivos com maior eficiência com menor custo (Silva, 2011).

Concebido concomitantemente ao processo de redemocratização do país, o sistema de saúde espanhol era, até o início dos anos 80, segmentado. A seguridade social ofertava assistência aos trabalhadores e seus familiares, pessoas de baixa renda dependiam de ações assistenciais de governos locais e os mais abastados compravam serviços privados (Vázquez, Vargas e Terraza, 2009).

Em 1986 foi promulgada a Ley General de Sanidad (LGS) que garante o financiamento público da saúde por meio de impostos. Esta lei institui o Sistema Nacional de Saúde (SNS) o que integrou os diversos subsistemas existentes com gestão descentralizada às Comunidades Autônomas (CA) (Etviti e Leyva, 1995). O processo de descentralização passou para as CA a responsabilidade de organizar, implementar e gerenciar os serviços de saúde. Houve muitas diferenças no processo de descentralização em decorrência das características políticas e da capacidade de gestão de cada comunidade autônoma. (Segura et al, 1999).

No momento da consolidação do Sistema Nacional de Saúde da Espanha, a CA da Catalunha contava com uma atenção à saúde provida por estabelecimentos diversos: religiosos, administrações locais e serviços públicos ligados a seguridade social, esta geria 100% da Atenção Primária à Saúde (APS) e 30% dos leitos hospitalares (Vázquez, Vargas e Terraza, 2009). Com o processo de descentralização os diversos provedores foram incorporados na gestão pública através de contratos. Este processo mantinha a herança do modelo anterior e

criava a necessidade de maior controle por parte do governo local. Em 1990 instituiu-se a Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que define e formaliza o modelo misto de gestão, com caráter público conforme a LGS.

No modelo adotado, a provisão e o financiamento foram separados. O Departament de Salut, autoridade governamental, ficou responsável pela direção do sistema: planeja, ordena, autoriza, inspeciona e controla, enquanto o Servei Català de la Salut (CatSalut, ente público criado em 1991), realiza as compras entre os provedores conveniados. O controle social é feito pelos conselhos de saúde, com participação das prefeituras, organizações privadas, associação de usuários e corporações de trabalhadores que fazem propostas para a direção de saúde e aprovam o plano de saúde para determinada região (Olmos e Parejo, 2004).

A provisão é separada por níveis de gestão: primária, hospitalar, sócio sanitária e saúde mental as quais são formadas por diferentes instituições, financiadas pelo Estado e reguladas por contratos (Departament de Salut, 2012). Os diferentes níveis de gestão presentes na Rede de Atenção à Saúde da Catalunha tem processos de implementação particulares, cujas análises podem ser feitas separadamente.

### **O caso da Saúde Mental**

Na Catalunha, entre os anos 1910-30, influenciada pelo movimento cientificista da psiquiatria, a internação em hospitais monovalentes era a única alternativa assistencial existente e foi dessa forma mantida durante a ditadura do general Francisco Franco (Batista-Alentom, 2001). Em 1975 inicia-se a inversão do modelo na Espanha, influenciado por movimentos como a antipsiquiatria inglesa e psiquiatria de setor francesa (González, 1995). O modelo, até então centrado em hospitais monovalentes de psiquiatria, se redefine em torno da criação e implantação de processos de reabilitação e reinserção social, integrando os serviços sociais com as políticas de saúde (González, 2012).

A LGS definiu em seu artigo 20 as linhas orientadoras para saúde mental baseada em um modelo comunitário. A reorganização propunha criar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico que fosse articulada com a atenção primária e com serviços comunitários (Monsalve, 2011), com o objetivo de reduzir gradativamente as internações em hospitais monovalentes (Desviat, 2011; España, 1986). Hoje a Catalunha dispõe de uma rede ampla e diversificada, com diversos pontos de atenção específicos de saúde mental e estratégias para a organização dos equipamentos, práticas profissionais e sua integração com a rede de saúde (Departament de Salut, 2014).

A Rede especializada é composta por diversos serviços que se organizam em torno de 3 diferentes níveis assistenciais: Atenção Especializada Ambulatorial de Apoio à Primária (Centro de Salud Mental Adulto e Infanto-Juvenil (CSMA e CSMIJ)); Atenção Hospitalar (Urgências psiquiátricas, hospitalização de Agudos e Subagudos, Hospitalização de média e Larga estância, Hospitalização Parcial, Unidades de Internação na Comunidade, Comunidades Terapêuticas e Unidades Comunitárias) e; Reabilitação Psiquiátrica Comunitária (Centros dia e Centros de reinserção Laboral), além da Rede de Drogodependências (Xarxa d'atenció a les drogodependències- XAD), sendo a maior parte composta por instituições sem fins lucrativos e conveniadas (Departament de Salut, 2006). Os casos específicos de saúde mental são amplos e diversificados, podemos defini-los em um espectro que vai desde os casos leves, que podem ser manejados na atenção primária, até casos severos que requerem um cuidado de longa duração.

Neste artigo pretendemos analisar os conteúdos da política de saúde mental da Comunidade Autônoma da Catalunha.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e comparativo da política de saúde mental vigente na Comunidade Autônoma da Catalunha, que utilizou as orientações publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela União Europeia (EU) como referencial de análise. Realizou-se uma análise documental, revisando os planos de saúde oficiais do governo da Catalunha; documentos da OMS e União Europeia que buscam orientar as políticas nos países representados no interregno de 2005 a 2014.

O material selecionado foi analisado a partir do referencial do estudo realizado por Gispert, Van de Water e Van Herten (2000), que analisou os Planos de Saúde das diversas CA e propôs um marco de análise de diferentes critérios ligados a sua estrutura e conteúdos. Neste estudo utilizaremos os seguintes critérios: análise e diagnósticos dos problemas de saúde; estabelecimento de objetivos; ações a se desenvolver; financiamento; e avaliação (Tabela 1).

**Tabela 1-** Marco referencial de análise do material

<b>Referencial de análise</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Definição</b>	<b>Material de análise</b>
<b>WHO</b> 2005;	<b>Análise e diagnóstico dos problemas de saúde</b>	Dados que justificam a existência da política; análise epidemiológica.	<b>Departament de Salut</b> 2006;
2011; 2013.	<b>Estabelecimento de objetivos</b>	Objetivo global e específicos da política.	2006b;
<b>União Europeia</b> UE, 2008;	<b>Ações a se desenvolver</b>	Ações verticais e transversais propostas para cumprir os objetivos.	2010; 2012;
Jané-Llopis e Anderson, 2005	<b>Financiamento</b>	Custo e identificação de financiamento.	2014; 2014b
	<b>Avaliação</b>	Métodos propostos para avaliar as ações.	

## RESULTADOS

Como referencial de análise foram analisados os relatórios atuais da OMS e União Europeia relativos a saúde mental no continente europeu. Alguns deles analisavam os desafios atuais da área (WHO, 2005, 2008, 2011) e outros que definem planos e metas objetivos para os países (Jané-Llopis e Anderson, 2005; WHO, 2013 UE, 2008).

O material analisado da Catalunha se refere aos últimos 2 Planos Diretores da área de saúde mental (2006, 2010), que são organizados por uma equipe técnica, coordenada pelo Departament de Salut de Catalunya. Além da mais recente atualização deste plano, lançado em Julho de 2014 com as prioridades do governo atual (Departament de Salut 20014b).

Utilizou-se também como material de análise o Plano de Saúde da Catalunha em vigência (Departament de Salut, 2012) que contém diversos tópicos da área de saúde mental. Todos eles com caráter de subsidiar as ações nos anos seguintes à sua publicação

Para analisar os custos da área de saúde mental, utilizamos um documento que analisa amplamente a economia da área de saúde pública da Catalunya (Departament de Salut, 2006b). Foi incorporado ainda, um documento lançado na época de análise de dados, chamado PINSAP (Pla interdepartamental de salut pública. Departament de Salut, 2014). Trata-se de um plano que busca articular todos os setores do governo, da administração pública e da sociedade civil a fim de definir políticas públicas saudáveis.

