

Амбулаторная психиатрическая служба в Бразилии

Cognitive behavioural therapy in virtual reality treatments across mental health conditions: a systematic review

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70

Специальная статья

Denise Razzouk, Daniela Cheli Caparrocce, Aglae Sousa

*Centre of Mental Health Economics,
Department of Psychiatry, Universidade Federal de Sao Paulo
(Unifesp)*

Дениз Раззук, Даниэла Шели Капарроче, Аглаи Соуза

*Центр экономики психического здоровья,
кафедра психиатрии, Федеральный университет
Сан-Паулу*

ABSTRACT

BACKGROUND: The shift from the hospital-based model of care to community-based mental health services began three decades ago and is still an ongoing process in Brazil.

AIM: To update data on the development of the community mental health services network in Brazil in relation to service availability and structure, manpower, pattern of service use, financing, epidemiological studies and the burden of mental disorders, research and national mental health policy.

METHODS: Searches were constructed to collect data on indexed databases (Medline, Scielo), as well as governmental, NGOs and medical council sources, reports and the grey literature up until 30th March, 2019.

RESULTS: Community mental health services are unevenly distributed in the country. Brazil leads the world in terms of the prevalence of anxiety disorders, ranking fifth for depression prevalence. Violence and suicide rates are two growing factors which exacerbate the prevalence of mental disorders prevalence. An increased reduction of the number of psychiatric beds in the country, in addition to the unbalanced growth of services in the community, has resulted in treatment gaps and the underutilization of services and barriers to treating people with the most severe psychosis. Investment in mental healthcare is still scarce. However, mental health funding is not addressed according to the population's needs and scientific evidence, resulting in a waste of resources and inefficiency. Programmes and service interruptions are common according to each government mandate.

CONCLUSION: Successive changes in ideological perspectives have led to the introduction of policies which have caused fragmentation in the mental health system and services. A lack of evaluation and transparency of services and costs are the main barriers to integrating multiple services and planning long-term developmental phases.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Процесс перехода от стационарной модели психиатрической помощи к амбулаторной начался в Бразилии тридцать лет назад и продолжается в настоящее время.

ЦЕЛЬ: Предоставить новые данные о развитии сети амбулаторной психиатрической службы в Бразилии, и осветить вопросы касающиеся доступности и структуры службы, персонала, особенностей использования

службы, финансирования, результатов эпидемиологических исследований и оценки бремени психических расстройств, исследовательской работы и национальной политики в сфере психического здоровья.

МЕТОДЫ: Проведен поиск в индексированных базах данных (Medline, Scielo), сведений из правительственных и неправительственных источников, материалов медицинского совета, отчетов и «серой» литературы за период до 30 марта 2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Амбулаторные психиатрические учреждения распределены по стране неравномерно. Бразилия занимает 1-е место в мире по распространенности тревожных расстройств и 5-е место по распространенности депрессии. Увеличение числа случаев насилия и самоубийств способствует дальнейшему распространению психических расстройств. Сокращение числа психиатрических коек в стране в сочетании с несбалансированным расширением амбулаторной службы приводит к пробелам в лечении населения, недостаточному использованию услуг и препятствует лечению пациентов с наиболее тяжелыми формами психоза. Финансирование психиатрической службы по-прежнему слабое, кроме того, оно осуществляется без учета потребностей населения и научных данных, что приводит к нерациональной трате ресурсов и неэффективности системы. Существующие программы и работа службы зависят от правящих структур и часто приостанавливаются при смене власти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Последовательные идеологические перемены привели к политике, вызвавшей фрагментацию системы психиатрической помощи и психиатрической службы. Главными препятствиями на пути внедрения разнообразных типов услуг и планирования их поэтапной разработки в долгосрочной перспективе является недостаточная оценка работы службы и ее стоимости.

Keywords: *community mental health services; Brazil; health policy; mental disorders; mental health; developing countries; health resources*

Ключевые слова: *амбулаторная психиатрическая служба; Бразилия; политика в сфере здравоохранения; психические расстройства; развивающиеся страны; медицинские ресурсы*

ВВЕДЕНИЕ

Бразилия — это страна Южной Америки с уровнем дохода выше среднего согласно классификации Всемирного банка. Численность ее населения составляет около 215 миллионов жителей, а продолжительность жизни — 76 лет. Доход на душу населения — 8600 долларов, коэффициент Джини — 0,51. В 1988 г. в федеральную конституцию Бразилии была включена концепция социального обеспечения, гарантировавшая такие социальные права, как свободный доступ к образованию и медицинской помощи.

В 1988 г. создана система всеобщего охвата медико-санитарными услугами (УНС) Бразилии, которая следует трем принципам объединенной системы здравоохранения (SUS): всеобщий бесплатный доступ к медицинским услугам, равенство и исчерпывающая медицинская помощь. Согласно федеральной конституции Бразилии, право на охрану здоровья является всеобщим и гарантируется государством.

До внедрения УНС только трудоустроенные лица получали медицинскую помощь, то есть 21% населения. В 1990 г. был принят закон 8080, описывающий здоровье шире, чем отсутствие заболевания, а также ставящий своей целью повышение благополучия и качества жизни и сокращение неравенства.

