

cescontexto

Ciências Sociais e Saúde

Desafios e temas críticos dos Sistemas de Saúde

Organização

Mauro Serapioni

Ana Raquel Matos

Nº 07

outubro 2014

Debates

www.ces.uc.pt/cescontexto



Propriedade e Edição/Property and Edition

Centro de Estudos Sociais/Centre for Social Studies

Laboratório Associado/Associate Laboratory

Universidade de Coimbra/University of Coimbra

www.ces.uc.pt

Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087

3000-995 Coimbra - Portugal

E-mail: cescontexto@ces.uc.pt

Tel: +351 239 855573 Fax: +351 239 855589

Comissão Editorial/Editorial Board

Coordenação Geral/General Coordination: Sílvia Portugal

Coordenação Debates/Debates Collection Coordination: Ana Raquel Matos

ISSN 2192-908X

© Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2014

Índice

<i>Mauro Serapioni e Ana Raquel Matos</i>	
Introdução	4
<i>Sónia Dias e Ana Gama</i>	
Migração e saúde: principais determinantes e estratégias de ação	7
<i>Lúcia Fernandes</i>	
Complexidade, incertezas e vulnerabilidades em áreas contaminadas habitadas no Brasil e em Portugal	14
<i>Liliane Brandão Carvalho, Anna Karynne da Silva Melo, Mauro Serapioni e Maria Lúcia Magalhães Bosi</i>	
Reforma psiquiátrica: contexto brasileiro e aproximações ao caso português	23
<i>Ana Monteiro</i>	
Globalização, migrações e saúde mental: imigrantes da Europa de Leste em Portugal	39
<i>Marta Aguilar e José Maria Bleda Barcía</i>	
El impacto de la crisis en el sistema sanitario español	57
<i>Pedro Lopes Ferreira</i>	
Impacto da crise no sistema de saúde – Portugal	64
<i>Mauro Serapioni</i>	
O impacto da crise na saúde no sistema de saúde de Itália	71
<i>Rita Biancheri</i>	
Saúde e diferenças de género: uma perspetiva diversa	80
<i>David Tavares</i>	
Poderes profissionais e processos de profissionalização no campo da saúde	88

Reforma psiquiátrica: contexto brasileiro e aproximações ao caso português¹

Liliane Brandão Carvalho,² Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza
lilianebcarvalho@gmail.com

Anna Karynne da Silva Melo,³ Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza
karynnemelo@unifor.br

Mauro Serapioni,⁴ Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra
mauroserapioni@ces.uc.pt

Maria Lúcia Magalhães Bosi,⁵ Universidade Federal do Ceará
malubosi@ufc.br

Resumo: Brasil e Portugal têm vivido nas últimas décadas um processo contínuo de revisão das práticas no campo da saúde mental. A reforma no Brasil tem visado a superação do modelo de psiquiatria clássica, imprimindo uma prática de desinstitucionalização. Em Portugal, o tema da desinstitucionalização se faz presente, em termos legais, desde a década

¹ Este trabalho foi originalmente apresentado por Anna Karynne da Silva Melo e Liliane Brandão Carvalho no Seminário realizado no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra como requisito para a finalização do estágio doutoral no referido Centro (sob a supervisão do Prof. Doutor Mauro Serapioni).

² Professora assistente e supervisora de estágio em clínica do curso de graduação em psicologia da Universidade de Fortaleza. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla (UECE/ UFC/ UNIFOR), tendo realizado estágio doutoral no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará e Especialista em Psicologia e Práticas de Saúde pela Universidade de Fortaleza.

³ Professora adjunta do curso de graduação de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará e mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Filosofia e Epistemologia da Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Psicoterapeuta e supervisora Clínica.

⁴ Doutor em Sociologia e Investigador do Centro de Estudos Sociais onde integra o núcleo de Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdade (POSTRADE). Tem desenvolvido investigação na área da participação cidadã nos sistemas de saúde, voluntariado, desigualdades sociais e saúde e metodologia e investigação qualitativa, áreas nas quais tem publicado nacionalmente e internacionalmente. Leciona em vários programas doutorais e de mestrado na área da saúde, em Portugal, Espanha, Itália e Brasil.

⁵ Professora titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Mestre em Ciências Sociais e Doutora em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz). Pós-Doutorada pelo Center for Critical Qualitative Health Research, da Universidade de Toronto. Pesquisadora em distintos grupos de pesquisa. Lidera o Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS/UFC).

de 1960. Objetiva-se neste artigo discutir teoricamente a reforma no Brasil com suas principais características, fazendo-a dialogar com o caso português, a partir de uma investigação exploratória realizada em Coimbra. A proposta portuguesa é a de enfatizar a promoção dos cuidados comunitários e integrar no sistema geral de saúde. Porém, o encerramento dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhado de uma paralela criação de estrutura locais assistenciais. No Brasil tem-se privilegiado o cuidado em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, que devem promover a reinserção social. Percebe-se nos dois contextos uma preocupação em integrar a saúde mental na atenção básica concretizando a proposta da desinstitucionalização com uma ênfase na intervenção comunitária.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, Serviços de saúde, Cuidado comunitário, Brasil, Portugal.