## Referencial de análise

**Tabela 2-** Objetivos orientados pela OMS E UE para Políticas de Saúde Mental

- 
- Equidade de oportunidades para todas as pessoas, incluindo com Transtornos Mentais (TM) (WHO, 2013, UE, 2008);
  - Valorização dos Direitos das pessoas com TM e combate ao estigma (WHO, 2005; 2013 Jané-Llopis e Anderson, 2005, UE, 2008);
  - Organização da rede a partir de serviços comunitários (foco na atenção primária) (WHO, 2005, 2011, 2013, Jané-Llopis e Anderson, 2005, UE, 2008);
  - Direito a um tratamento digno, seguro e eficaz a pessoas com TM (WHO, 2013, UE, 2008);
  - 5% do orçamento da saúde para saúde mental (WHO, 2011);
  - Ações intersetoriais (WHO, 2005, 2013, Jané-Llopis e Anderson, 2005);
  - Ações específicas para idosos (Jané-Llopis e Anderson, 2005, WHO, 2005);
  - Saúde mental na Infância e Escolas (WHO, 2005; Jané-Llopis e Anderson, 2005);
  - Participação social (UE, 2008);
  - Combate a depressão e suicídio (WHO, 2005, Jané-Llopis e Anderson, 2005);
  - Programas de inserção ao mercado de trabalho (WHO, 2011);
  - Programas de apoio à família (WHO, 2011);
  - Prevenção ao alcoolismo e uso de substâncias psicoativas (Jané-Llopis e Anderson, 2005, 2008, WHO, 2011);
  - Promoção de Saúde Mental no trabalho (Jané-Llopis e Anderson, 2005);
  - Avaliar o impacto de políticas e programas (Jané-Llopis e Anderson, 2005);
  - Prevenção de problemas de saúde mental (UE, 2008).
- 

A análise dos diferentes documentos tem o objetivo de estabelecer referenciais para implementação das políticas públicas de saúde mental na Europa, demonstram objetivos comuns entre eles e remetem a princípios de equidade e valorização dos direitos dos pacientes com Transtornos Mentais (TM) (WHO, 2005, 2013, UE, 2008 Jané-Llopis e Anderson, 2005).

Os documentos referem a importância da organização da rede de atenção à saúde mental organizada a partir da atenção primária, com práticas de prevenção e promoção de saúde mental, e preconizam um modelo de atenção de serviços assistenciais especializados comunitários como princípio organizativo (WHO, 2005,2011, 2013; UE, 2008; Jané-Llopis e Anderson, 2005).

As políticas para pessoas com TM extrapolam a saúde, tanto a OMS (2005,2013) quanto a UE (Jané-Llopis e Anderson, 2005) definem ações intersetoriais como objetivos. A partir da definição dos TM como muito prevalentes e com alto gasto público, os documentos definem algumas ações para populações específicas, definidas por ciclo de vida, comportamento de risco ou patologia. Deste se destacam o programa para idosos, que tem como justificativa nos documentos a transição demográfica em vigência nos países europeus e o aumento de doenças como demência e outros transtornos que impactam a rede de atenção à saúde mental (WHO, 2005, Jané-Llopis e Anderson, 2005). Os documentos também enfatizam a infância como fase importante para implantação do modelo de atenção ações específicas para crianças, tanto em processo de prevenção de TM como na promoção de saúde mental nas escolas (WHO, 2005, Jané-Llopis e Anderson, 2005).

Entre os transtornos mais prevalentes destacam-se a depressão (WHO, 2005, Jané-Llopis e Anderson, 2005), alcoolismo e uso de drogas (WHO, 2005, 2008, 2011, Jané-Llopis e Anderson, 2005) que são orientados a terem programas e ações específicas de prevenção e tratamento. O suicídio é apontado nos documentos como muito prevalente e com necessidade de projetos de prevenção (WHO, 2005, Jané-Llopis e Anderson, 2005). Outro aspecto é a atenção aos espaços laborais, que segundo análise, são disparadores de processos de sofrimento, afastamentos, e transtornos mentais (Jané-Llopis e Anderson, 2005).

O estigma associado às pessoas com TM (WHO, 2005, 2013, Jané-Llopis e Anderson, 2005, UE, 2008) é um fator que atinge os usuários. Orienta-se que se realizem campanhas e ações educativas para combatê-lo.

Neste mesmo aspecto salienta-se a necessidade de criar programas de inserção laboral para esta população, assim como ações de fortalecimento da família, como estrutura de apoio aos usuários (WHO, 2011).

A União Europeia aponta que as políticas de saúde mental precisam avançar em estudos avaliativos, que demonstrem o impacto dos programas de saúde mental e comprovem a eficácia do modelo de atenção proposto (UE, 2008).

### **Análise e diagnóstico dos problemas de saúde**

#### **Tabela 3- Análise e diagnóstico dos problemas de saúde**

- 
- Crescente prevalência e incidência de doenças crônicas (Departament de Salut, 2006, 2010, 2012, 2014);
  - Envelhecimento da população e maior incidência de TM em pessoas idosas (Departament de Salut, 2006, 2012);
  - Alto número de suicídios (Departament de Salut, 2006, 2014b);
  - Alta prevalência de usuários de álcool e drogas (Departament de Salut, 2006, 2014b);
  - Depressão e seu alto custo para o sistema de saúde e para a sociedade (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Custo de ações de Saúde Mental na Política de Saúde (Departament de Salut, 2006, 2010b)
  - Alta auto-percepção da população referindo TM (Departament de Salut, 2010);
  - Incidência de TDAH em crianças (2014b);
  - Desemprego que aumenta o risco à ansiedade e depressão (2014b);
  - Baixa integração entre níveis de atenção (Departament de Salut, 2012).
-

A justificativa que ampara os documentos analisados remete aos estudos de base populacional e estatísticos, estes estudos apresentam os transtornos mentais como muito prevalentes e com alto gasto para o sistema de saúde. Os documentos analisados apresentam dados de uma crescente prevalência dos TM. Estima-se que 23,7% das pessoas com mais de 17 terão algum TM ao longo da vida que também representa a 5<sup>a</sup> causa de Mortalidade na Catalunha (Departament de Salut, 2006, 2010, 2012, 2014) o que impõe um custo em direto em torno de 3 a 4% do PIB.

Pesquisas de autopercepção da saúde referem que 17% das pessoas adultas afirmam terem algum TM, enquanto nas crianças este percentual é de 6,8 (Departament de Salut, 2014). No que se refere à população infantil, o TDAH figura entre os quadros de maior incidência (Departament de Salut, 2014b).

O alcoolismo e o uso de substancias psicoativas são diagnosticados como muito prevalentes e tidos como um problema a ser enfrentado. O aumento da incidência de alguns casos (demência, por exemplo) é relacionado à transição demográfica em voga na Espanha, com maior expectativa de vida, média de idade da população crescendo e conseqüentemente maior porcentagem de idosos (Departament de Salut, 2006, 2012).

Alguns quadros psicopatológicos são mais prevalentes e apontados pelos documentos como problemas centrais na constituição da política de saúde mental. Estima-se que 14,2% da população adulta terá algum episódio de depressão, o que gera um custo direto para o sistema de saúde e indireto pelas perdas laborais conseqüentes (Departament de Salut, 2014). O suicídio é um outro tema relevante presente nos documentos analisados, apresentado com grande prevalência e como causa de morte evitável (Departament de Salut, 2010, 2014).