В 70-х и 80-х годов поступали многочисленные сообщения о плохом обращении с пациентами психиатрических больниц, что привело к закрытию данных учреждений. Несмотря на то, что психиатрическая помощь была включена в SUS в 1988 г., она осуществлялась преимущественно в соответствии с контрактом между правительством и частными психиатрическими больницами, на которые было направлено 93% всего бюджета, выделяемого на охрану психического здоровья [1].

Политика в сфере психического здоровья в Бразилии была определена главным образом после принятия Каракасской декларации в 1990 году [2]

и базировалась на правах пациентов и оказании амбулаторной психиатрической помощи [1]. Однако эффективное сокращение числа психиатрических коек произошло после принятия в 2001 г. Закона о психическом здоровье № 10.216, направленного на замещение стационарной психиатрической помощи амбулаторной [3].

Цель данного исследования — получить новые данные о развитии амбулаторной психиатрической службы в Бразилии и обсудить успехи, проблемы и ограничения, связанные с внедрением положений национальной политики в сфере охраны психического здоровья.

МЕТОДЫ

Была разработана методика поиска информации на следующие темы: а) краткая информация об истории основания амбулаторной психиатрической службы в стране; б) описание главных характеристик амбулаторных служб; в) общие характеристики системы психиатрической помощи, касающиеся персонала, стоимости, финансирования, числа коек, лечения и доступности услуг; г) распространенность, бремя и доступность лечения психических расстройств в стране; д) преимущества и недостатки системы психиатрической помощи и определяющей ее политики. Поиск охватывал соответствующие исследования, документы, отчеты, правительственные базы данных и проводился с использованием национальных и международных баз данных, таких как Medline, Scielo, Google Scholar, сайт Министерства здравоохранения Бразилии и сайт Всемирной организации здравоохранения за период до 30 марта 2019 года. Статьи отбирали по актуальности и полноте информации в соответствии с вышеупомянутыми темами и включали в настоящий обзор. Поиск не был исчерпывающим, и некоторые значимые публикации могли быть пропущены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Обеспечение амбулаторной психиатрической помощью

В течение последних нескольких десятилетий происходил переход от стационарной модели психиатрической помощи к амбулаторной. Характерной чертой его стало значительное сокращение числа психиатрических больниц с 87 134 коек в 1994 г. до 25 097 коек

в 2016 г. [3]. Создана программа оценки психиатрических больниц под названием Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) для анализа общего числа психиатрических коек в учреждениях системы здравоохранения и принятия мер по расторжению соглашений о публично-частном партнерстве при несоответствии психиатрических больниц определенным требованиям, касающимся: мощности больницы и числа коек, приемлемости структуры и условий больницы, при поступлении сообщений о плохом обращении с пациентами и нарушении прав человека, использования электросудорожной терапии даже у подходящих для нее пациентов. Программа была разработана для оценки удовлетворенности потребителей услугами, установления показателей эффективности услуг, внедрения стандартов качества медицинской помощи и поддержки организаторов здравоохранения.

Несмотря на то что Законом № 1631/2015 установлено идеальное число психиатрических коек, равное 0,45 на 1000 жителей [4], в период с 2005 по 2016 г. оно снизилось на 40% – с 0,22 до 0,12 на 1000 жителей, что привело к нехватке психиатрических коек в стране. В течение этого периода незначительно увеличилось число психиатрических коек в больницах общего профиля — с 570 коек в 2013 г. до 1117 коек в 2017 г. [5]. Кроме того, в разных регионах страны число психиатрических коек было неравномерным: 0,012 на 1000 жителей в северном регионе и 0,18 на 1000 жителей в южном регионе [6].

Система амбулаторной психиатрической помощи в Бразилии включает сложную психосоциальную сеть психиатрических служб (Rede de atenção psychosocial — RAPS), созданную в 2011 г. с целью профилактики и лечения психических нарушений, а также социальной интеграции людей, страдающих психическими заболеваниями и злоупотребляющих психоактивными веществами. Постановлением правительства в RAPS недавно были включены такие службы, как амбулаторные психиатрические службы, наркологические центры (Comunidades terapêuticas), психиатрические и дневные больницы [7]. Все имеющиеся психиатрические службы описаны в табл. 1 [8]. Лечение пациентов с легкими и умеренными нарушениями психического здоровья в структуре первичной медицинской помощи занимаются врачи общей практики под руководством врача-психиатра.

Таблица 1. Описание учреждений, входящих в состав сети психиатрической помощи в Бразилии