1. Introdução

Brasil e Portugal vêm vivenciando, nas últimas décadas, um processo contínuo de revisão das práticas no campo da saúde mental. Nesse contexto, a reforma no Brasil emerge com o objetivo de superar o modelo de psiquiatria clássica, imprimindo um projeto de desinstitucionalização e novas modalidades de cuidado em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS, além de prestarem atendimento clínico diário, devem promover a reinserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Em Portugal, o tema da desinstitucionalização se faz presente, em termos legais, desde a década de 1960. Atualmente, a reforma encontra-se num momento de transição, com a proposta de enfatizar a promoção dos cuidados ao nível comunitário e os esforços de integrar a saúde mental no sistema geral de saúde português. Porém, o encerramento dos hospitais psiquiátricos não vem sendo acompanhado de uma paralela e necessária criação de estruturas locais assistenciais.

Tendo em vista os dois processos assinalados, este artigo tem por objetivo apresentar as bases da reforma no Brasil, apontando as suas principais características, e articular pontes de diálogo entre a experiência brasileira e a portuguesa. Num primeiro momento, abordaremos o contexto da reforma psiquiátrica brasileira para, de seguida, expor a experiência de Portugal. No intuito de apresentar o atual contexto português do campo da saúde mental, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde mental para apreender a sua percepção e compreensão sobre a realidade portuguesa. No final, problematizaremos as aproximações sem intenção de estabelecer comparações formais, nem encerrar a amplitude dessas discussões nestas linhas.

2. Brasil: Reforma psiquiátrica

O contexto da reforma psiquiátrica foi constituído a partir da discussão da concepção de loucura como doença mental e do modo hegemônico de entendimento e tratamento daqueles considerados loucos, submetidos a relações desiguais e estigmatizadoras (Foucault, 2006). Outro ponto relevante nesse processo é o fomento a reflexões sobre o cuidado praticado pela psiquiatria clássica, no período da Segunda Guerra Mundial (Amarante, 1995). O período pós-guerra foi palco para o surgimento de práticas e experiências como: comunidades

terapêuticas, na Inglaterra; psicoterapia institucional, na França; a experiência da psiquiatria de setor, que priorizava a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria, também na França, e a psiquiatria comunitária ou preventiva, nos Estados Unidos, que tinha como foco as ações de tratamento e prevenção (*Ibid.*). Ainda no pós-guerra, dada a maior preocupação com políticas sociais, a instituição manicomial foi questionada como espaço de produção de doença (Dimenstein *et al.*, 2009).

Essas experiências trazem avanços e questionamentos, mas, ainda, centram-se no modelo psiquiátrico e suas instituições. Em meados dos anos 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu na Inglaterra e nos Estados Unidos, e um pouco mais tarde na Europa Continental, um consenso internacional referente à necessidade de mudanças profundas na assistência psiquiátrica com vistas a construir novas estratégias políticas para a saúde mental (Novella, 2010).

É agora oportuno evidenciarmos que o caso brasileiro da reforma incorporou questões originadas de cada uma daquelas experiências internacionais, notadamente, conforme se reconhece, mais inspirado no movimento italiano e na antipsiquiatria, projetos nos quais se questionava o próprio saber psiquiátrico e as suas práticas (Amarante, 2007; Nunes *et al.*, 2008). A partir dessas perspectivas, ocorreu, por um lado, a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e por outro, a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

No Brasil, o movimento da reforma foi sendo germinado na segunda metade da década de 1970, facilitado pela luta em prol da redemocratização do país, mediante o surgimento dos modelos das comunidades terapêuticas e associado ao movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que instituía a ideia de saúde mental em oposição à doença mental e propunha intervenções na comunidade (Amarante, 1995; Tenório, 2002). Acrescentem-se a isso as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e seu caráter privatista, bem como denúncias de fraudes nos financiamentos e de abandono, violência e maus tratos aos internos dos hospícios, conforme nos aponta Tenório (2002: 32): “não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos e desvios”.

Nos anos de 1980, surgiram experiências institucionais inovadoras de um tipo de cuidado de saúde mental, duas das quais consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987), e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP (1989). Da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, criou-se uma rede de cuidado, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), implantado no município de Santos, funcionando 24 horas. Também foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

Em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei (Projeto deputado Paulo Delgado), que tramitou durante 12 anos nas casas legislativas brasileiras, tendo sido sancionado em 2001 como lei de saúde mental (Lei 10.216), sendo uma referência para a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e para a progressiva extinção dos manicômios. A lei federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2005).

Consoante diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo apoiado em serviços de base comunitária, ou seja,

serviços que ofereçam cuidados na comunidade, em articulação com seus próprios recursos. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados,⁶ ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Para além da regulamentação legal e normativa, a reforma nos últimos 20 anos tem ocorrido “[...] paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos” (Tenório, 2002: 54).

No Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas (Brasil, 2005), a III Conferência Nacional de Saúde Mental é apontada como a que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS valor estratégico no processo de mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da reforma psiquiátrica no Brasil.

A reforma psiquiátrica pode ser também conceituada como o conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais (Brasil, 2005). Os principais atores da reforma são os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Um dos pontos centrais na reforma é o processo de desinstitucionalização. Consoante Amarante (1995), a expressão *desinstitucionalização* aparece nos Estados Unidos no contexto do projeto preventivista para designar o conjunto de medidas de des-hospitalização. Para o autor, des-hospitalizar é parte da reforma, é uma etapa. É também descentralizar o recurso concentrado no sistema hospitalar; portanto, implica des-hospitalizar o dinheiro.