A análise dos diversos pontos que sobre o perfil da saúde mental e seus principais desafios demonstram proximidade com as orientações da OMS e UE. Nota-se que os quadros mais prevalentes identificados são os mesmos das

análises feitas pelos documentos utilizados como referencial. O que se notou foi uma análise mais específica da situação da saúde, com dados refinados a partir do perfil demográfico e de morbimortalidade da população da Catalunha. Além disso, os indícios relativos ao impacto do gasto público, direto e indireto, indicado pelos documentos orientadores para os casos de TM são corroborados pelos entes governamentais locais com análises de custo bem para algumas patologias mais prevalentes.

## Estabelecimento de objetivos

**Tabela 4-** Estabelecimento de objetivos

- 
- Reduzir mortalidade por enfermidades mentais (Departament de Salut, 2012);
  - Reduzir a mortalidade por suicídio (Departament de Salut, 2006, 2012, 2014b);
  - Reduzir o número de atendimentos na atenção especializada de saúde mental (Departament de Salut, 2012);
  - Reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool e problemas de saúde associado (Departament de Salut, 2006);
  - Reduzir a o consumo e a mortalidade por uso de drogas (Departament de Salut, 2006, 2010);
  - Programa de combate ao estigma (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Integrar e ampliar as ações de saúde mental na infância e adolescência (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Participação social (Departament de Salut, 2010);
  - Apoio à família de pacientes com TM (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Ações de inclusão laboral de pacientes com TM graves (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Ações para população idosa (Departament de Salut, 2010, 2014);
  - Melhorar a assistência psiquiátrica e saúde mental no Judiciário (Departament de Salut, 2010);
  - Ampliar a Participação social (2014);
  - Melhorar a qualidade de vida (2014b);
  - Ações intersetoriais (2014b).
- 

Os objetivos apresentados pelo Departament de Salut são diversificados, destaca-se a intenção de melhorar a relação com outras instancias com objetivo de propor ações intersetoriais, por exemplo, com a justiça, no sentido de melhorar a oferta de saúde para pessoas em situação de privação de liberdade (Departament de Salut, 2010) e com a educação, ampliando ações de prevenção na escola (Departament de Salut, 2010, 2014).

É proposto que a atenção primária seja mais resolutiva e para tanto um dos objetivos é reduzir os atendimentos na atenção especializada (Departament de Salut, 2012). Os documentos referem como objetivos uma série de “reduções” em algumas taxas relativas aos quadros mais prevalentes.

Outro objetivo é a criação de propostas para combater o estigma das pessoas com TM (Departament de Salut, 2010, 2014), incluindo a isso a definição de projetos de inclusão laboral para pacientes graves (Departament de Salut, 2010, 2014), ações de apoio aos familiares (Departament de Salut, 2010, 2014) e ampliação da participação social nos serviços e na concepção das políticas (Departament de Salut, 2010, 2014).

Observa-se que a maior parte dos objetivos listados respondem às demandas apontadas no diagnóstico, e específicos da área de “saúde mental”. Podemos afirmar que os objetivos foram, em sua maioria, definidos a partir da análise do tópico anterior, com algumas exceções. Os objetivos focados nos quadros psicopatológicos mais prevalentes e seus relativos comportamentos de risco são listados como objetivos a serem “reduzidos” em sua incidência e conseqüente impacto social. Além de referencias diretas ao diagnóstico, percebemos alguns objetivos genéricos, relacionado à organização da global da área da saúde, como ampliação da participação social e melhora na qualidade de vida.

## Ações a se desenvolver

**Tabela 5-** Ações a se desenvolver nos propostos pelos Planos de Saúde

- 
- Implantação de Rotas assistenciais e GPC para Depressão e Demências (Departament de Salut, 2012);
  - Projecto Obertament de combate ao estigma (Departament de Salut, 2014);
  - Plans Interdepartamental de Prevenció i Control de drogodependències i De prevenció i control de la infecció per VIH i sida. (2014b);
  - Programa de Prevenção do suicídio (2014b);
  - Definição de consensos sobre praticas clinicas (Departament de Salut, 2012)
  - Ampliação de ações de apoio de especialistas da AE na AP (Departament de Salut, 2012);
  - Definição de protocolos assistenciais (2014);
  - Definição de consensos sobre práticas clinicas definidos no Plan Director de Salut Mental (Departament de Salut, 2012);
  - Ampliação de ações de apoio de especialistas da AE na AP (Departament de Salut, 2012);
  - Definição de protocolos assistenciais (2014).
- 

Os documentos analisados definem programas a partir de alguns dos seus objetivos, fica claro as referencias diretas entre as ações propostas sempre sustentadas nos objetivos.

O programa Obertament (Departament de Salut, 2014) é a principal aposta para o combate ao estigma. Trata-se de uma organização dos principais prestadores de saúde mental da Catalunha juntamente com associações de usuários de saúde mental que organiza campanhas publicitárias, fomenta formação de grupos profissionais, apoia desenvolvimento de projetos comunitários visando o empoderamento das pessoas com transtornos mentais e buscando incitar a denúncia de comportamentos preconceituosos (Obertament, 2014).

Para operacionalizar o combate ao uso de drogas é proposto Plans Interdepartamental de Prevenció i Control de drogodependències i De prevenció i control de la infecció per VIH i sida (2014b) que busca prevenir e reduzir o uso de drogas e minimizar a morbidade, a mortalidade e incapacidade evitáveis associada com o uso de substâncias psicoactivas (Departament de Salut, 2013).

Outras propostas para os casos mais prevalentes é criar Guias de Prescrição Clinicas e Rotas Assistenciais, principalmente para depressão e demências (Departament de Salut, 2012) e criar um Programa de Prevenção do Suicídio (Departament de Salut, 2014b).

Alguns pontos dos documentos analisados fazem menção a forma de execução das ações, mas não se configuram como uma regra. Nos Planos Director e Integral analisados (Departament de Salut, 2006, 2010) para cada linha estratégica, segue uma série de pontos fortes, pontos frágeis, objetivos específicos e estratégias de qualificação da rede assistencial.

O Departament de Salud (2010) propõe instrumentalizar os serviços ambulatoriais e hospitalares para identificação de quadros psicopatológicos mais prevalentes na população idosa, além de ações de promoção à saúde focadas em colaboração com outros setores.

No último documento lançado, (Departament de Salut, 2014b) para cada Linha Estratégica priorizada, se contempla algumas orientações quanto a sua execução. A continuidade do financiamento para o Programa Obertament, a realização de encuestas de saúde para percepção de adoecimento da população; criação de protocolos assistenciais para crianças e adolescentes, a formação de programas de formação para profissionais de saúde mental, desenvolvimento de programas de saúde nas escolas, implantação de projetos para fortalecimento dos familiares de pacientes com TM, projetos com Departamento de Bienestar Social y Familia para desenvolvimentos de ações culturais para pacientes com TM, trabalho conjunto com o Departamento de Empresa y Empleo (EMO) para desenvolvimento de um modelo de inserção

laboral, criação de grupo de trabalho com representantes dos advogados e justiça para definir estratégia das pessoas com privação de liberdade.

## **Financiamento**

**Tabela 6-** Financiamento da área de Saúde Mental da Catalunha nos Planos de Saúde

- 
- Convenio de Cajas para o Programa Obertament (2014);
  - 3,5 % Orçamento total da saúde em ações específicas de SM (2010b);
  - 49% para atenção comunitária;
  - 51% do orçamento para hospitais.
- 

O que os documentos nos mostrou são análises amplas do financiamento da saúde mental na Catalunha, diante de um aumento progressivo de equipamentos de saúde mental (que representa um incremento de 18% nos atendimentos ambulatoriais em saúde mental), e redução de leitos de longa estada. No que se refere ao orçamento total da saúde, a área da saúde mental detém 3,5% do orçamento (Departament de Salut, 2010b). Atualmente o financiamento utilizado para atenção comunitária é de 49% ante 51% da atenção hospitalar (em 1990 esta relação era de 24,5% e 75,5%, respectivamente) (Departament de Salut, 2010). A APS utiliza 20% do orçamento total da saúde, deste, 18% são destinados para ações de saúde mental (3,6% do orçamento total da saúde). A atenção especializada consome 53% do orçamento da saúde e 6 % se refere à saúde mental (3% do orçamento total da saúde).