	Описание	Количество учреждений
CAPS-1	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 15 000.	1069
CAPS II	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 70 000.	476
CAPS III	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 150 000. Включает пять психиатрических коек.	85
CAPS ADII	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелым и тяжелым злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 150 000.	69
CAPS AD III	Центр психосоциальной помощи, специализирующийся на злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами, с 8-12 стационарными койками.	309
CAPS AD IV	Центр психосоциальной помощи для пациентов со тяжелым злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, предоставляющий круглосуточную психиатрическую помощь в городе с населением более 500 000. Количество психиатрических коек составляет от 8 до 30.	—
CAPS детский	Специализированный центр для детей и подростков с тяжелыми психическими заболеваниями (например, аутизмом).	201
Медицинские пансионаты для взрослых пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами	Размещение в домах профессионального ухода исключительно уязвимых лиц, употребляющих крэк и прочие психоактивные вещества, в условиях ограниченной поддержки семьи и общества. Кратковременное пребывание до шести месяцев ("Unidades de Acolhimento")	34
Медицинские пансионаты для детей	Размещение в домах профессионального ухода исключительно уязвимых детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, злоупотребляющих алкоголем или психоактивными веществами, в условиях ограниченной социальной поддержки ("Unidades de Acolhimento")	22
Дневной стационар	Особое психиатрическое лечение определенных пациентов, недавно выписанных из стационара и требующих интенсивной помощи (до 12 часов в день).	649
Психиатрическое отделение в многопрофильном стационаре	Краткосрочная госпитализация лиц с острыми симптомами, риском суицида, тяжелыми нарушениями способности к самообслуживанию и агрессивным поведением. В стране имеется 233 многопрофильных стационара с 1167 психиатрическими койками.	233
Наркологические реабилитационные центры	("Comunidadesterapêuticas") Среднесрочное пребывание в домах под надзором специалистов в области помощи пациентам с алкогольной и наркотической зависимостью для восстановления и помощи в реабилитации.	412
Специализированные общежития	Проживание пациентов, выписанных после долгосрочного лечения в психиатрических клиниках, в условиях минимальной поддержки семьи или ее отсутствия. Два специалиста по уходу за пациентами с психическими расстройствами осуществляют надзор за проживающими (до восьми человек).	3470
Психиатрический стационар	Специализированные психиатрические стационары, оказывающие медицинскую помощь помимо многопрофильных больниц (примерно 25 000 коек)	167
Амбулаторная помощь	Специализированные амбулаторные центры психиатрии и прочих медицинских специальностей, специализирующиеся на лечении среднетяжелых и тяжелых психических нарушений и прочих сопутствующих состояний.	1991

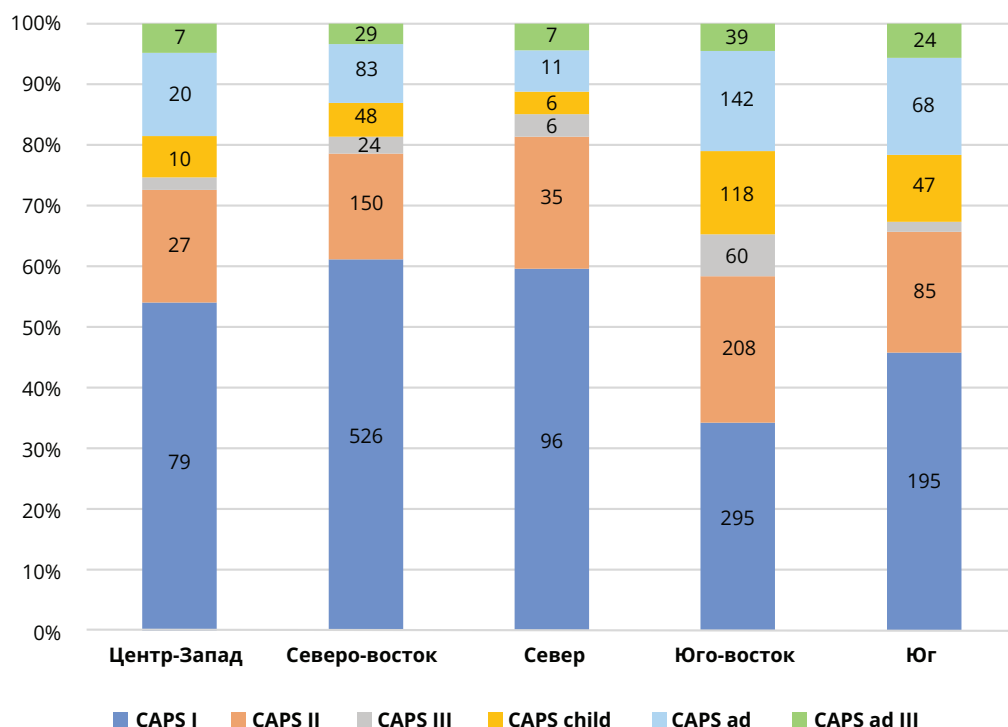


Рисунок 1. Распределение центров психосоциальной помощи в Бразилии.

Пациентов с умеренными и тяжелыми нарушениями психического здоровья лечат врачи-психиатры в амбулаторных учреждениях — специализированных поликлиниках, в которых работают медицинские специалисты разного профиля. Пациентов с психозами, нарушениями вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ, аутизмом и другими тяжелыми психическими нарушениями лечат в различных типах центров психосоциальной помощи (CAPS), которые описаны в табл. 1 [6]. Таким образом, психиатрическая служба интегрирована в систему здравоохранения страны. В психиатрические учреждения направляют из учреждений первичной медицинской помощи, при оказании первой и экстренной помощи, из больниц; также возможно самообращение.

Амбулаторная психиатрическая служба непрерывно расширяется: количество центров психосоциальной помощи (CAPS) увеличилось с 424 в 2004 г. до 3013 в 2018 г. Число CAPS на 100 000 жителей увеличилось с 0,21 в 2004 г. до 0,86 в 2014 г. [6]. Согласно показателям Министерства здравоохранения, число CAPS от 0,5 до 0,69 на 100 000 жителей соответствуют хорошему охвату населения, число выше — отличному. По данным последнего отчета (2015 г.), CAPS

распределены по стране неравномерно: в диапазоне от 0,38 до 1,57 на 100 000 жителей [6].

