



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LILIAN DA SILVA COSTA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE O BRASIL E A REPÚBLICA DA IRLANDA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2016

LILIAN DA SILVA COSTA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE O BRASIL E A REPÚBLICA DA IRLANDA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Sinara Vera

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2016

LILIAN DA SILVA COSTA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE COMPARATIVA
ENTRE O BRASIL E A REPÚBLICA DA IRLANDA**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Sinara Vera (Orientadora)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof.^a Dr^a Vânia Sampaio Alves

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Psicólogo Rover Fawcett Leal Llerena

Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Faculdade Ruy Barbosa

Psicólogo no CAPS e CREAS, Santo Antônio de Jesus - BA

Leiam tanta poesia quanto literatura científica. Permitam-se atravessar fronteiras de conhecimento para ponderar outras maneiras de pensar, de fazer e de compreender a vida que compartilhamos para melhor exercer sua clínica, a arte do cuidar, planejar, gerir, pesquisar e ensinar.

José Gomes Temporão.

AGRADECIMENTOS

Louvai ao Senhor, porque ele é bom; porque a sua benignidade dura para sempre (Salmos 107:1).

À Deus, o qual tem concedido à mim infinitamente mais do que poderia sonhar. Esteve comigo durante toda essa trajetória; Ele é o meu cuidador.

Aos meus pais, Joel e Lucia, que me sustentaram em oração, amor e provisão. Vocês são minha maior referência. Aprendi o sentido do cuidar e do amor ao próximo na observação de seus atos. Levarei seus ensinamentos comigo para sempre.

Agradeço aos meus sobrinhos, Sarah e Samuel por todo carinho, abraços e sorrisos que acrescentam à minha vida.

I thank Daniel for being understanding and helpful. Your presence in my life turned this challenge into a more enjoyable experience.

Com muito amor, agradeço aos meus queridos irmãos, Joel Elias, Luciana e Lícia pelo incentivo e cumplicidade. A nossa união é refúgio de paz e comunhão.

Sou grata aos meus cunhados, Jorge por todo apoio e valiosas orientações, Dani e Rodolfo pela motivação. É uma alegria tê-los em minha vida.

Agradeço também aos demais familiares e amigos, sobretudo tia Noemi e tia Raquel por se importar e contribuir com a minha felicidade e bem estar.

Minha admiração e agradecimento à Prof^a Mestre Sinara Vera, pelos ensinamentos e por colaborar efetivamente com a minha formação.

À minha amiga-irmã Jaqueline, pelo companheirismo e força, e àqueles que compartilharam comigo do privilégio e desafio de residir à Casa de Estudantes da UFRB no Centro de Ciências da Saúde.

RESUMO

As políticas públicas estão voltadas para as áreas fundamentais de vida da população como: saúde, educação e segurança. No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental aborda um novo modelo de atenção à saúde mental com propostas de criação de serviços de base comunitária, substitutivos aos leitos em hospitais psiquiátricos. Devido às características políticas e governamentais da União Europeia, na Irlanda, as políticas públicas de saúde sofrem grande influência de organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde. Atualmente, *A Vision for Change* é a principal política que orienta os serviços e atenção à saúde mental na Irlanda. Objetivou-se comparar as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da República da Irlanda. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. As principais fontes de dados utilizadas foram a política de saúde mental de ambos os países estudados. Em adição às informações, empregou-se o uso de protocolos, diretrizes e artigos acadêmicos, selecionados por relevância das informações, analisados por meio de leitura integral. Como forma de garantir a promoção da saúde, o cuidado integral e a reinserção social, a política de saúde mental do Brasil preconiza a participação da família no processo terapêutico do paciente e o desenvolvimento e integração entre serviços de saúde como: Centros de Atenção Psicossocial, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, Unidades de Acolhimento, Leitos em Enfermarias Psiquiátricas de Hospital Geral e atendimento de urgência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Na Irlanda, a política de saúde mental almeja garantir o acesso à saúde mental para todos os grupos sociais com qualidade. Entre as diretrizes sugeridas por essa política estão: integração do usuário e cuidador na tomada de decisão, atendimento em serviço de base comunitária, modernização dos serviços, educação permanente dos profissionais, integração de serviços de saúde mental com a Atenção Primária à Saúde, criação de Equipes de Saúde Mental na Comunidade, dentre outros. A Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e a *A Vision for Change* conferem orientações relevantes na melhoria da qualidade dos serviços, da assistência e das condições de vida dos seus usuários, entretanto, o financiamento insuficiente, interesses de mercado sobre a saúde e a gestão deficiente, causam entraves e retardo no processo de implantação e avanço das políticas públicas de saúde mental. A participação e controle social são fundamentais na construção de políticas públicas, na busca pela garantia dos direitos adquiridos e na avaliação das ações implementadas.