Percebe-se que, dos programas citados nos documentos, somente o Obertament tem referência quanto a forma de financiamento (Convenio de Cajas). Todas outras ações a serem desenvolvidas entrarão nas práticas cotidianas das unidades já existentes. Não existe, nos documentos analisados, o impacto destas ações e a necessidade ou não de maior suporte financeiro para os serviços executores.

## Avaliação

**Tabela 7-** Avaliação de ações de Saúde Mental propostas pelos planos de saúde

- 
- Indicador de taxa de mortalidade padronizada por doenças mentais (Departament de Salut, 2014);
  - Indicador de taxa de mortalidade por suicídio (Departament de Salut, 2014).
  - Redução dos encaminhamentos em para AE em 15% (Departament de Salut, 2014);
  - Implantación del protocolo de salud mental en el marco de las actividades de medicina preventiva en la edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud (Departament de Salut, 2006);
  - Implantación del Programa Salud y Escuela (PSyE) (Departament de Salut, 2006);
  - Mejorar la capacidad de detección y resolución de los profesionales de la APS(Departament de Salut, 2006);
  - Impulsar la detección e intervención precoz de los trastornos mentales graves, con un modelo de atención integral, activo y comunitario para prevenir y disminuir los riesgos de evolución tórpida de estos trastornos(Departament de Salut, 2006);
  - Mejora de la atención de los problemas de salud mental de mayor complejidad, en el entorno de la atención especializada en salud mental(Departament de Salut, 2006);
  - Incrementar la capacidad resolutive de los centros de salud mental (Departament de Salut, 2006);
  - Mejora de la oferta de atención psicoterapéutica a los CSM (Departament de Salut, 2006);
  - Disminución de los reingresos a las unidades de hospitalización (Departament de Salut, 2006);
  - Promover la integración funcional de las redes de salud mental de adultos, de infantil y juvenil y de drogodependencias (Departament de Salut, 2006);
  - Encuesta para analizar a percepção da doença (Departament de Salut, 2006);
  - Diminuição da taxa de suicídio e doenças relacionadas ao uso abusivo de álcool. (2014b).
-

Os documentos analisados apresentam uma série de indicadores para diferentes quesitos analisados. Alguns deles estão atrelados a diminuição de algumas taxas, como suicídio e doenças por uso abusivo de álcool, e utilizam o registro de mortalidade da Catalunha (RMC) para analisar os valores pretendidos, que responde diretamente aos objetivos e ações propostas (Departament de Salut, 2014). O caso específico do suicídio tem indicador hospitalar de mortes por causas evitáveis que poderia ser usado como base para analisar o impacto do programa.

Dos objetivos propostos, o que se refere a ampliação do financiamento para serviços comunitários frente ao hospitalar, é possível de se monitorar através da análise dos gastos em saúde, mas que não está contemplado nos documentos analisados.

No caso da luta contra o estigma, o Departament de Salut (2014) apresenta a “Encuesta de salud da Cataluna” como uma ferramenta para analisar o problema a partir de perguntas específicas sobre o comportamento da população em relação à pessoas com transtornos mentais. Indicadores de internação hospitalares são utilizados para analisar o tempo de permanência em Hospitais Geral em comparação com Hospitais monovalentes. Seu aumento ou redução também pode ser utilizado para evidenciar maior eficácia das unidades comunitárias. (Departament de Salut, 2007).

O Plan Director de Salud Mental y Adicciones (2010) cria uma série de indicadores de resultado e processo que utiliza como fontes de informação o CMBD. Outra fonte de informação é as Encuestas de Saúde, que são utilizadas para analisar a melhora na percepção da saúde da população (Departament de Salut, 2014).

Os Indicadores avaliativos analisados ainda são difusos, centrados em redução de taxas melhora de qualidade. A análise não se mostrou suficiente para encontrar uma relação direta entre os indicadores propostos (que ficarão concentrados em 3 documentos) e as ações propostas pelos planos.

## DISCUSSÃO

Tanto a OMS, UE e o Departament de Salut justificam em seus documentos a necessidade de qualificação das políticas de saúde mental reafirmando os altos custos diretos e indiretos que os transtornos mentais impõem para o sistema de saúde (EU, 2008; WHO, 2008; WHO, 2010, Departament de Salut, 2010; Departament de Salut, 2014; Barbaglia, et al. 2013).

A organização do modelo proposta nos documentos analisados é baseada em uma organização em rede, centrada em diversos equipamentos territoriais, organizados a partir da APS, sendo ela porta de entrada e organizadora do Sistema (WHO, 2010 Departament de Salut, 2010). A Catalunha apresentou números abaixo da média espanhola no que se refere à a morbidade em saúde mental (Ricci-Cabello, et al., 2010), contudo, os casos representam 29,5% de todas as consultas da APS e sua resolutividade no primeiro nível de atenção é em 70% dos casos (Departament de Salut 2010), número que demonstra uma APS resolutiva.

Nesse sentido, existe em curso na Catalunha, um aumento progressivo de equipamentos de saúde mental, com um incremento de 18% nos atendimentos ambulatoriais em saúde mental e redução de leitos de longa estada (Departament de Salut, 2010). Atualmente o financiamento utilizado para atenção comunitária é de 49% ante 51% da atenção hospitalar (em 1990 esta relação era de 24,5% e 75,5%, respectivamente). Neste aspecto cria-se a necessidade de ampliar o aporte financeiro para APS e serviços sociais conforme estudo analisado (Salvador-Carulla, 2007). A OMS orienta que, dada a prevalência e o custo assistencial, o gasto deve ser em torno de 5% do Orçamento total da Saúde (WHO, 2011; 2013), contudo, o gasto em saúde mental na Catalunha em referencia ao total é de 3,5%, porcentagem abaixo das orientações da OMS.

Outro aspecto comum entre os documentos analisados é foco na prevenção da depressão e suicídio como uma das linhas prioritárias para os programas de saúde mental (Jané-Llopis e Anderson, 2005; EU, 2009).

Quanto ao tema, a revisão nos mostrou que é necessária a ampliação de práticas de prevenção ao suicídio nos serviços de Saúde Mental com a introdução de protocolos clínicos (Gómez-Durán et al, 2014). Os documentos propõem a identificação de grupos de risco, capacitação das equipes de saúde para manejar os casos, implantação de atenção ambulatorial com ofertas terapêuticas para estes casos, controle dos meios comuns de suicídio e uma atenção de urgência mais treinada e resolutiva.

Monsalve (2011) refere existir dificuldades para que pessoas com transtornos mentais acessem o mercado formal de trabalho e relaciona a situação com o estigma sofrido por esta população. O enfrentamento do estigma e apoio aos familiares de usuários de saúde mental, com ações midiáticas e de apoio à inserção no mercado de trabalho é um dos focos atuais do Governo da Catalunha e segue as recomendações da OMS (WHO, 2013; Departament de Salut, 2014).

O maior parte das ações preconizadas dependem do desenvolvimento de ações intersetoriais, (envolvendo habitação, educação, justiça), sendo um dos pilares para a qualificação das políticas de saúde mental pela OMS (WHO, 2013). Neste sentido o Pla Interdepartamental de Salut Publica-PINSAP (Departament de Salut, 2014) foi proposto com ações que incluem a promoção da saúde mental com foco na qualidade de vida e comportamentos saudáveis. Trata-se de um plano que busca articular todos os setores do governo, da administração pública e da sociedade civil a fim de capitalizar forças na contribuição de políticas públicas saudáveis. Dentre os diversos objetivos e metas apresentadas fica claro que as ações relativas à saúde mental são uma das prioridades (Departament de Salut 2010).