Рис. 1 и 2 демонстрируют неравномерное распределение амбулаторных психиатрических учреждений по стране. Большинство CAPS сосредоточены на Юге и в южной части страны, где проживает 56% населения. Большинство психиатрических учреждений расположены в штате Сан-Паулу на юго-востоке Бразилии. На данной территории проживает 21% бразильского населения и сосредоточено 34% ВВП страны. Психиатрических коек в больницах общего профиля в стране по-прежнему мало, и основная доля их сосредоточена на Юге и в южных регионах страны (рис. 2). Кроме того, созданы специализированные общежития для пациентов, выписанных из психиатрических больниц. Каждое из таких учреждений расположено рядом с одним CAPS, в котором осуществляется психиатрическое лечение. В 2005 г. в бразильских психиатрических больницах проходили лечение 9000 человек, в 2014 г. 4439 человек проходили лечение в 53 психиатрических больницах штата Сан-Паулу, в котором зарегистрировано наибольшее количество долгосрочных госпитализаций [19].

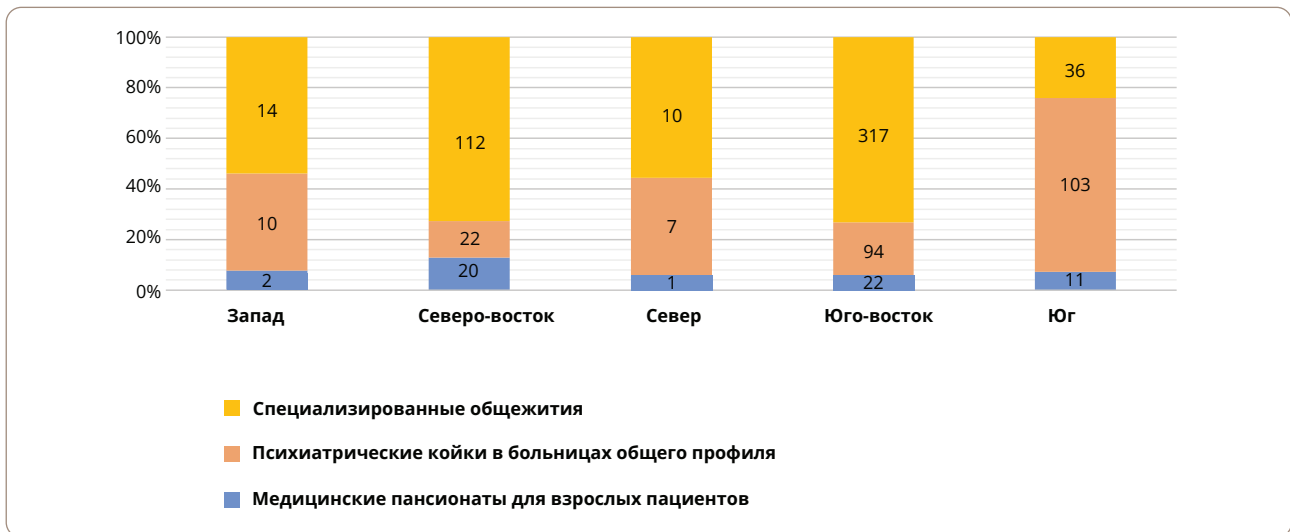


Рисунок 2. Распределение медицинских пансионатов, специализированных общежитий и многопрофильных стационаров с психиатрическими койками в Бразилии, 2017 г.

2. Использование служб, потребности в психиатрической помощи и характеристики популяции

2.1. Распространенность и бремя психических нарушений в Бразилии

На психические нарушения приходится 13% лет жизни с коррекцией на нетрудоспособность в Бразилии, и депрессия занимает четвертое место среди факторов, обуславливающих данное бремя. Бразилия лидирует по количеству лет, прожитых с нетрудоспособностью (YLD) в Америке, на психические нарушения приходится 36% данной величины [9]. В Бразилии отмечается наибольшее количество случаев тревожных расстройств, и она занимает пятое место по количеству случаев депрессии [10]. Тревога и депрессия занимали пятое и шестое место среди причин YLD в исследовании GBD в Бразилии в 2016 г. [10], составляя 7,5% и 9,3% от YLD [9]. Шизофрения и биполярные расстройства составляли 1,6% и 1,4% от YLD [9].

С другой стороны, употребление алкоголя и межличностное насилие занимали второе место среди причин YLD в Бразилии в 2016 г. [11]. Кроме того, поведенческие факторы риска, связанные со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, почти удвоились в период с 1900 по 2016 г.: на них приходится 12,2% лет жизни с поправкой на нетрудоспособность, они стали ведущим фактором риска у мужчин [11]. Одно исследование насилия и травматический событий [12] показало, что распространенность травматический событий в Рио-де-Жанейро

и Сан-Паулу составляла 35% и 21% соответственно, и данные явления были связаны с психическими нарушениями, что указывает на значимость социальных и культурных факторов и окружающей среды, влияющих на психическое здоровье.

