

Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação

Thiago Lavras Trapé^I, Rosana Onocko Campos^{II}

^I Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o estágio atual do modelo de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde, segundo seu financiamento, processos de governança e mecanismos de avaliação.

MÉTODOS: Foi realizada uma análise documental de portarias, informes técnicos, relatórios de conferência, resoluções e decretos de 2009 a 2014.

RESULTADOS: 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 Sistema Único de Saúde. 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.

CONCLUSÕES: É necessário ampliar o 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.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Mental, organização & administração. Serviços de Saúde Mental, economia. Administração de Serviços de Saúde. Administração de Recursos Humanos em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

Correspondência:

Thiago Lavras Trapé
Av. Dr. José Bonifácio Coutinho
Nogueira, 225, cd 02 th 09
13091-611 Campinas, SP, Brasil
E-mail: tltrape@usp.br

Recebido: 9 dez 2014

Aprovado: 2 fev 2016

Como citar: Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. Rev Saude Publica. 2017;51:19.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Compreende-se “modelo” não como algo a ser seguido, mas como reflexo da realidade de uma organização¹. Trata-se de técnicas, tecnologias, conceitos e teorias existentes em um certo momento social, político e histórico², compondo um tipo de organização que preza por responder a uma determinada demanda, por meio de uma certa racionalidade orientadora das práticas.

A consolidação dos modelos assistências em saúde se dá em âmbitos complementares: práticas profissionais (novas tecnologias clínicas, processo de formação, etc.), institucionais (criação de novos serviços, práticas de gestão, etc.) e sistêmico (arcabouço legal, governança, financiamento e métodos de avaliação e controle). A relação entre eles é plástica. Mudanças organizativas no nível sistêmico influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo em que a realidade das unidades impõe alterações no modelo hegemônico, seja a partir de consensos dos atores envolvidos ou ascendência de grupos de interesse no processo político decisório.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criou responsabilidades na gestão e financiamento da saúde para os três entes federados (União, estado e municípios). Esta organização impõe maior complexidade nos processos de construção e disseminação da política de saúde como um todo e passou para o município um papel estratégico na implementação das políticas de saúde³. 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. Nesse cenário surgiram notáveis experiências no campo da saúde mental, ancoradas na abertura de serviços comunitários e fechamento de leitos hospitalares. Tratava-se de uma realidade ainda pulverizada em municípios com maior capacidade de gestão que validavam o ainda germinativo novo modelo, ajudando a impulsionar as mudanças sistêmicas⁴.

No início da década de 1990, a 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), sustentando sua multiplicação⁵. Nessa fase, ficou claro que o aumento de financiamento e a destinação direta a serviços específicos de saúde mental foram elementos-chave para iniciar a transição do modelo, valendo como estratégia de indução. Como efeito dessa política, houve alteração do número de internações em relação à abertura de novos serviços comunitários, com redução de 12,8% frente ao crescimento de 99% de CAPS no período de 1997 a 2001⁶.

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 e Vieira-da-Silva⁷ separam a avaliação em dois espaços de concepção: burocrático e acadêmico. Por um lado, quando realizada por unidades atreladas aos espaços de governo, a avaliação tende a ter menor plasticidade e maior heteronomia; porém, 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 até então pouco resolutivo. Destaca-se, no campo burocrático, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), que permitiu o fechamento de muitos leitos e ajudou na qualificação da oferta hospitalar⁸.

Depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei 10.216^a, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e suas Portarias subsequentes, impôs um valor legal para as mudanças que vinham ocorrendo no Brasil e permitiu impulsioná-las por meio de financiamento e abertura de novos serviços. Desde sua promulgação, houve um crescimento real do financiamento federal em saúde mental⁸, principalmente nas áreas destinadas à abertura de novos serviços comunitários, além de uma redução gradativa do financiamento para leitos hospitalares^b. Ao fim da última década, tínhamos uma realidade de ampliação dos serviços

^a Brasil. Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF); 2001 [citado 2017 jan 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm4

^b Saúde Mental em Dados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995;10(12). Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

substitutivos ao hospital psiquiátrico, com redução expressiva do número de leitos. Foi em 2006 que o valor repassado aos serviços comunitários superou o gasto em leitos hospitalares, seguindo padrões internacionais.