Estudo realizado que incluía a Catalunha em seus resultados encontrou associação entre empregos precários e problemas de saúde mental (Vives et al. 2013). A UE tem como uma das prioridades a saúde mental no trabalho (EU, 2008), tendo como propostas a inserção de programas de prevenção a quadros associados ao trabalho (stress, alcoolismo, uso de drogas) e o estabelecimento de medidas de apoio para o retorno ao trabalho para pessoas com transtorno mental.

Contudo, não se tem uma proposta de programa efetivo para esta população, preconizado pelas políticas de saúde mental da Catalunha.

A dificuldade em se estabelecer instrumentos de avaliação para a saúde mental é um desafio para os sistemas de saúde (Jané-Llopis e Anderson, 2005). Existe uma clara necessidade de incorporar indicadores avaliativos que possam demonstrar a eficiência dos programas e ações. As políticas de saúde mental, pela complexidade e por incluírem aspectos subjetivos em seu objeto, tem pouca tradição na utilização de indicadores avaliativos em suas práticas (Furtado et al, 2013).

## **CONCLUSÃO**

Observamos uma escassez de estudos que pudessem ampliar a análise da política de saúde mental vigente na Catalunha. A revisão realizada por Garcia-Perez et al (2013) mostrou que a maioria dos estudos relacionado ao termo “salud mental” são estudos clínicos, corroborando a necessidade de análises no plano macro-político, no que tange o conceito de saúde mental, que possam subsidiar os rumos das políticas de saúde.

A transição do modelo de atenção à saúde mental na Catalunha está em construção. As análises mostraram que existe uma sinergia entre o modelo de saúde mental proposto pela Organização Mundial da Saúde e União Europeia com os planos de saúde da Catalunha, no que tange a organização da política de saúde mental. Os objetivos, que serviram de referenciais de análise, foram em grande parte, contemplados pelos documentos orientadores da Política de Saúde Mental da Catalunha, mas com dificuldade em compreender, pelos documentos analisados, qual a estratégia de financiamento direto para muitas ações propostas e como garantir sua operacionalização nas práticas cotidianas dos serviços já existentes, uma vez que os mecanismos de monitoramento e avaliação ainda se mostram frágeis para muitos dos objetivos propostos.

## BIBLIOGRAFIA

- Batista-Alentom AC. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. 2001.
- Camacho JE, Vázquez ML, Alcazo MAL. Sistemas de Salud. Desarrollo, concepto, objetivos, funciones y agentes; Master en gestión de centros y servicios de salud. Universitat de Barcelonas Virtual. 2002.
- Camacho JE, Vazquez ML. El Sistema de Salud Español. Master en gestión de centros y servicios de salud. Universitat de Barcelonas Virtual. 2002.
- Cataluña LOSC. Ley 15, de 9 de julio 1990.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Priorització d'actuacions 2014-2016. 2014b.
- Departament de Salut. Estudis d'Economia de la Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2006b.
- Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari (Catalunya). Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Generalitat de Catalunya. 2006.
- Departament de Salut. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Generalitat de Catalunya. 2010.
- Departament de Salut. Pla Interdepartamental de Salut Publica-PINSAP Generalitat de Catalunya. 2014.
- Departament de Salut. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. 2012.
- Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Revista Española de Salud Pública. 2011;85(5),427-36.

- España. Ley 14/1986, de 25 de abril 1986. Boletín Oficial del Estado, 102,15207-24.
- Evtiti JE e Leyva RF. Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria, en España. Cadernos de Saúde Pública. 1995;11(1),34-44.
- EU, High-Level Conference Together for mental Health an Wellbeing. Documento Final. Bruxelas, 2008.
- Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental Participatory development of indicators for assessing mental health La elaboración participativa de indicadores para la. Cad. Saúde Pública. 2013;29(1),102-10.
- García-Pérez L, Aguiar-Ibáñez R, Pinilla-Domínguez P, Arvelo-Martín A, Linertová R & Rivero-Santana A. Revisión sistemática de utilidades relacionadas con la salud en España: el caso de la salud mental. Gaceta Sanitaria. 2014; 28(1),77-83.
- Gispert R, Van de Water HPA and Van Herten LM. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. Gac Sanit.;14.Supl 3 (2000):34-44.
- Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A & Martin-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2014.
- González FT. The Spanish psychiatric reform in perspective: achievements, pending issues, and the crisis. Medwave. 2012 Nov;12(10):e5543 doi: 10.5867/medwave.2012.09.5543.
- González FG. Mental health care in Spain. Psychiatric Bulletin. 1995; 19:254-7.
- Jané-Llopis E & Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention.A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. 2005.

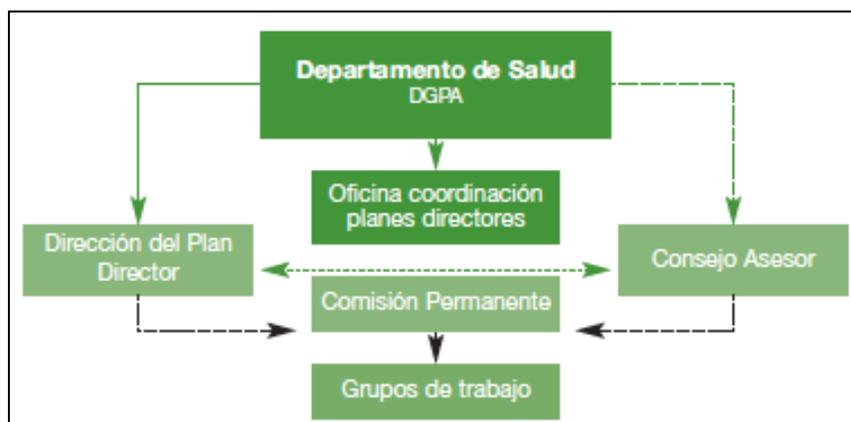
- Monsalve MH. Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*. 2011;16(3),295-303.
- Olmos JM, Parejo MIB. Sistema Nacional de Salud Español: Estructuras e competencias. In Perez GJG, López MG, Valle SR. *Universidade de Guadalajara*. 2004.
- Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;v.42,n.6,p.1090-6.
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J & Montero-Piñar I. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84(1),29-41.
- Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(2),v-vi.
- Salvador-Carulla L. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura-pendiente. *Gac. Sanit*. 2007;21(4),314-15.
- Segura A, Villalbí JR, Mata E, de la Puente MLI, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(3),218-25.
- Silva SFD. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6),2753-62.
- UE, European Parliament. Committee on Environment, Public Health and Food Safety (ENVI). *Mental Health in Times of Economic Crisis*. Brussels, 2012.
- Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Equity and health systems reform in Latin America. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(4),927-37.

- Vazquez ML, Lorenzo IV, Núñez RT. Sistema de Salud en Cataluña. In: Vazquez ML, Lorenzo IV. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. 2009;260pp.
- Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. Journal of environmental and public health. 2013.
- WHO, Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2008.
- WHO, The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe Sixty-third sesión. 2013.
- World Health Organization. Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. 2005.
- WHO, Impact of economic crises on mental health. Regional Office for Europe. 2011.

Após nos debruçarmos sobre o amplo material e analisá-lo, podemos tecer comparações que nos ajudam a compreender o atual estágio de ambas Redes de Atenção à Saúde Mental, tanto nas suas potencialidades, que servem de exemplos complementares, quanto em suas fragilidades e necessidades de aprimoramento.