A proposta agora era operacionalizar a “tentativa de superação do cenário histórico de desassistência e maus tratos no campo da saúde mental.” (Dimenstein *et al.*, 2009: 64) para transformar a relação entre sociedade e loucura ao pôr em xeque não só as instituições psiquiátricas tradicionais, mas também os conceitos e saberes que legitimam suas práticas e apontam para projetos atuais de construção de um *novo lugar social* para as pessoas em sofrimento (Amarante, 2007; Yasui e Costa-Rosa, 2008). Eis porque a desinstitucionalização é considerada a premissa ética fundamental da reforma, haja vista ter como interesse “desconstruir a exclusão e a lógica manicomial concreta e simbólica que pauta não apenas os dispositivos psiquiátricos, mas atravessa também as relações sociais e culturais com a loucura” (Godoy e Bosi, 2007: 295).

No Brasil, o processo de desinstitucionalização ocorreu com a redução progressiva de leitos em todos os hospitais psiquiátricos; com o programa de avaliação dos serviços hospitalares que buscavam avaliar a estrutura física, a dinâmica de funcionamento com seus fluxos e os processos terapêuticos dos hospitais; e com a implantação de residências terapêuticas, de moradias na área urbana para pessoas portadoras de transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou não e hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade.

No contexto brasileiro, os grandes desafios da reforma eram: fortalecer as políticas de saúde voltadas à saúde mental, consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária

⁶ Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária (Brasil, 2011).

e territorial, implementar uma política de saúde mental e aumentar os recursos orçamentários direcionados à saúde mental. A partir desses desafios, o governo tem como metas a redução de forma pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade, a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e pelas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG).

A busca é pela inclusão de ações da saúde mental na atenção básica, implementando uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas, mantendo um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica. Acrescente-se a promoção de direitos dos usuários e seus familiares, incentivando a participação no cuidado, garantindo tratamento digno e de qualidade ao "louco" infrator, superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário e, simultaneamente, avaliando continuamente todos os hospitais psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica no Brasil vislumbra uma ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Propõe como espaços de atendimentos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os hospitais gerais e os centros de convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte devem ser progressivamente substituídos (Brasil, 2011).

Para tanto, a estrutura organizacional da reforma tem o seguinte dispositivo: os CAPS, que têm a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos com objetivos de inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersectoriais, bem como regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005). Existem cinco tipos de CAPS (I, II, III, Capsi, Caps ad), cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento diurno ou 24h.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/Saúde da Família substituam o modelo tradicional medicalizante e excludente. Para tanto, faz-se necessária a articulação da rede de cuidados visando à integralidade na atenção. No Brasil, a atenção básica/Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários.

Uma rede efetiva é aquela composta por diversos dispositivos: os CAPS, os serviços de residências terapêuticas, o Programa de Volta Para Casa, a saúde mental na atenção básica, os ambulatórios, os leitos em hospitais gerais, e em centro de convivência para pessoas com algum tipo de transtorno mental, e deve ser capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzir as internações e o tempo médio de permanência das internações. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária, tendo como ação central, o matriciamento.

O matriciamento é a integração entre saúde mental e atenção primária. É um modelo de cuidado colaborativo, ou ainda, um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Trata-se de uma horizontalização das ações e serviços do sistema de saúde. A sua estruturação ocorre com dois tipos de equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. Campo e Domitti (2007: 400) afirmam que o “[...] apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do

trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”. O matriciamento proporciona retaguarda especializada de assistência e suporte técnico-pedagógico. Trata-se de um vínculo interpessoal e de um apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

3. O caso português

Portugal é um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional fundada nos princípios da psiquiatria de sector como forma de organização assistencial.⁷ Com isso, teve-se a criação de centros de saúde distritais; o aparecimento da psiquiatria social; a ligação com a atenção primária; a criação de serviços descentralizados; o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação social e a legislação de apoio ao emprego.

A reforma em Portugal pode ser dividida em fases. A primeira fase, que foi até 1963, apresentou um modelo asilar/institucional numa estrutura assistencial, oferecendo pouca acessibilidade. Porém, com a lei 2006 de 1945 inicia-se um processo de desenvolvimento extrainstitucional dos serviços de saúde mental com a criação de 30 dispensários nos principais centros urbanos. Esta lei também preconizava a colaboração com os médicos de saúde pública e os médicos escolares (Hespanha *et al.*, 2012: 42).

Na segunda fase, entre os anos de 1963 e 1989, tem-se o aparecimento dos serviços comunitários com a lei 2118/abril/63 e a criação de centros de saúde mental em diferentes distritos. A lei, inspirada pelo *Mental Health Act*, promulgada por Kennedy, estabelecia a prevenção em psiquiatria, a atuação extra hospitalar, a valorização da relação doente-terapeuta, o trabalho em equipe, somados à acessibilidade e à criação do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil nas regiões. Em 1964 dá-se a criação dos centros de cuidados primários mentais. Nesse período, como assinala Hespanha (2010), Portugal aderiu à ideia da desinstitucionalização, “[...] sem que no entanto, se tenha verificado, como em outros países, uma discussão acalorada sobre o tema ou o surgimento de movimentos antimanicomiais” (Hespanha, 2010: 139). A ideia primordial da reforma era oferecer um conjunto completo de serviços que amparasse o doente desde a prevenção até a reabilitação, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria, ao mesmo tempo em que contestava o asilo como espaço de cura (Vidal *et al.*, 2008). Contudo, o apoio político e institucional, assim como os recursos para implementar esta reforma, foram insuficientes.