Thornicroft e Tansela⁹ revisaram mais de três mil artigos de 1980 a 2003 e constataram que os melhores resultados nos modelos de atenção à saúde mental estão em “modelos de atenção equilibrados”, com ampliação de serviços comunitários e com a internação, preferencialmente, realizada em hospitais gerais. Os autores também indicam as diferenças nos modelos a partir do financiamento, separando os países com amplo investimento na saúde mental e os que pouco investem e restringem as ofertas assistenciais¹⁰. O foco do financiamento aliado a ações de monitoramento desses recursos, a partir das premissas discutidas, é estratégico para melhoria da assistência em saúde mental, até mesmo em países com poucos recursos assistenciais¹¹.

No Brasil, no que tange os processos avaliativos, é notório o crescimento de estudos no campo da saúde mental, focado em diversas modalidades de serviços que compõe a rede assistencial^{12,13}. Contudo, mesmo diante de um crescimento das pesquisas avaliativas de saúde mental, o cenário ainda é pouco explorado e os estudos não tem influenciado o contexto macro-político¹⁴. O financiamento em saúde¹⁵ e específico em saúde mental são insuficientes e o processo de governança, com grande autonomia dos municípios, vem se mostrando saturado e com necessidade explícita de se alterar¹⁶.

Este estudo visou a analisar o atual estágio da política de atenção à saúde mental brasileira por meio de uma análise de seu modelo e seus componentes macroestruturais, relativos ao processo de governança e financiamento e aos mecanismos de avaliação.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de natureza qualitativa e avaliativa das regulamentações oficiais do sistema de assistência à saúde mental brasileiro. Foi feita uma revisão e análise¹⁷ 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 (MS). Foram incorporados documentos anteriores ao período da revisão, por ainda serem estruturantes da Política e referência dos documentos atuais.

Ao todo, foram analisadas cinco Portarias, dois Decretos, dois Relatórios de Conferências, uma Resolução, um Informe Técnico e uma 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).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recentemente, o MS publicou o Decreto 7.508^c, no qual consta a definição dos componentes necessários para constituir uma Região de Saúde, com pontos de atenção organizados em estruturas verticais, 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 desse Decreto, o MS publicou uma série de Portarias instituindo “Redes Temáticas”, consideradas prioritárias para a reorganização do modelo de atenção à saúde. A Portaria 3.088^d cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e define o modelo de atenção à saúde mental com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas, com um modelo de gestão regional. Os objetivos dessas Diretrizes contemplam o aumento do acesso do usuário através de diversas portas de entrada e o foco no usuário de substâncias psicoativas.

^c Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Capítulo 2, Seção I – Das Regiões de Saúde [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

^d Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Tabela. 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.

Os pontos de atenção 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. Neste componente ficam claras 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 sugerem alguns anacronismos. Nas unidades básicas de saúde estão contempladas somente ações de prevenção e promoção da saúde, preferencialmente compartilhadas com outros pontos de atenção. 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 resultados¹⁸. Nessa perspectiva, a Portaria define o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) unidade a desenvolver essas ações e não vincula qualquer outro tipo de arranjo possível para atenção primária.

Nos pontos de atenção à urgência e emergência, importantes para consolidação do modelo, os CAPS tipo III, que vêm se apresentando como espaço estratégico de acolhimento e manejo em situações de crise¹⁹, não são nem sequer citados. Nesse mesmo componente, a atenção primária é considerada um ponto de atenção.

No conteúdo da RAPS, fica evidente a intenção de alterar a lógica de funcionamento das internações. Ela define os “hospitais de referência” como ponto de atenção, faz ressalvas para o cumprimento da Lei 10.216^a e tenta estipular o tempo de internação como curta permanência. Marca a intencionalidade de manter o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, definindo que eles só podem coexistir com a RAPS em lugares onde 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 à área de crack, álcool e outras drogas. 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. Pelo Programa Crack é Possível Vencer (PCPV)^e, criou-se uma série de atribuições para os setores envolvidos. 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, por meio da Resolução 448^f, reafirmou os princípios do modelo psicossocial.