A organização da política na Catalunha, desde sua concepção até sua execução, se inicia a partir das orientações do Ministério da Saúde do Governo central da Espanha (*Departament de Salut*, 2010). A partir dos objetivos propostos, a comunidade autônoma organiza seus processos de gestão e formulação dos pontos de atenção e estratégias assistenciais. A cada mudança de governo autonômico é lançado um “Plano diretor”, tanto de saúde geral, que contém invariavelmente componentes da saúde mental, como específico da área. Trata-se de um Plano técnico, que analisa a situação, realiza diagnóstico e faz propostas operativas para os 4 anos consecutivos.

A elaboração dos planos é realizada por diretores de área, assessores e técnicos dos quadros burocráticos do governo. Tanto para sua formulação quanto para sua execução, são criados grupos de trabalho organizados por área técnica, que apoia a definição de objetivos, aponta fragilidades, propõe mudanças e analisa a implementação. São grupos compostos por representantes de diversos segmentos: associação de usuários e familiares, patronais, governo, sociedade científica, trabalhadores (Figura 1). Conforme analisamos no Artigo 3, a OMS tem grande ascendência sobre os objetivos do plano.



Fonte: *Departament de Salut, 2007*

**Figura 1-** Estrutura do Plano Diretor de Saúde Mental da Catalunha

A definição das políticas, no Brasil, é mais complexa e possui caráter participativo (Escorel e Bloch, 2005). As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental devem ser convocadas pelo poder executivo, ou extraordinariamente, pelos conselhos de saúde. No caso da conferência de saúde, ela deve se organizar a cada 4 anos, o que vem ocorrendo desde os anos 90. Já a de saúde mental não apresenta uma periodicidade organizada, ocorrendo 4 vezes, desde 1987, com intervalos entre 7 e 9 anos.

Para que a instância nacional aconteça, é necessário que os Conselhos de saúde façam as conferências municipais e estaduais que definem, além dos rumos da política local, os delegados de usuários, gestores e trabalhadores, que tem a função de representar sua região e levar as demandas para o nível nacional. Os conteúdos das conferências são marcos que devem ser seguidos pelo poder executivo na operacionalização das políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Historicamente a construção da política de saúde, e, por conseguinte de saúde mental, foi construída com forte influência de movimentos sociais. Na composição do Conselho Nacional de Saúde (instância máxima de deliberação do SUS) os movimentos sociais e de usuários detém 50% das cadeiras,

numa divisão paritária com gestores, prestadores e trabalhadores. Contudo, mesmo diante de uma tradição participativa, a operacionalização tem se mostrado burocratizada, com interesses corporativos e pouca estrutura para participação efetiva (Martins et al. 2008).

A Catalunha optou por um modelo de gestão executiva, prioritariamente vertical, e vem recebendo boas avaliações quanto à qualidade, no que tange a organização em rede, a gestão regional e os contratos de gestão entre governo e prestadores. Neste sentido, nos alerta Franco e Hernaez (2013), *atribui-se a qualidade alcançada pela rede assistencial primordialmente à estrutura organizacional e ao controle de processos, sendo os atores vistos como um dos recursos da organização, os recursos humanos, que precisam ser aperfeiçoados para lograrem um rendimento máximo (p.1872)*. De modo distinto, podemos situar o processo de construção do SUS baseado na utilização do capital social como estrutura primordial, haja vista a Lei 8142 (participação social) e a tradição de processos de planejamento e gestão baseados nos princípios da democracia institucional (Campos, 2007, 2010).

Dimenstein (2011) analisou a política de saúde mental de diversos locais da Espanha (incluindo uma região sanitária da Catalunha). A autora analisa a rede espanhola com muita centralidade nos médicos psiquiatras e de lógica tecnicista e identifica boas práticas de gestão da clínica. Tal dado é corroborado pelo *Atlas de serviços de saúde da Catalunha*, no qual fica evidente em todos os serviços de saúde mental a predominância do profissional médico em detrimento de outras formações (Salvador-Carula et al. 2010).

O sistema de governança é bastante distinto entre os dois sistemas. No Brasil o sistema é interfederativo, com responsabilidades dos três entes federados (União, Estado e Municípios) (Lima et al. 2012). As Políticas estabelecidas pelo governo federal tem grande influência e é orientadora do modelo assistencial. Isso se dá por conta do pacto fiscal existente, em que mais de 60% do que se arrecada no país vai diretamente para a União. Os repasses, chamado “fundo-a-fundo”, são dirigidos e feitos por “blocos”, via Fundo Nacional

de Saúde diretamente para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde que gerencia esta verba.

O repasse tem aumentado desde o fim dos anos 90, e hoje 74% do orçamento ministerial é transferido (43% aos municípios e 31% aos estados). Vale frisar que existe, desde os anos 80, uma redução percentual expressiva de gastos do nível federal, que hoje participa com 44% do total aplicado ao SUS (Santos, 2014), consequência da EC nº 29/2000, que definiu o montante mínimo obrigatório a ser investido na saúde para cada ente federado, aumentando a participação do financiamento pelos estados (18% para 26% em 10 anos) e municípios (22% para 30% em 10 anos) (Piola et al. 2013).

No caso da saúde mental o município é o maior gestor dos recursos assistenciais. Sob sua tutela estão a maior parte dos serviços de atenção primária, especializados e, em alguns grandes centros, também o nível hospitalar, que na maioria do país é de responsabilidade do estado. Este tipo de organização vem reforçando a fragmentação do sistema, por termos muitos municípios com baixa capacidade de gestão e com dificuldades em estabelecer pactos regionais (Oliveira, 2007), como discutimos no artigo 2.

Na Catalunha o modelo se estrutura em regiões de saúde administradas pela comunidade autônoma. São ao todo 7 regiões de saúde, com uma média de 1.100.000 de habitantes em cada uma delas. Cada região é dividida por áreas básicas, com um CAP de referência, serviços ambulatoriais e hospitais com três níveis de complexidade, podendo ser suprarregional (*Departament de Salut*, 2010). Ficou evidente a tentativa do Ministério da Saúde Brasileiro implementar uma mudança sistêmica, com foco nas regiões de saúde como discutimos no artigo 1 e 2. O modelo de governança proposto guarda as peculiaridades da legislação brasileira no que tange a autonomia dos entes federados, contudo podemos afirmar que a organização das RAS tem muitas similitudes com o modelo Catalão.

A Catalunha optou pela incorporação das unidades assistenciais já existentes no momento da criação do seu sistema público de saúde. Como consequência, existe uma série de provedores de caráter público-privado (Camacho e Vasquez, 2002). Porém, 85% da atenção primária é de gestão pública direta, com contratos laborais diferenciados, gerenciado pelo Instituto Catalão de Saúde (ICS) (ente estatal que gere a área assistencial). Na saúde mental, 95% dos provedores são instituições públicas de direito privado (associações, ONGs, Organizações filantrópicas..), sem fins lucrativos que prestam serviços e são reguladas por contratos de gestão. Algumas análises na Catalunha demonstram que a multiplicidade de provedores impõe uma maior fragmentação na organização da rede assistencial (Vargas Lorenzo et al., 2008), mas faltam estudos mais aprofundados sobre o tema.

No Brasil os modelos de gestão também são diversos. Os dados oficiais, providos pelo CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) mostram que somente 2,5% dos CAPS estão sob administração indireta (Organização Social, Autarquia, Fundação, Empresa...). Contudo, este número contrasta com as diversas análises atuais que mostram um desenvolvimento exponencial deste tipo de contrato (Martins e Molinaro, 2013), principalmente como resposta a Lei Federal de Responsabilidade Fiscal, que estipula um valor percentual máximo de 60% da receita líquida dos municípios no gasto direto na contratação de pessoal (BRASIL, 2000), e como forma de fugir da burocracia imposta pela Lei de Licitações (BRASIL, 1993).