Na terceira fase, entre 1990 e 1995, interrompe-se o processo de reestruturação, com a suspensão dos programas e o corte de recursos. Em 1992, o decreto-lei 127/92/julho extinguiu os centros de saúde mental e transferia as atribuições destes para os hospitais gerais, centrais e distritais, com o objetivo de uma integração dos cuidados de saúde mental no sistema nacional de saúde geral. Assim, os centros infantis e juvenis vão para os hospitais de pediatria. No campo da reabilitação, houve a necessidade da criação de centros de dia e estruturas residenciais que possibilitaram a revisão do modelo de organização dos serviços.

⁷ No sentido de que uma equipe multidisciplinar se torna responsável pelos problemas de saúde mental em uma determinada área geográfica (Hespanha *et al.*, 2012). Trata-se da inserção de instituições intermediárias na rede de cuidado com saúde mental, oferecendo um conjunto de serviços desde a prevenção até a reabilitação (Vidal *et al.*, 2008).

A década de 1990 foi marcada pela integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde, tendo-se realizado, nesse mesmo período, uma conferência nacional com propostas base para lei de saúde mental, e que designadamente se propunha estabelecer princípios gerais da política de saúde mental e regulamentar o internamento no país. A lei retoma o modelo de intervenção comunitária já preconizado na lei base de 1963, que tinha como princípios: cuidados de saúde mental em nível comunitário; cuidados menos restritivos; internamento, quando necessário, em hospitais gerais; assegurar estruturas residenciais e centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional. O decreto-lei 127/92 integrava os centros aos hospitais gerais, enfatizava os serviços comunitários e propunha uma concentração na reabilitação e na integração social.

Finalmente, no período entre 1996 e 2006, se deu a retomada da reforma e sua consolidação com a elaboração do Plano de Saúde Mental e sua aplicação na Conferência de 1995. Nesse momento, desenvolveu-se maior ênfase na rede de serviços comunitários, na melhoria nas condições residenciais nos hospitais psiquiátricos e na reabilitação psicossocial. O decreto-lei 36/98 regulamentava a organização dos serviços e criava um sistema de referência. O modelo de referência proposto era o do cuidado na comunidade, entendendo que os serviços locais são a base, associados a centros de cuidados primários e hospitais (Hespanha, 2010).

Em 2001 ocorreu a criação da rede de encaminhamento hospitalar de psiquiatria e saúde mental que garantia o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde (*Ibid.*). Essa rede de encaminhamento é um sistema que regulamenta as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares e busca garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde, sustentado por um sistema integrado de informação interinstitucional. Logo em seguida, em 2004, ocorreria uma revisão do documento de criação da rede citada acima com a abrangência de áreas específicas tais como: Rede de psiquiatria de Adultos; Rede de psiquiatria da infância e da adolescência; Rede de psiquiatria de urgências; Psiquiatria forense; instituições sociais; censo psiquiátrico e plano nacional de saúde mental. O termo *hospitalar* foi retirado, pois a perspectiva da rede de cuidados prestados às populações era mais ampla, estando incluídas igualmente as componentes dos cuidados de saúde primários e os cuidados comunitários (Portugal, 2004).

Em 2004 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a intenção de colocar o tema na agenda da saúde pública; em 2006 cria-se a Comissão Nacional para reestruturação dos serviços de saúde mental, cujo objetivo era propor um plano de ação e recomendações. Já em 2007, essa mesma comissão publicou o Plano Nacional de Saúde Mental.

O Plano de Ação 2007-2016, ainda em execução, traz como ideia a saúde mental como prioridade de saúde pública e a intervenção comunitária como novo paradigma de cuidados de saúde mental. Esse plano aponta alguns obstáculos a serem superados: a escassez de materiais e recursos humanos e a oposição das organizações médicas psiquiátricas. Constatava-se, nesse documento, que os serviços locais de saúde mental praticamente inexistem (Portugal, 2008; Hespanha, 2010; Portugal e Nogueira, 2010).

O Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, contempla a criação de unidades e de equipes multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), possibilitando a criação de respostas residenciais de caráter reabilitativo para doentes mentais graves com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, através da articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados na denominada rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Com a linha de financiamento, designada “Programas Inovadores do Plano

Nacional de Saúde Mental (PNSM)”, teve-se o apoio para a constituição de equipes de saúde mental comunitária e o desenvolvimento dos serviços em nível local (Portugal, 2010).

A situação atual da reforma em Portugal demonstra que o internamento continua consumindo a maioria dos recursos, em torno de 83%; há a necessidade de um orçamento específico para a saúde mental; a existência de carência de médicos, especialmente psiquiatras para a clientela infantil e adolescente; há necessidade de aumentar a rede comunitária ao nível das estruturas, nomeadamente a criação de residências com distintos graus de autonomia e áreas de atendimento-dia; a necessidade de incrementar a realização de programas de promoção/prevenção; estabelecer programas de formação para profissionais-chave para trabalhar na comunidade e para os clínicos gerais ao nível dos cuidados de saúde primários; criação de novas equipes de saúde mental infantil e juvenil; implementar e desenvolver boas práticas certificadas para as equipes de saúde mental na comunidade e estabelecer programas de prevenção contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (OPSS, 2010).

O Plano de Saúde Mental (2007-2016) português apresenta alguns princípios defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: a acessibilidade a todas as pessoas; a responsabilidade de um setor geo-demográfico, ou seja, a garantia de cuidados essenciais sem que a pessoa precise se distanciar muito da sua localidade; a integração de um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral; a existência de uma coordenação em comum; a participação de familiares, utentes e diferentes entidades da comunidade; a articulação com os cuidados primários; a colaboração do setor social e das ONG's; e a prestação de contas dos cumprimentos dos objetivos (Portugal- Presidência do Conselho de Ministros, 2008).