Governança

A política de saúde mental atual preocupa-se em avançar nos pactos regionais, fazendo menções às regiões de saúde no processo organizativo como parte de uma série de mudanças

^e Brasil. Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm

^f Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 448, de 6 de outubro de 2011. [citado 2014 jun 23]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso448.doc>

no escopo legal do SUS. Há orientações específicas 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. Essa orientação segue o modelo de governança referido na Portaria 4.279^g, que estabelece diretrizes para o estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde.

O processo de governança do SUS difere de um processo de governabilidade vertical, já que pressupõe a participação efetiva de diversos atores, governamentais e não governamentais, no debate e pactuações dos rumos da política. É ainda necessário, porém, um instrumento jurídico que intermedeie essas relações a fim de instituir as escolhas coletivas e definir o papel de cada ente no processo de decisão e construção da política²⁰.

O Decreto 7.508 estabelece o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumento de pactuação regional, pelo qual se deve definir as atuações e responsabilidades de cada ente dentro de uma estratégia regional. O Decreto também atrela parte do financiamento às regiões de saúde. A necessidade de a saúde mental participar desta mudança organizativa se justifica pela saturação na expansão de serviços essenciais no bojo do modelo atual (até 2011, 43% dos CAPS tipo III concentravam-se no estado de São Paulo)¹⁸. 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 possam ser capazes de responder aos mais de 5.200 municípios com menos de 200 mil 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 dois CAPS tipo III geridos pelo Estado de São Paulo que participaram de um processo avaliativo com 95% de todos os CAPS III do estado²¹. 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 lógica municipalista. Além disso, a 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 foco do financiamento na área de saúde mental segue a tendência de países com sistemas de saúde consolidados²², que priorizam os serviços comunitários de saúde, sendo referendado pelas instâncias de controle social. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde orienta que o investimento em saúde mental seja em torno de 5% do orçamento da saúde, em decorrência de sua prevalência e do impacto assistencial. O Governo Federal dispense somente 2,3% do orçamento total da saúde em ações específicas de saúde mental. Esse valor aumenta timidamente se considerarmos a saúde mental na atenção primária e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que não estão contemplados nos estudos analisados⁸. Esse 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 Mental¹ 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. Apesar de a responsabilidade pelo financiamento ser interfederativa, 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.

Inserido nesse contexto, o PCPV não possui dotação orçamentária própria para cumprir seus objetivos, conforme seu artigo 6^o. A verba repassada aos municípios, no molde “fundo a

^gMinistério da Saúde (BR). Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

^hWorld Health Organization, Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan. Copenhagen; 2013 [citado 2014 jun 21]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

ⁱRelatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial; 17 jun-1 jul 2010; Brasília (DF). Brasília (DF): Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2010.

fundo”, é composto por três blocos: gestão do SUS; média e alta complexidade; e investimento, relativo especificamente à construção de novas unidades do Programa.

Os valores destinados ao custeio dos serviços variam conforme sua complexidade^d. Recentemente, o Ministério da Saúde aumentou o valor do repasse para os CAPS tipo III em pouco mais de 30% do valor de custeio mensal. Essa alteração representa 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 (álcool e outras drogas), 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. A Portaria 131^k regulamenta o custeio para as “comunidades terapêuticas” por meio de uma série de condições, referentes a estrutura, corpo técnico e formas de ingresso. Destaca-se que já se trata de um dos maiores e mais dispendiosos pontos de atenção do Programa, funcionando na contramão da Lei 10.216^a, o que evidencia inconsistências nas próprias normas regulatórias.