Tanto o SUS quanto o SNS tem caráter público, universal e são financiados por impostos. No Brasil gasta-se somente 3,8% do PIB em Saúde pública contra 5,4% na Catalunha. A média de gastos da Catalunha per capita é muito superior à brasileira, com média estipulada em torno de US\$ 1500,00 por ano, enquanto no Brasil este valor é de cerca de US\$ 400,00. Deste montante, 2,3% (valor de investimento federal) é aplicado em ações específicas de saúde mental, enquanto na Catalunha este investimento soma 3,5%. Contudo, a destinação do financiamento na Catalunha é de 51% para ações hospitalares e

49% para atenção comunitária, no Brasil esta relação é 72% comunitários e 28% hospitalares.

A oferta de leitos hospitalares é distinta. No Brasil o fechamento de hospitais e redução de financiamento resultou em 22 leitos (somados hospitais monovalentes, hospital geral e leitos do PCPV) para cada 100.000 mil habitante (BRASIL, 2013). Na Catalunha este índice é de 58 leitos por 100.000 habitantes. Para compararmos, na Europa a média é de 87 leitos para 100.00 habitantes, em contrapartida, a África (continente com menos recursos para saúde mental) disponibiliza em média 3,4 leitos para a mesma população (Thornicroft e Tansella, 2003).

A rede hospitalar é distinta em extensão, mas próxima quanto ao perfil. Uma rede equilibrada necessita de leitos de internação, como discutimos previamente, contudo, a orientação é que seja realizado em hospitais gerais. Tanto na Catalunha quanto no Brasil a concentração de leitos se dá em hospitais monovalentes de psiquiatria (Catalunha 89%; Brasil 90%) o que pode ser associado ao poder do *establishment* psiquiátrico em ambos os territórios, os quais iniciaram tardiamente suas reformas e contavam com uma estrutura exclusivamente hospitalar com um contingente amplo, influente e dispendioso. Também trata-se de uma falha de ambas as políticas, no sentido de reorientar o foco das internações, com políticas de subsídios para hospitais gerais diferenciado dos leitos em instituições monovalentes.

O Governo da Catalunha tem como uma prioridade a redução dos leitos de média e longa permanência (*Departament de Salut*, 2010). Isso se dá por conta do número considerado excessivo de pacientes nos serviços sócio sanitários, que demandam 25% de todas as vagas, além dos leitos de média e longa permanência em Hospitais Psiquiátricos que somam 2865 pessoas, ou 38 pacientes “moradores” para cada 100.000 habitantes (65% de todos os leitos disponíveis). Para isso iniciou uma serie de ações visando à ampliação de serviços “residenciais” (*Departament de Salut*, 2010,2013), que são hoje 935 vagas (12,6 para cada 100.000 habitantes), focadas para a população com

deficiência intelectual, idosa com comorbidades psiquiátricas e pacientes adultos com Transtorno Mental Severo. Para Desviat (2011), a manutenção de muitos hospitais de longa estância é a prova de uma implantação desigual da política na Espanha, relacionada a ambivalência do governo central frente à política e fatores econômicos para implantação de serviços comunitários.

No Brasil, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) estão distribuídos em 625 unidades com 3091 moradores (1,5 para cada 100.000 pessoas) (BRASIL, 2013), e vem contribuindo para a redução dos leitos em hospitais monovalentes e ampliando a capacidade resolutive dos serviços de atenção comunitária. Contudo, o país ainda conta com um grande número de internos de longa permanência em processo de desinstitucionalização e necessitaria a duplicação destes serviços (Furtado et al. 2013) . Estima-se que o Brasil tenha cerca de 10.722 “moradores” (6 para cada 100.000 habitantes) (Frazato e Boarini, 2013), o que significa pacientes de longa estada com um ano ou mais inserido em um serviço hospitalar com a crise já remetida, cerca de 30% dos leitos disponíveis, em hospitais psiquiátricos.

Ressalta-se que o Brasil possui um programa específico para pacientes egressos de internação psiquiátrica de média e longa permanência (Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003), que disponibiliza um valor financeiro mensal para o egresso, com objetivo de fortalecer os vínculos familiares e possibilitar autonomia e reinserção social. Segundo os últimos dados de 2012, o programa tinha pouco mais de 4 mil cadastrados.

A análise da Política de saúde mental brasileira evidenciou o foco atual no enfrentamento às drogas, em especial ao “*crack*”, com a proposição de um modelo assistencial com diversos pontos de atenção, que amplia fundamentalmente as internações utilizando a estrutura de instituições público-privadas com foco na internação (comunidades terapêuticas), conforme analisado no artigo 2, que se mostra anacrônica quanto ao seu financiamento e modelo organizativo. A Catalunha também possui uma rede específica para população usuária de álcool e outras drogas (XAD),

com ações desde a atenção primária, com diversas unidades comunitárias (CAS), serviços de reabilitação e leitos de internação próprios, com proposta integrada a rede de saúde mental.

As informações referentes ao destino do financiamento na Catalunha são mais claras, com sistemas de informação que possibilitam analisar os gastos com psicofármacos, atenção à pacientes crônicos, a leitos de urgência, entre outros. É possível visualizar os gastos de todo o sistema de saúde por seus diferentes componentes, estruturas, unidades e práticas assistenciais, cenário até o momento inviável no Brasil, onde o arranjo interfederativo se organiza com diferentes fontes de dados e, por conseguinte, informações dissociadas.

O Brasil mostrou ter poucos recursos avaliativos incorporados às políticas de saúde mental. Neste ponto a Catalunha apresenta uma série de indicadores, banco de dados, informações primária que permitem maiores análises e são utilizadas como requisito para o diagnóstico da situação da rede assistencial e conseqüente propostas nos planos de saúde. Porém, os mecanismos avaliativos específicos da rede de saúde mental merecem aprimoramentos como discutimos no artigo 3. Trata-se de adequar as informações já existentes em torno dos objetivos da política. Ademais, podemos afirmar que a Catalunha tem uma tradição de vanguarda nos mecanismos avaliativos e uma estrutura avançada para conceber um sistema que responda às demandas da política de saúde mental.

Podemos inferir que o fato da rede assistencial ser em grande parte composta por instituições público-privadas, impôs um maior controle do Estado frente às práticas decorrentes do financiamento público. A relação entre governo e os prestadores se dá por meio de contratos de gestão, a separação entre o financiamento (público) e a provisão, definida em seu marco legal (LOSC), impulsiona uma maior utilização de mecanismos avaliativos como forma de controle das instituições e viabilidade de execução dos objetivos específicos da saúde mental.

A Catalunha oferece mais tipos de programas e serviços focalizados em algumas patologias e objetivos, tais como o programa contra estigma, suicídio e depressão. Segundo análise de Thornicroft e Tansella (2003), esta amplitude de ofertas especializadas é uma das diferenças entre uma rede com muitos recursos e outra com médio.

Ambas a redes possuem uma ampla gama de serviços assistenciais com objetivos diversos, principalmente na área comunitária. No Brasil, existe uma centralidade no CAPS como unidade estratégica para todas as ações assistenciais e articulações entre os pontos de atenção. No caso da Catalunha, a atenção primária assume a função de porta de entrada e estruturante da rede, sendo responsável pelo fluxo, alta resolutividade, priorização na identificação dos casos e manejo clínico para grande parte dos casos de saúde mental. Os sistemas de avaliação demonstram a eficácia destes serviços como discutimos anteriormente. A centralidade nos CAPS é conflitante com o modelo de atenção em Redes de Atenção à Saúde, o qual prioriza a APS como porta de entrada e estruturante da Rede.