Como assinala o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2010), é possível constatar na situação da saúde mental em Portugal que falta planejamento e apoio na melhoria de serviços, o que fez com que Portugal se atrasasse com relação aos demais países europeus. Como desdobramento, temos a insuficiência grave na acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços. Segundo o relatório, somente uma pequena parcela da população tem acesso aos serviços e os recursos estão concentrados nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Acrescenta, ainda, haver uma desproporção na distribuição de psiquiatras entre hospitais gerais, psiquiátricos e departamentos de psiquiatria, e o internamento continua a consumir a maioria dos recursos.

Com relação à comunidade, o relatório acusa haver um reduzido desenvolvimento de serviços comunitários, não dispondo de equipes de saúde mental comunitária. Além dessas questões, há problemas de acessibilidade aos cuidados especializados, de reinternamentos, ou seja, existência de problemas de continuidade de cuidados e de equipes de saúde mental que têm um número escasso de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos. Portanto, conclui o relatório, há um nível baixo de qualidade dos serviços de ambulatório (OPSS, 2010).

Esta situação é confirmada pelo recente Estudo Nacional Epidemiológico sobre Saúde Mental (Almeida e Xavier, 2013), que mostra uma elevada prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal, sendo a segunda mais alta a nível europeu, depois da Irlanda, diferenciando-se significativamente dos outros países do sul da Europa, que apresentam prevalências menores que os países do norte da Europa. A qualidade de cuidado é igualmente considerada inadequada, já que somente um terço dos casos receberam cuidados que cumpriam com os critérios requeridos, mais frequentes nos serviços especializados do que na medicina geral e familiar (Almeida e Xavier, 2013: 50).

A perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da saúde mental em Portugal, seja em relação aos recursos financeiros, seja quanto aos recursos humanos, os quais se encontram distribuídos de uma forma muito desigual entre regiões, hospitais e outras unidades de saúde. Os centros dos serviços locais instalados nas instituições hospitalares, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediram qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade, bem como a falta de clareza nas contratações nos hospitais e a intensa atuação das instituições de ordem religiosa. Outros aspectos foram também relevantes para a consistência do desenvolvimento das redes, tais como: a reduzida participação de utentes e familiares; a escassa produção científica; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e a ausência de programas de promoção/prevenção (Portugal, 2008).

O Plano de Saúde Mental (2007-2016) tem como valores a saúde mental indivisível da saúde em geral, a ênfase nos direitos humanos, a atenção do cuidado na comunidade, a coordenação e integração de cuidados, a abrangência dos cuidados, a intensa participação comunitária, a proteção dos grupos especialmente vulneráveis, a acessibilidade e equidade e a recuperação das pessoas portadoras de doença mental.

A estrutura do plano recomenda Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) com consulta externa; um serviço de urgência para o internamento de pacientes agudos e crônicos; a existência de um Hospital-Dia e de um Serviço de Saúde Mental da criança e do adolescente; de uma unidade para alcoologia; e de uma intervenção comunitária para doentes de evolução prolongada.

Os serviços para os adultos ocorrem na rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). Os atendimentos são transferidos para novos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental de Hospitais Gerais (DPSM), cuja ação é promover o desenvolvimento de equipas multidisciplinares ou unidades de saúde mental comunitária. Os programas contidos nessa rede são voltados para doentes graves – como os Doentes Mentais Graves (DMG) – que buscavam a reabilitação e desinstitucionalização; os de ligação com a Saúde da Família, os de apoio a doentes idosos e os de prevenção para suicídio e depressão. O plano também propunha um Serviço Regional de Saúde Mental (SRSM) com programas regionais de internamento para doentes inimizáveis e para os chamados “doentes difíceis”. Com o plano, os hospitais psiquiátricos passaram por uma reestruturação e uma redução de leitos.

Os serviços voltados à infância e adolescência se apresentam em três níveis: o de cuidados de saúde primários com grupos ou núcleos de apoio à saúde mental infantil nos centros de saúde e unidades de saúde familiar; o de serviços especializados locais, que são serviços/unidades especializados de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência integrados em hospitais gerais; e o de serviços especializados regionais como os serviços de urgência, as unidades de internamento em serviços próprios e os núcleos de intervenção em áreas específicas e faixa etárias também específicas.

No que diz respeito à saúde mental e à atenção primária, vê-se a necessidade de definição clara das responsabilidades diferenciadas do cuidado da psiquiatria especializada. Para isso, criaram-se os projetos transversais; um programa de formação continuada e de formação em saúde mental comunitária. O plano tem a pretensão de que, até 2016, todos os serviços locais de saúde mental sejam assegurados por DPSM de hospitais gerais.

O plano conclui que não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. E, finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuar concentrada no tratamento intra-hospitalar.

4. Um estudo exploratório no distrito de Coimbra

4.1. Objetivos e metodologia

Com o intuito de nos aproximar ao contexto da saúde mental em Portugal sob a ótica de profissionais da saúde mental, realizamos uma pesquisa de campo exploratória em serviços de saúde da região de Coimbra. Os serviços investigados foram uma instituição psiquiátrica, organizada segundo o modelo de hospital-dia, tendo sido anteriormente uma referência asilar da cidade; e um centro de saúde em um distrito da cidade. A escolha das referidas instituições se deu, respectivamente, no caso da instituição psiquiátrica, pelo histórico de um serviço hospitalar tradicional que migrou para um modelo de atenção, e no caso do centro de saúde, por sua gestão inovadora e ativista das políticas públicas de saúde mental da reforma psiquiátrica do país.