Кроме того, суицид занимает четвертое место среди причин смерти лиц в возрасте от 15 до 29 лет [13, 14]. Частота суицида в Бразилии составляла 5,8 случаев смерти на 100 000 населения в 2014 г. [13]. 69% попыток суицида были зафиксированы у женщин, 58% из них были связаны с отравлением. Более 60% случаев суицида отмечалось на Юге и в южных регионах страны, которые являются наиболее обеспеченными. Частота суицида у мужчин значительно выше, чем у женщин, особенно среди лиц старшего возраста, но также и среди подростков: 9,0 на 100 000 мужчин и 2,4 на 100 000 женщин. Частота суицида среди подростков за десять лет повысилась на 24%, что связано с социальным неравенством и безработицей [15, 16]. Суицид также является ведущей причиной смерти коренного населения в возрасте от 10 до 19 лет.

Несмотря на высокую распространенность психических нарушений в Бразилии, психиатрическая служба используется недостаточно. Это обусловлено наличием ряда препятствий. Например, имеет место недостаточное информирование населения органами здравоохранения о симптомах психических нарушений и доступности лечения. Одно исследование [17] показало, что в психиатрическую службу обращались 10% лиц, страдающих тревожными расстройствами,

22% лиц с депрессией и 34% лиц с обоими нарушениями. Службу чаще использовали лица европеоидной расы старше 30 лет с низкой способностью к адаптации и проживающие в районах с низким уровнем убийств. Другое исследование [18, 19] показало, что только 15% лиц с психическими нарушениями, выписанных из психиатрических стационаров и проживающих в специализированных общежитиях, получает психосоциальную помощь в амбулаторных психиатрических учреждениях вне зависимости от их потребности в психосоциальной реабилитации.

2.2. Длительность пребывания в психиатрических стационарах

Сокращение психиатрических коек и ускорение процессе перехода к амбулаторной помощи привели к нехватке психиатрических коек, а также к уменьшению сроков госпитализации в психиатрические стационары. Ежегодное количество госпитализаций в психиатрические стационары и психиатрические отделения многопрофильных больниц на 100 000 населения составило в среднем 216 и 60,8 соответственно [20]. Длительность госпитализации составила менее одного года в 63% случаях, при этом были предложены финансовые поощрения сокращения сроков госпитализации [6].

2.3. Качество психиатрической помощи

Политика в сфере психического здоровья направлена на сокращение сроков госпитализации и мониторинг охвата и доступности служб, а также на количества пациентов, которые наблюдаются у врачей, а не на оценку целей и эффективности лечения. Имеется ряд отдельных инициатив по улучшению технической эффективности службы, однако показатели психического здоровья в стране не используются. Управление затратами на здравоохранение остается трудной задачей, и оценка необоснованных затрат ресурсов обычно не учитывается.

2.3.1. Персонал

В Бразилии наблюдается нехватка медицинских специалистов в психиатрии, особенно в наиболее бедных районах страны. В 2014 г. количество медицинских специалистов в психиатрии на 100 000 населения составляло 3,40 психиатра, 3,22 психолога, 13,99 социального работника, 3,05 медсестры,

1,16 реабилитолога и 4,15 врача других специальностей [20]. По данным последнего опроса Бразильского медицинского совета [21], в стране насчитывалось 10 396 психиатров, что соответствует 5,01 на 100 000 населения или увеличению на 30% за последние пять лет, хотя расчетная потребность в психиатрическом персонале примерно в два раза выше. Тем не менее психиатры составляют примерно 2,7% всех медицинских специалистов в стране, но распределение медицинских работников остается неравным в различных регионах: 2,1% в северных регионах, 7,8% в северо-западных, 12,6% в северо-восточных, 23,1% на Юге и 53,4% в южных регионах. Таким образом, количество психиатров в стране колеблется от 0,69 до 12,84 на 100 000 населения.

2.3.2 Препараты и психиатрические вмешательства

Психотропные препараты финансируются федеральным правительством, особенно препараты с высокой стоимостью. В частности, на атипичные нейрелептики приходится 93% общественных расходов на дорогостоящие препараты. В SUS доступно 14 нейрелептиков, пять из которых являются атипичными. Наблюдается недостаток исследований, оценивающих экономическую эффективность и значение данных препаратов в стране, а также огромные колебания цен, даже с точки зрения правительства [22]. С другой стороны, в системе здравоохранения доступно меньшее разнообразие антидепрессантов, несмотря на их более низкую стоимость и высокую распространенность депрессии и тревоги в стране [23]. В системе здравоохранения также доступны лития карбонат, противосудорожные препараты, ингибиторы холинэстеразы и бензодиазепины. Было внедрено лишь одно руководство, регулирующее применение нейрелептиков в лечении шизофрении и биполярных расстройств.

Одно исследование [24] показало, что 6,5% всего населения Бразилии применяет психотропные средства: антидепрессанты (2,7%), препараты для лечения анорексии (1,65%), транквилизаторы (1,61%) и нормотимики (1,23%); отношение женщин к мужчинам среди потребителей составляет 3:1. 46% данных препаратов было назначено врачами общей практики, и 86% данных препаратов оплачивали пациенты и их семьи.

Немедикаментозные психиатрические вмешательства различаются по типу, количеству и качеству и предоставляются на всех уровнях оказания помощи. Одно исследование [25] оценивало 10 CAPS в Сан-Паулу и выявило 457 различных мер, связанных с психическим здоровьем, что подчеркивает высокий уровень гетерогенности данных услуг. Были внедрены образовательные программы, например «Очищение» или бразильская версия «Тамојунто», для предотвращения злоупотребления алкоголем и психоактивными среди подростков, однако результаты были противоположны ожиданиям: зарегистрировано повышению риска употребления подобных веществ на 30% в данной популяции [26]. Программа была недавно прекращена, и Министерство здравоохранения впервые финансировало исследование эффективности с использованием научных доказательных данных для более подробного анализа приемлемости данной программы в стране.