**Tabela 2-** Comparação Brasil - Catalunha por componentes da política

<b>COMPONENTES</b>	<b>BRASIL</b>	<b>CATALUNHA</b>
Marco legal	LEI 8080; 8146; 10.216	LGS; LOSC; Ley de Salud Mental
Documentos Orientadores da Política	Relatórios de Conferência de saúde e saúde mental	Planos Diretores de Saúde e Saúde Mental
Definição da política	Ascendente Participação social Movimentos sociais	Vertical Tecnocrática OMS
Financiamento Saúde	3,8% PIB US\$ 400,00 per capita	5,4% PIB US\$ 1500,00 per capita
Financiamento Saúde Mental	2,3% do Orçamento da Saúde	3,5% do Orçamento da Saúde
Foco financiamento	28% Hospitalar 72% Atenção Comunitária	51% Hospitalar 49% Atenção Comunitária
Modelo de Gestão	Predominantemente direto	Predominantemente indireto
Governança	Interfederativa Municipal	Comunidade Autônoma Região de Saúde
Rede de Serviços	Ampla e diversificado	Ampla e diversificado
Centralidade	CAPS Equipe multiprofissional	APS Médico
Política Drogas	Central Anacrônica	Periférica Integrada
Internação	90% Hospitais Psiq.	89% em Hospitais Psiq.
Moradores de Hospitais	06/100.000 hab. 30% leitos	38/100.000 hab. 65% leitos
Vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos	1,5/100.000 hab.	12,6/100.000 hab.
Sistema de Informação	Frágil	Potente
Avaliação	Restrita Centralidade em estudos acadêmicos	Restrita no Âmbito Acadêmico Ampla e incorporado no Campo Burocrático Necessitando aprimoramento

Analisar duas redes de atenção à saúde mental em territórios distintos nos impõe um grande desafio. A genealogia da construção de cada uma destas políticas revela valores culturais e históricos diferentes, além de idiossincrasias muito complexas de capturar em um estudo comparativo. Todavia, por se tratar de propostas organizativas próximas e com muitos objetivos comuns, o método ganha potência e as análises ganham maior relevo, permitindo compreender o atual estágio de ambas políticas com maior criticidade.

A comparação percentual entre o valor global, o recorte específico da saúde mental e os valores per capita, reforçam as análises que apontam o subfinanciamento crônico da saúde e da saúde mental brasileira. Em contraste, o foco do investimento no Brasil é mais adequado ao modelo psicossocial, com ampliação das ações comunitárias em detrimento às práticas hospitalares. Ressalta-se a necessidade de aprimoramento quanto ao perfil de internação e a contínua ampliação dos programas de desinstitucionalização em voga. Podemos afirmar que o foco do financiamento no Brasil é correto, porém insuficiente. Os desafios da Catalunha passam pela ampliação desta gama de dispositivos, que permitam uma redução potencial dos moradores de hospitais psiquiátricos e uma menor participação do hospital na rede assistencial, o qual se mostra ainda central.

Os sistemas de informação são pontos fundamentais na definição do diagnóstico da rede e aprimoramento nos processos de planejamento e gestão. Neste aspecto, a Catalunha se mostra muito a frente do Brasil, desde a estruturação das bases de dados até a utilização destas fontes pelos serviços. No entanto, os dados perdem a potência se não tivermos padrões de análise consensuados. Neste sentido, ambas as redes precisam definir mecanismos avaliativos que possam sintetizar a complexidade dos seus objetivos. Quanto a isso, estudos participativos com os atores da política (trabalhadores, gestores e usuários) são importantes referenciais para defini-los.

Em ambas as redes analisadas o processo histórico influenciou no movimento de fechamento progressivo de leitos, com foco na abertura de serviços comunitários. Hoje, podemos afirmar que ambas as redes tem como objetivo um Modelo Equilibrado, que define-se como: próximos da população, com internação em hospitais gerais, presença de equipamentos residenciais para atenção prolongada nas comunidades, serviços com atenção domiciliar, foco do tratamento tanto nos sintomas quanto nas incapacidades, atenção com projetos individuais, modelos signatários de convenções de direitos humanos (Thornicroft e Tansella, 2003).

O método utilizado permitiu uma análise aprofundada das redes de atenção à saúde mental no nível macro da política. Como discutimos anteriormente é necessário articular estes achados com estudos na dimensão institucional e clínica, para analisarmos a influência da política oficial e identificar possíveis vazios e incoerências. Contudo os elementos aqui analisados são recortes e consequências do que está sendo feito nas múltiplas unidades, cotidianamente. Estudos desta natureza evidenciam, além das questões estruturais, uma fotografia do momento atual de ambas as redes em seus diversos níveis, já que as dimensões de análise são por princípio, interdependentes.

## REFERÊNCIAS

---

- Batista-Alentom AC. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. 2001.
- BRASIL. Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000.
- Brasil. Lei 8080: Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. 1990.
- Brasil. Lei 8142: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990.
- BRASIL. LEI 8666 de 1993.
- Camacho JE, Vazquez ML. El Sistema de Salud Español. Master en gestión de centros y servicios de salud. Universitat de Barcelonas Virtual. 2002.
- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e cultura. 2007;3(1).
- Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5), 2337-2344.
- Campos PM & Gómez JMS. La Salud Pública durante el franquismo. DYNAMTS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 1995;15, 211-250.
- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In Tratado de Saúde Coletiva. (pp. 563-613). Hucitec; Fiocruz. 2006.

- Conill EM, Fausto MCR & Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina; The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America. Rev. bras. saúde matern. Infant. 2010.10(supl. 1),s14-s27.
- de Sanidad LG. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, 1986;102,15207-24.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. WHO World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Mental Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA, 2004;291(21) 2581-90.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Priorització d'actuacions 2014-2016. 2014b.
- Departament de Salut. Estudis d'Economia de la Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006b.
- Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari (Catalunya). Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Generalitat de Catalunya. 2006.
- Departament de Salut. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Generalitat de Catalunya. 2010.
- Departament de Salut. Pla Interdepartamental de Salut Publica-PINSAP Generalitat de Catalunya. 2014.
- Departament de Salut. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Generalitat de Catalunya. 2012.
- Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Revista Española de Salud Pública. 2011;85(5),427-436.

- Dimenstein M. Experiências espanholas e sua contribuição à rede de recursos psicossociais no Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2011;16(3),363-72.
- Escorel S & Bloch RAD. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 83-119). FIOCRUZ. 2005.
- Franco SC & Hernaez AM. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 201;18(7).
- Furtado JP & Onocko Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2005;8(1),109-22.
- Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008;13(5),1441-51.
- Kohn R, Saxena S, Levav I & Saraceno B. 2004 The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11),858-66.
- Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV & Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012;1903-14.
- Martins MIC & Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas . 2013;18(6),1667-76.
- Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Francheschini SDCC, Priore SE, Dias G, et al. Conselhos de saúde ea participação social no Brasil: matizes da utopia; Health councils and social participation in Brazil: shades of an utopia. *Physis* (Rio J.). 2008;18(1),105-21.

- Oliveira VE. O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In Saúde coletiva: textos didáticos (pp. 61-81). Centro Editorial e Didático da UFBA. 1994.
- Piola SF, Paiva ABD, Sá EBD & Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2013.
- Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas-Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR, et al. GEOSCAT: Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña. Barcelona. 2010.
- Santos NR. SUS: o desafio social da realização das diretrizes e rumos constitucionais. Versão Preliminar. 2014.
- Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. 2002;9(1),25-59.
- Thornicroft G & Tansella M. Quais São os Argumentos a Favor da Atenção Comunitária à Saúde Mental? What Are the Arguments for Community-Based Mental Health Care? Pesqui. prá. Psicossociais. 2008;3(1),9-25.
- Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Agustí E, Brosa F & Casas C. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gaceta Sanitaria. 2008;22(3),218-26.
- World Health Organization (WHO). Mental health in emergencies. In Mental Health in Emergencies. World Health Organization (WHO). Department of Mental Health and Substance Dependence. 2003.
- World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001.