Para tal empreitada, utilizamos como técnica de recolha de dados no trabalho de campo, entrevistas individuais em profundidade junto a quatro profissionais de saúde mental que aceitaram colaborar com este estudo. O período de realização das entrevistas, com suas transcrições e categorizações, decorreu entre os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012.

A análise do material de campo foi embasada na lente qualitativa interpretativa-crítica que busca compreender o sentido do discurso e das experiências desveladas a partir das falas dos sujeitos participantes, articulando-as com a concretude das práticas, ou seja, o contexto, no qual se configuram tais produções subjetivas. A partir dessa análise, construíram-se quatro categorias: *situação atual de transição, modelo de atenção, o serviço e as dificuldades*.

4.2. Análise e discussão dos resultados

Uma primeira categoria elencada nos depoimentos é a *Situação Atual de Transição*, que se refere ao processo de mudança, ainda experienciado pelos profissionais do modelo asilar/institucional para o intersectorial e comunitário. Vejamos os trechos de falas abaixo:

Hoje se vive, em Portugal, certa incerteza institucional quanto à fusão obrigatória desse hospital [hospital-dia] [...] [O que] Há em Coimbra [é] a psiquiatria de ligação, quando alguns psiquiatras vão a centros de saúde e não são da equipa comunitária. (Informante A)

Serviços comunitários: está a começar! As equipas hospitalares (médicos, assistente e enfermeira) são divididas em zonas – a dita psiquiatria de setor – e realizam as visitas. (Informante B)

A saúde mental está em transformação [...] a marca ainda é de burocratização – uma referenciação meramente burocrática. Foi aprovado que deve haver unidades de saúde mental nas unidades da saúde da família, desativando os hospitais [...]; o modelo não existe propriamente [...]. [A proposta] não é colocar o psiquiatra na comunidade – isso não dá resultado (já se fez no passado), pois o médico de família pode fazer. O que se fez no passado foi uma ação de ligação que se fixa no hospital; o que se quer é que isso seja de ligação de fato entre profissionais e não só uma ligação burocrática como é hoje. (Informante C)

O processo de reforma psiquiátrica no plano de 2007-2016 é o seguinte: hospital geral → centros de saúde mental → equipas que se deslocam ao território. (Informante D)

Vemos que para os profissionais de saúde mental ainda há muito o que fazer, pois consideram que, apesar da vigência do plano de ação, a sua efetividade é lenta e com dificuldades de implantação devido à própria incerteza do modelo proposto.

Historicamente, reconhecemos que a reformulação da noção de loucura como doença mental e o modo hegemônico de entendimento e tratamento do louco são pontos seminais para uma compreensão de como ocorreu o processo da reforma psiquiátrica nos seus diversos contextos (Foucault, 2006).

Destacamos que na Europa, Portugal foi o país pioneiro na implementação de uma lei nacional baseada nos princípios da setorização, através da criação de centros de saúde distritais, da ligação com a atenção primária e de esforços voltados para a descentralização de serviços e reabilitação social.

Dentre as fases do processo da reforma, de um modelo asilar, institucional e assistencial, Portugal vai passando por um momento de ênfase em serviços comunitários para maior consolidação das práticas de cuidado na comunidade. A reforma indicava que os serviços deviam ser compostos por equipes multidisciplinares e que os serviços ambulatoriais eram baseados em centros de cuidados primários e hospitalares. Acrescentava ainda que a criança e o adolescente deviam ser cuidados por uma equipe especializada e os hospitais psiquiátricos tinham a tarefa de apoiar as equipes locais (Hespanha, 2010).

Outra categoria que se destacou é o *Modelo de Atenção*, que envolve as concepções e práticas desenvolvidas no contexto da saúde mental investigado, tal como revelada a seguir:

Aqui no hospital [hospital-dia] há internamento para tratamento ou internamento para reabilitação? É um misto. Não existe internamento para agudos e sim pós crise e de ambulatorios. O de agudos é quando o indivíduo está descompensado e se interna dois ou três dias e são os pacientes de urgência. Em Coimbra, só há uma urgência: hospital universitário. Depois vão para internamento na clínica de agudos, depois para os programas. (Informante A)

Muitas vezes, o hospital dia serve como o “último recurso” (maior ênfase), ou seja, quando não há mais nada a fazer. Antes de chegar no hospital-dia, passam ou podem passar por serviços psicológicos, consultas externas, consultas psicoeducacionais, consulta de distúrbios alimentares, consulta geral, a de distúrbios pós-traumáticos. Vão para o hospital dia quando não têm resposta terapêutica ou quando a socialização está muito afetada. [O que acontece é que] o conceito de saúde mental é muito confundido com doença mental. Não há muita valorização de saúde mental. O plano é, por exemplo, de doença mental, é do curativo, não do preventivo. (Informante B)

As fronteiras entre saúde comunitária e saúde mental não estão bem definidas [...] A ideia é o ‘mix’: cuidado de saúde primários mais prática de internação psiquiátrica – caso fique só no posto de saúde, o psiquiatra corre o risco de ficar como médico geral (o que já ocorreu no passado). A ideia é sair de uma ligação burocrática e passar para uma ligação de gente! (maior ênfase). [Mas] a questão hoje em Portugal são recursos humanos e financiamento. O modelo ainda é centrado no hospital, onde se centra a maior parte dos recursos humanos e onde é feito ainda o pagamento, o financiamento por atendimento, ou seja, quanto mais atendimentos no hospital mais financiamento. Não há interesse ou financiamento para a saúde comunitária. (Informante C)

Na região de Coimbra, funcionam muito as instituições hospitalares. O aspecto positivo (da Reforma) é a integração da saúde e o aspecto negativo é o enquadramento medicalizado. (Informante D)

A partir das falas evidenciamos, no contexto português investigado, um certo desencontro entre o avanço nas concepções teóricas anunciadas nos documentos e planos de ação e a prática exercida no cotidiano dos profissionais, haja vista uma ênfase maior na doença mental e, conseqüentemente, em um modelo curativo de cuidado.