2.3.3 Участие в социальной жизни

Некоторые программы предназначены для расширения участия лиц с психическими нарушениями в социальной жизни. «Программа по возвращению домой» («De voltar para casa»), начатая в 2003 г. Министерством здравоохранения, включает ежемесячные финансовые выплаты (412,00 бразильских реалов) и предложена 4349 пациентам, выписанным после долгосрочной госпитализации в психиатрические учреждения и возвращающихся к жизни со своими семьями [6]. Ежегодная стоимость данной программы в среднем составляет 20 миллионов бразильских реалов.

В 1991 г. был принят закон, поощряющий предоставление рабочих мест лицам с любыми видами инвалидности, хотя в нем не определен допустимый уровень нарушения интеллекта. Так, предприятие со 100 сотрудниками должно трудоустроить от 2 до 5% пациентов с физическими или умственными нарушениями. Термин психического нарушения был включен в Закон 8213/91 в 1999 г., однако большинство таких лиц по-прежнему остается без работы. В 2012 г. дополнительный Закон 2.764 распространил данное право на лиц с расстройствами аутического спектра; тем не менее данные законы не касаются пациентов с шизофренией.

2.3.4. Финансирование

Расходы на здравоохранение составляли примерно 9% от ВВП Бразилии в 2015 г., 5,2% этой суммы

приходилось на затраты семей и частных учреждений [27]. Треть населения охвачена частным медицинским страхованием, затраты на которое составляют в среднем 440,00 бразильских реалов в месяц.

Расходы на общественное здоровье в Бразилии в 2018 г. составили 3,8% от ВВП, в 2017 г. федеральное правительство выделило на здравоохранение 1,8% от ВВП. Расходы федерального правительства на здравоохранение составили 117 миллиардов бразильских реалов, две трети из которых предназначались для медицинской помощи среднего и высокого уровня (специализированная и высокоспециализированная помощь), а оставшаяся треть - для первичной помощи и снабжения лекарственными препаратами [28]. В среднем ежегодные расходы на общественное здоровье составляют, по оценкам, около 1200,00 бразильских реалов на душу населения. Здравоохранение также финансируется штатами и муниципалитетами: расходы составляют от 12 до 15% от их доходов.

Официальные данные по бюджету психиатрической службы в Бразилии отсутствуют, хотя, по оценкам предшествующих исследований, на долю психиатрии в общем бюджете на здравоохранение приходилось от 2 до 2,5%; опрос Atlas в 2014 г. показал, что федеральные инвестиции в психиатрическую службу в 2014 г. составили 43,16 доллара США на душу населения [20]. В 2017 г. Министерство здравоохранения Бразилии назначило суточные тарифы для психиатрических стационаров (до 90 суток) в зависимости от количества психиатрических коек: 82,40 бразильского реала на койку в сутки (до 160 коек), 70,00 бразильских реалов (от 160 до 240 коек), 63,11 бразильского реала (от 241 до 400 коек) и 59,00 бразильских реалов (более 400 коек) [29]. Была также создана новая служба, CAPS AD IV; ежемесячные расходы на ее внедрение составляли от 33 000,00 до 99 000,00 бразильских реалов в зависимости от количества психиатрических коек.

В нескольких исследованиях были предприняты попытки оценить прямые расходы на психиатрическую службу и лечение. В одном исследовании оценивали затраты на двадцать специализированных общежитий в Сан-Паулу: показано, что средние ежегодные затраты на каждого проживающего в 2017 г. составляли 19 621,44 доллара США [19, 30], что в два раза превышает доход на душу населения в Бразилии.

Федеральное правительство финансировало 73,4% данной суммы, остальное финансировали местные правительства. На общежития приходится до 90% от общего пакета помощи пациентам с психическими нарушениями, выписанными после долгосрочного стационарного лечения. Расходы на общежития зависели от географического региона и от длительности нахождения пациентов в психиатрических стационарах и пользования услугами общежитий [19]. Среднее значение и стандартное отклонение расходов на психотропные препараты в месяц на одного проживающего в данной выборке составило 216,07 ± 380,40 бразильского реала в 2011 г. На расходы на психотропные препараты преимущественно влияла поли-терапия атипичными нейролептиками, которая была основным фактором, определяющим непосредственные затраты на медицинскую помощь [18].

В другом исследовании, оценивавшем затраты на CAPS-AD в городе в штате Сан-Паулу, было показано, что ежемесячные затраты составляли 64 017,54 бразильского реала, 62,1% финансировалось федеральным правительством [31, 32]. В среднем непосредственные расходы в здравоохранении на пациента с алкогольной и наркотической зависимостью составили 149,00 долларов США в месяц.

С другой стороны, федеральное правительство финансировало 20% прямых расходов на медицинскую помощь (препараты и клиническое лечение) при госпитализациях в психиатрические стационары, за исключением расходов на проживание [33]. В среднем затраты на госпитализацию в психиатрические стационары составили 371,00 бразильский реал на душу населения в 2015 г., расходы на проживание составляли половину.