É inequívoca a necessidade de estudos avaliativos e de custo-efetividade nos serviços ofertados. Ademais, a priorização quanto ao bloco de investimento e quanto ao 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^e vêm refletindo a preocupação em monitorar e avaliar a qualidade dos serviços. O mesmo ocorre com a Portaria da RAPS^d, que define como um dos objetivos a avaliação dos serviços por meio de indicadores e orienta que seja realizado nos diversos pontos um processo de avaliação compartilhada com estados e CGR.

Gonçalves et al.⁸ já apontavam a necessidade de ampliar as avaliações que pudessem mostrar 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 primeira década dos anos 2000, fomentada por editais de pesquisa como o Programa de Pesquisa para o SUS.

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.²¹, 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 aplicação de métodos avaliativos ao universo de serviços de saúde mental, que se mostram pouco incorporados no âmbito das políticas públicas mais amplas.

As avaliações apresentadas anualmente pela Área Técnica de Saúde Mental (Saúde Mental em Dados) 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 em mostrar o avanço da política, trazendo dados importantes e convenientes à área técnica do Ministério da Saúde, sem avançar nas análises.

Não temos atualmente um espaço de avaliação de alcance nacional que possa 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 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). No que tange às pesquisas acadêmicas, o limite está no fato de a maioria ter um grau de alcance restrito, relacionado à

ⁱMinistério da Saúde (BR). Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

^kMinistério da Saúde (BR). Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. [citado 2014 jun 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

capacidade de produção e a interesses dos grupos de pesquisa, além de estarem pulverizadas e, muitas vezes, apresentarem resultados contraditórios entre elas¹⁴.

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, essas estruturas têm condições de assumirem, com capacidade metodológica e técnica, esse papel frente ao principal programa nacional em vigência.

CONCLUSÃO

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. O modelo assumiu, desde 2010, a área de crack e outras drogas como foco prioritário. Em todos os documentos, enfatiza-se essa linha de atuação, componente sempre presente na política de saúde mental. O PCPV assume um papel de grande importância nesse 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 pensar 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; contudo, sem uma mudança no processo organizativo, esse 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, nessa 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, uma vez que a demanda só tende a aumentar, visto a transição demográfica em voga.

A avaliação se mostrou um tema pouco incorporado nas práticas do campo burocrático. Existe um distanciamento entre os estudos no campo avaliativo-acadêmico e sua incorporação como indutor do modelo. Não seria excessivo, neste momento atual de consolidação do modelo de atenção psicossocial, termos um Índice da Atenção Psicossocial, que pudesse, por meio de indicadores, capturar os principais componentes da política atual e seus objetivos, para subsidiar ações de trabalhadores e gestores, dar maior transparência a usuários e sociedade e identificar pontos débeis que possam ser aprimorados.

Seria importante relacionar as análises do presente estudo com as dimensões das práticas institucionais e profissionais, uma vez que a reprodução de modelos divergentes pode ser sustentada na particularidade das relações micropolíticas. Os modelos nunca serão puros, mas 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

1. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.547-73.
2. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude Soc.* 2009;18 Supl 2:11-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
3. Gomes RM. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Saude Debate.* 2014;38(103):938-52. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140081>

4. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):456-68. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>
5. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9(1):25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
6. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45 No Esp 2:1780-5. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>
7. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2643-55. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
8. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):51-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>
9. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesq Prat Psicossoc*. 2008;3(1):9-25.
10. Mari JJ, Thornicroft G. Princípios que deveriam nortear as políticas de saúde mental em países de baixa e média rendas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):212-3. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000300002>
11. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007;370(9592):1061-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)
12. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Supl 1:8-15. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800003>
13. Kantorski LP, Jardim VMR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Resmini F, et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. *Cad Bras Saude Mental*. 2009;1(1):202-11.
14. Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis*. 2014;24(4):1127-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>
15. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):429-35. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200019>
16. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):622-31. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>
17. Souza J, Kantorski LP, Luis MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(2):221-8. <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5252>
18. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(12):4643-52. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
19. Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, Cortes JM, Chiavagatti FG. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):97-103. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140013>
20. Andrade LOM. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):829-32. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400003>
21. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):102-10. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100012>

Contribuição dos Autores: TLT e ROC participaram de todas as etapas do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.