Com os princípios gerais apresentados no Plano Nacional de Saúde Mental, expostos anteriormente, tem-se a intenção da inclusão social, da equidade dos cuidados, da promoção de saúde, da descentralização dos serviços mentais e da integração da saúde mental no sistema geral de saúde. Para tal, os cuidados em saúde mental estão centrados nos serviços

locais de saúde, predominantemente em hospitais gerais, serviços regionais e hospitais psiquiátricos (Barros *et al.*, 2011).

O Serviço é outra categoria desvelada nos depoimentos e faz referência às atividades rotineiras desenvolvidas nas instituições investigadas, conforme exposto adiante:

No hospital-dia há muitas atividades de grupos e outras diferentes de acordo com a disponibilidade da equipa. [Há uma] diminuta presença da família [nas atividades propostas pela instituição]. (Informante A)

As atividades são divididas entre os profissionais da equipa. Cada paciente tem um plano, mas as ações são muito sedimentadas. A reunião de caso clínico é com toda a equipa e semanal. [É] objetivo do trabalho: fomentar competência no paciente para controle de ansiedade, para autonomia da vida diária, integração laboral e ocupacional. [Portanto,] aqui o trabalho da equipa “depende das pessoas” (maior ênfase). Na “teoria é de equipa, mas na prática depende das pessoas que estão”, o quanto se é interdisciplinar ou multiprofissional. Muitas vezes depende de quem está na gestão. (Informante B)

A [área da] saúde mental se centra [ainda] muito na doença. O foco devia ser na equipa e na promoção. (Informante C)

O serviço está pouco no território, o que há é como um departamento, por exemplo, departamento de psiquiatria. O que há é um departamento de psiquiatria nos hospitais universitários com orientação médica. As urgências estão no hospital geral. (Informante D)

Constatamos, nessa categoria, uma rotina mais ocupada com trabalhos em grupos e em equipa, privilegiando maior diálogo e construção coletiva das intervenções, embora ainda seja mais concentrado no contexto hospitalar, portanto de pouca extensão no território.

A grande proposta, contida no Plano Nacional de Saúde Mental, das ações e serviços de saúde mental portugueses busca criar ações residenciais de reabilitação para pessoas com adoecimentos graves com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, articulando com os serviços locais de saúde mental.

A efetivação dessas ações tem-se dado mediante a criação de unidades e de equipas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, abrangendo áreas e redes específicas como: a psiquiatria de adultos, da infância e da adolescência, de urgências, a forense, as instituições sociais.

Os serviços têm-se ocupado com o desenvolvimento de práticas de cuidado em equipas de saúde mental na comunidade voltadas aos programas de prevenção contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (Portugal, 2010).

E, como última categoria, encontramos nas falas *Dificuldades* inerentes ao cotidiano de um serviço de saúde mental, de acordo com os excertos:

Aqui, não existe equipa suficiente para acompanhar mais de um grupo de doentes mais graves que demandam mais acompanhamento individual. Não existem outros programas de reabilitação fora do hospital-dia. (Informante A)

As equipas comunitárias têm a ideia de alargar um pouco as atuações, mas não acho que sejam substitutivas. Não se sabe o que eles fazem, não há partilhas do trabalho! A cultura portuguesa não é muito facilitadora de saúde mental. Há muita discriminação, machismo, violência contra as mulheres. (Informante B)

Há, em Portugal, uma desproporção no aproveitamento de recursos humanos. Falta mentalidade, cultura de equipa. Trabalha-se muito só; aqui a cultura é muito individualista. Parece que todos estão de portas fechadas, dentro do modelo hospitalocêntrico. (Informante C)

A reforma é dos profissionais para a comunidade, há uma ausência da fala das associações dos pacientes. (Informante D)

Identificamos a presença de uma dificuldade relacionada com os recursos humanos considerados atores chave do processo de revisão em curso da reforma na saúde mental no país.

Dentre as dificuldades reveladas no contexto investigado, o internamento ainda se mantém como sendo o aglutinador da maioria dos recursos, sejam humanos ou financeiros, da área da saúde mental (Almeida e Xavier, 2003), o que nos leva a pensar na existência da precariedade orçamentária e de profissionais médicos psiquiatras.

Há ainda dificuldades relacionadas ao incremento de programas de promoção e prevenção, de formação profissional com habilidade para desenvolver trabalhos na comunidade com clientela infantil e juvenil, e ações contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (Portugal, 2010).

Nas falas dos informantes, é recorrente a referência à falta de planejamento e apoio na melhoria de serviços, comprometendo os avanços na área, bem como a acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços. Constatamos também nesta investigação a desproporção na distribuição de profissionais nos vários serviços da rede, tais como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos.