ОБСУЖДЕНИЕ

Состояние психиатрической службы Бразилии оценивали в нескольких исследованиях; один систематический обзор охватывал 35 исследований, все из которых касались Юга и южных регионов страны [34]. Основные результаты этого обзора показали некоторые положительные сдвиги в использовании пациентами услуг CAPS, улучшении кризисного управления и высокий уровень удовлетворенности семей услугами. Напротив, медицинские работники в сфере психиатрии высказывали недовольство высокой нагрузкой и требованиями, недостатком профессиональных

навыков и обучения и неудовлетворительными условиями труда.

Кроме того, в данном обзоре и прочих публикациях был поднят вопрос об отсутствии интеграции между психиатрической службой и первичной помощью [34, 35], что подчеркивает необходимость преодоления барьеров, таких как отсутствие профессионального обучения, отсутствие квалифицированных сотрудников в первичном звене и отсутствие четкой политики в сфере здравоохранения и родственных областях.

Реформа психиатрии в Бразилии преимущественно осуществлялась под влиянием идеологии *Basaglia*, что позволило некоторым законодателям определять политику в области психиатрии с отрицанием потребности в госпитализации в случаях острых эпизодов с умеренным и тяжелым риском. Таким образом, политика не была основана на научных доказательствах данных и потребностях населения. В этом смысле ускоренное сокращение психиатрических коек без соответствующей амбулаторной поддержки было вредным для пациентов, оставшихся без доступа к помощи. Количество психиатрических стационаров и психиатрических коек в многопрофильных стационарах остается недостаточным для удовлетворения имеющихся потребностей [36]. Количество доступных в стране психиатрических коек в два раза ниже в сравнении со странами с высоким уровнем дохода. Министерство здравоохранения было предупреждено о том, что 50 000 лиц с тяжелыми психическими нарушениями находятся в местах лишения свободы в результате быстрого сокращения психиатрической службы и недостаточности стратегий по лечению лиц, выписанных из стационаров [7, 37]. Также имеется важный пробел в терапии депрессии и тревожных расстройств, хотя данные нарушения очень распространены в первичном звене. Оценки распространенности тревоги за двенадцать месяцев показали, что 23% пациентов с тревогой в городе Сан-Паулу получали лечение, 10% из них — адекватное [38]. Несмотря на высокую распространенность симптомов данных нарушений в первичном звене, которая составляет от 51% до 64% [39], конкретная программа или политика, направленная на решение данной проблемы, отсутствует. Основными препятствиями во многих регионах страны остаются недостаточная доступность служб и обученных медицинских

работников, которые могли бы проводить надлежащее лечение [40]. Терапия данных нарушений клинически и экономически эффективна [41], а также финансово оправдана [23], но психические расстройства не являются приоритетом несмотря на высокую распространенность.

Исследований в области психического здоровья по-прежнему недостаточно, слишком мало информации, связанной с оценкой службы, эффективности терапии и затратами на здравоохранение [34]. В стране отсутствует традиция принятия решений на основе национальных научных доказательных данных при определении политики в области здравоохранения. CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias), комитет по оценке технологий в области здравоохранения, определил, что исследования экономической эффективности являются одним из требований при решении вопроса о включении нового метода лечения в систему охраны здоровья. Тем не менее эти исследования представляют собой моделирование на основе международных данных и проводятся фармацевтическими компаниями с явным наличием конфликта интересов. Существует мало эмпирических данных по стоимости и эффективности терапии и услуг, и большинство разработчиков стратегий и лиц, принимающих решения, не обучены экономике здравоохранения. В исследовании среди заинтересованных лиц было выявлено 10 приоритетов в области исследований психического здоровья, таких как экономическая эффективность нейрорептиков, оценка отдельных вмешательств при злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами и качественные исследования препятствий на пути разработки терапии психических заболеваний и развития психиатрической службы [42].

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ И ВЫВОДЫ

Внедрение амбулаторной психиатрической службы продолжается, этот процесс претерпевает поправки с учетом различных точек зрения при смене правительства. Отсутствие долгосрочного плана действий в сфере психического здоровья обуславливает прерывание программ и услуг, что в конечном итоге приводит к нецелевым расходам ресурсов при каждой смене правительства. Отсутствие прозрачности информации о службах и затратах остается основным препятствием на пути к дальнейшему развитию. Имеется

потребность в объединении нескольких служб и в долгосрочном планировании фаз развития [14]. Кроме того, следует использовать доказательные данные, полученные в национальных исследованиях, а национальная политика в сфере здравоохранения должна соответствовать потребностям групп риска.

Благодарность: Авторы благодарят Жара де Хесус Мари (Jair de Jesus Mari) за его комментарии и участие в составлении данной рукописи.