5. Algumas considerações

A partir da investigação realizada, reconhecemos existir tanto avanços quanto desafios nos contextos brasileiro e português. No Brasil, apontamos como avanços a estrutura organizacional, a integração entre atenção básica e saúde mental e maior implantação de serviços substitutivos. Nossos desafios são o risco de manutenção do modelo medicalizante nos serviços substitutivos, a acessibilidade, integralidade e referência na rede, pouca articulação e cooperação intersetorial e formação de recursos humanos, além do risco de “Capsização”.⁸

Em Portugal, os avanços são a integração entre setores da saúde com o serviço geral de saúde, o progressivo, embora ainda insuficiente, aumento da cobertura dos serviços no território, não mais limitados somente a Lisboa, Porto e Coimbra, além da elaboração de um Plano Nacional. Os desafios são a ausência de participação da comunidade, o hiato entre discurso e prática, a pouca discussão da desinstitucionalização, a restrição das especialidades nas equipes, a pouca equipe no território e a formação de recursos humanos.

Encontramos ainda convergências significativas nos contextos analisados, tais como a necessidade de demarcação do que se entende como loucura, a proposta de desinstitucionalização, a proposta de um itinerário mais focado na intervenção comunitária, a integração saúde mental e atenção primária, a preocupação na formação de recursos humanos e a pouca discussão social quanto à estigmatização da doença mental.

Entre as dissonâncias, ressaltamos aspectos contextuais, vinculados ao plano histórico, político e econômico. A reforma no campo da saúde mental no Brasil advém, em parte, dos

⁸ Termo sinônimo para alguns autores e atores sociais, no Brasil, de reestruturação ou modernização de serviços, ou ainda, de reformulação técnico-assistencial do dispositivo Caps, o que descaracterizaria a Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2003).

trabalhadores, familiares, usuários e da comunidade. Em Portugal, advém dos profissionais, técnicos e governo. Assim, no Brasil há maior participação da comunidade, enquanto em Portugal se observam discussões técnico-científicas mais extensas entre os atores da reforma e a estrutura organizacional. No Brasil há descentralização dos serviços e no país europeu a relação é entre atenção primária x saúde mental x hospital Geral. No país latino-americano a relação é atenção primária x saúde mental x intervenção comunitária. Em ambos os países há valores similares que regem a reforma, tais como: direito dos usuários, serviços comunitários, abrangência dos serviços, acessibilidade e equidade, dentre outros.

O Brasil tem tido avanços significativos com relação à efetivação de ações desses valores com os serviços substitutivos, principalmente com os Caps e o matriciamento e há maior participação da comunidade. Em Portugal, para efetivar a reabilitação e a desinstitucionalização, faz-se necessário: desenvolver programas integrados na comunidade, formar equipas na comunidade, desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas e familiares e diminuir a concentração dos recursos no tratamento hospitalar.

Referências Bibliográficas

Almeida, José Miguel Caldas; Xavier, Miguel (2013), *Estudo Nacional Epidemiológico sobre Saúde Mental. 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Consultado a 4 de julho de 2014, disponível em http://www.fc.m.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Amarante, Paulo (1995), *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, Paulo (2003), "A (clínica) e a reforma psiquiátrica", in Paulo Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 45-66.

Amarante, Paulo (2007), *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barros, Pedro Pita *et al.* (2011). "Health system review", *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156.

Brasil - Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental (2005), "Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil", Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília.

Brasil - Ministério da Saúde (2011), "Portal da saúde", acessado a 13 de dezembro de 2011, disponível em www.portalsaude.saude.gov.br.

Campo, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla (2007), "Apoio matricial e equipe de referência: metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 399-407.

Dimenstein, Magda *et al.* (2009), "O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental", *Saúde e Sociedade*, 18 (1), 63-74.

Foucault, Michel (2006), *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Godoy, Maria Godoy Curubeto; Bosi, Maria Lúcia Magalhães (2007), "A Alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à Ética Radical de Lévinas", *Physis*, 17 (2), 289-299.

Hespanha, Pedro (2010), "A reforma psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses", in Fontes, Breno; Fonte, Eliane Maria Monteiro da (orgs), *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 137-162.

Hespanha, Pedro; Portugal, Sílvia; Nogueira, Cláudia; Pereira, José Morgado; Hespanha, Maria José (2012), *Doença mental, instituições e família. O desafio da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Novella, Enric J. (2010), "Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization", *Theoretical Medicine Bioethics*, 31(6), 411–427.

Nunes, Mônica *et al.* (2008). "A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 188-196.

Portugal - Direção-Geral da Saúde/Direção de Serviços de Planeamento/Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (2004), *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal-Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Portugal (2010), Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, Diário da República nº 19, Série 1º. Disponível em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/f9c07368984c8cae08ec9d3e0c9ca030.pdf>

Portugal-Presidência do Conselho de Ministros (2008), Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Diário da República, nº 47, I série de 6 de março de 2008.

Portugal, Sílvia; Nogueira, Cláudia (2010), "Se não o hospital, então onde? Respostas sociais para a desinstitucionalização da doença mental", in Fontes, Breno; Fonte, Eliane Maria Monteiro da (orgs), *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 223-253.

OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), *Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera*. Coimbra: Mar de Palavras.

Tenório, Fernando (2002), "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito", *História, Ciências, Saúde*, 9 (1), 25-59.

Vidal, Carlos Eduardo Leal *et al.* (2008), "Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos", *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 70-79.

Yasui, Sílvio; Costa-Rosa, Abílio (2008), "A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental", *Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 27-37.