Вклад авторов: Дениз Раззук участвовала в планировании, поиске, извлечении и отборе данных, а также в написании работы. Даниэла Шелли Капарроче участвовала в поиске и извлечении данных, а также в написании работы. Агла Соуза участвовала в поиске и извлечении данных, а также в написании работы.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:
Denise Razzoukdrazzouk@gmail.com

Цитировать:

Раззук Д., Капарроче Д.Ш., Соуза А. Амбулаторная психиатрическая служба в Бразилии // Consortium Psychiatricum. 2020. Т.1, №1. СР 2712-7672-2020-1-1-60-70. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70

Список литературы

1. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Reforma psiquiátrica e política e saúde mental no Brasil [Psychiatric reform and the mental health policy in Brazil]. Brasília; 2005. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. [In Portuguese]
2. Bolis M, PAHO/WHO. The Impact of the Caracas Declaration on the Modernization of Mental Health Legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean. 9th Jul 2002; Amsterdam: PAHO/WHO; 2002 1-19. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.525.8287&rep=rep1&type=pdf>
3. Kilsztajn S, Lopes E, Limal L et al. Hospital beds and mental health reform in Brazil. Cad Saúde Pública 2008;24(10). doi: 10.1590/S0102-311X2008001000016.
4. Brazil, Federal Medical Council (Conselho Federal de Medicina do Brasil). Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos

- de internação em psiquiatria. 2017. [In 11 years, SUS lost 40% of psychiatric beds] [In Portuguese] Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://www.crrmpr.org.br/Em-11-anos-SUS-perde-quase-40-de-seus-leitos-de-internacao-em-psiquiatria-11-47847.shtml>.
5. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. [Overview and diagnostic of National Mental Health Policy] [In Portuguese] Ministério da Saúde do Brasil. [National Mental Health Policy Review. Ministry of Health of Brazil]. 2017. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. [In Portuguese]
 6. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Saúde Mental em dados 12. Ministério de Saúde do Brasil. [Mental Health in Data. Ministry of Health of Brazil]. 2015. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. [In Portuguese]
 7. Brazil, Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. [Technical Note 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS] Ministry of Health Brazil. 4-3-2019. Accessed 20th May, 2020. [In Portuguese] Available at: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
 8. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2008;2(1):12. doi: 10.1186/1752-4458-2-12. PMID: 18775070
 9. PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington DC: PAHO; 2018. Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
 10. Sousa I. Brazil: the world leader in anxiety and depression rates. *Brazilian Psychiatric Journal* 2017;39:384. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2300.
 11. Marinho F et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018;392(10149):760-775. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2. PMID: 30037735.
 12. Ribeiro W, Mari J, Quintana M et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 2013;8(5):e63545. doi: 10.1371/journal.pone.0063545 PMID: 23667636
 13. Brazil, Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde. [Ministry of Health of Brazil, Secretariat of Health Surveillance]. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in Brazil and a health care network. *Epidemiological Bulletin*]. 2017;48(30):1-14. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. [In Portuguese]
 14. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos SR et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9(2):67-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x. PMID: 20671888.
 15. Jaen-Varas D, Mari J, Asevedo E et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2019;41:5. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0223.
 16. Asevedo E, Ziebold C, Diniz E, Gadelha A, Mari J. Ten-year evolution of suicide rates and economic indicators in large Brazilian urban centers. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31:265-271. doi: 10.1097/YCO.0000000000000412. PMID: 29528901.
 17. Filembaum G, Blay S, Melo M et al. Use of mental health services by community-resident adults with DSM-IV anxiety and mood disorders in a violence-prone area: São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders* 2019;250:145-152. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.010. PMID: 30856491.
 18. Razzouk D, Kayo M, Sousa A et al. The impact of antipsychotic polytherapy costs in the public health care in Sao Paulo, Brazil. *PlosOne* 2015;10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0124791PMC4390144.
 19. Razzouk D. Accommodation and Health Costs of Deinstitutionalized People with Mental Illness Living in Residential Services in Brazil. *Pharmacoeconomics Open* 2019 Mar;3(1):31-42. doi: 10.1007/s41669-018-0078-z. PMID: 29713951.
 20. WHO. Mental Health Atlas 2014: Brazil profile. World Health Organization. 2014. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/bra.pdf?ua=1.
 21. Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2018. [Medical demographic in Brazil] São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. [In Portuguese]
 22. Razzouk D. Cost variation of antipsychotics in the public health system in Brazil: the implication for health resource use. *J Bras Econ Saúde* 2017;9(suppl1):49-57. doi: 10.21115/JBES.v9.suppl1.49-57.
 23. Razzouk D. Why should Brazil give priority to depression treatment in health resource allocation? *Epidemiol Serv Saude* 2016;25(4):845-848. doi: 10.5123/S1679-49742016000400018. PMID: 27869978.
 24. Quintana M, Andreoli S, Moreira F et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. *PLoS ONE* 2013;8(5):e62270. doi: 10.1371/journal.pone.0062270 PMID: 23690934.
 25. Nascimento A, Galvanese A. Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(suppl1):1-6. doi: 10.1590/S0034-89102009000800003.
 26. Sanches Z, Sanudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira A, Faggiano F. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health* 2016;16(1206). doi: 10.1186/s12889-016-3877-0. PMID: 27899107.
 27. National Health Council, CNS. Gastos dos brasileiros com saúde. [Brazilian health expenditures] 2018. Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://www.spcbrazil.org.br/wpimpressia/wp-content/uploads/2018/02/An%C3%A1lise-Gastos-com-Sa%C3%BAdade.pdf> [In Portuguese]
 28. Brazil, Ministerio da Fazenda. [Ministry of Finance of Brazil]. Aspectos fiscais da saúde do Brasil. [Fiscal aspects of health in Brazil]. Brasília: Tesouro Nacional do Brasil; 2018. [Brazil National Treasury]. Accessed 20th May, 2020, Available at: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAdade2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. [In Portuguese]
 29. Law 3.588, 21st December 2017, Ministry of Health Brazil (MS-Brazil), (2017). Accessed 20th May, 2020. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