Palavras-chave: Política de Saúde; Saúde Mental; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Public policies are focused on key areas of people's lives such as health, education and security. In Brazil, the Mental Health National Policy contains a new model of mental health care with proposals for community-based services, as opposed to beds in psychiatric hospitals. Due to governmental policies and European Union regulations, the public health policies in Ireland are greatly influenced by international organizations like the United Nations and World Health Organization. Currently, A Vision for Change is the main policy that guides mental health care and services in Ireland. This study aimed to compare the public mental health policies in Brazil and the Republic of Ireland. It is a comparative literature review. The main data sources used were the Irish and Brazilian mental health policies. Additionally, relevant protocols, guidelines and academic papers were analyzed. In order to ensure the promotion of health, full care and social rehabilitation of patients, Brazilian mental health policy advocates family involvement in the therapeutic process, as well as the development and integration of health services. This includes: Psychosocial Attention Centre, Primary Health care, Therapeutic Residences Services, Return Home Program; Home Units, beds in Psychiatric and General Hospitals, and emergency care by the Mobile Emergency Service. In Ireland, the mental health policy aims to ensure access to quality mental health care for all social groups. Among the guidelines suggested by this policy are: user and caregiver co-operation in decision-making, care in community-based services, modernization of services, continuing education for professionals, integrating mental health services with primary health care, and creating Mental Health teams in the Community. The National Policy on Mental Health of Brazil and The Vision for Change provide admirable guidance on improving the quality of services, care and living conditions of its members, however, insufficient funding, interests about the market of health and deficient mental health service management, are barriers which delay the implementation process and advancement of mental health public policies. Participation and social control are critical in building public policies which strive to guarantee human rights and the continuing evaluation of implemented actions.

Keywords: Health policy; Mental Health; Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
AVFC	A Vision for Change
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CMHT	Community Mental Health Team
GP	General Practitioner
HSE	Health Service Executive
MHCIRL	Mental Health Commission Ireland
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UAi	Unidade de Acolhimento infanto-juvenil
UE	União Europeia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Reorientação da Assistência em Saúde Mental no Mundo	10
2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	11
2.3. Saúde Mental na Irlanda	13
2.3.1 Aspectos Epidemiológicos e Políticos Sobre a Saúde Mental na Irlanda e Europa	14
3. MÉTODO	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4.1 LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	18
4.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	20
4.1.3 Saúde Mental na Atenção Básica	22
4.1.4 Integração da Família	22
4.1.5 Leitos em Enfermarias Psiquiátricas de Hospital Geral	23
4.1.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	24
4.1.7 Programa de Volta para Casa	25
4.1.8 Unidades de Acolhimento (UA)	26
4.1.9 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	27
4.2 POLÍTICA E LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA IRLANDA	27
4.2.1 O Acesso ao Serviço Público de Saúde na Irlanda	28
4.2.2 Os Serviços de Atenção à Saúde Mental na Irlanda	30
4.2.3 <i>A Vision for Change</i> e suas Diretrizes	34
4.2.4 Equipes de Saúde Mental na Comunidade - CMHTs	40
4.2.5 COMPARAÇÃO ENTRE AS POLITICAS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL E DA REPUBLICA DA IRLANDA	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por política pública o conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com a participação ou não da sociedade, visando garantir os direitos sociais previstos em lei. As políticas públicas estão voltadas, sobretudo para a educação, saúde, segurança, habitação, transporte, renda e segurança alimentar (SANTOS, 2008).

A Constituição Federal do Brasil afirma que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, a qual deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No Brasil a política que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal estratégia na busca pela garantia à saúde para a população. O sistema público de saúde no Brasil constitui-se como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

Na República da Irlanda, as políticas de saúde Irlandesa são influenciadas pela evolução político-social em nível internacional. A Organização das Nações Unidas (ONU), através da Organização Mundial da Saúde (OMS), desempenha importante papel no sentido de incentivar os seus membros a estabelecer padrões para cuidados de saúde e prevenção de doenças e para melhorar a expectativa de vida da população na União Europeia (UE) (HARVEY, 2007).

No passado, as políticas de saúde não representavam uma prioridade para o Estado Irlandês, entretanto, com a criação do documento *Social Security*, em 1949, estabeleceu-se um planejamento para a promoção do bem-estar da população e um serviço nacional de saúde universal. Atualmente o Departamento de Saúde e da Infância é responsável pelas políticas de saúde, ao passo que, a gestão dos serviços de saúde pública está atribuída à Agência de Execução de Serviços de Saúde (*Health Service Executive - HSE*) (HARVEY, 2007).

No presente trabalho, objetivou-se comparar as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da República da Irlanda através da revisão de literatura, considerando a seguinte pergunta de pesquisa: “quais as semelhanças e diferenças estruturais entre as políticas públicas de saúde mental do Brasil e da República da Irlanda”?

Justifica-se a realização deste estudo baseada na expectativa de conhecer a maneira como a saúde mental é compreendida e abordada em diferentes nacionalidades, devido à possibilidade de aprendizado através das diversas estratégias implementadas com a finalidade de promover a melhoria das condições de saúde mental do seu povo.

Este trabalho teve como motivação para definição da temática a experiência da pesquisadora no período de 2014-2015 no programa de mobilidade acadêmica internacional denominado “Ciência Sem Fronteiras”, no Waterford Institute of Technology – Irlanda.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para conhecer o processo de desenvolvimento das políticas e estratégias em saúde no Brasil e na Irlanda, foi necessário contextualizar historicamente a temática. Dessa maneira, é possível compreender mais facilmente a situação da saúde mental no passado, as mudanças e avanços gerados através das ações empregadas, a situação atual e os desafios futuros.

2.1 Reorientação da Assistência em Saúde Mental no Mundo

O desenvolvimento da psiquiatria, primeira especialidade médica, surgiu como uma estratégia de expansão do conhecimento e de mudança social, aspectos marcantes da Europa do século XVIII. A criação dos hospícios teve como principal objetivo controlar o louco através de medidas disciplinares. Neste momento da história da psiquiatria, ela foi também designada como alternativa para o controle e tratamento de grupos sociais que pudessem ameaçar a ordem local. Deficientes físicos, idosos e mendigos faziam parte desse grupo, entretanto, com o fim da II Guerra Mundial, as teorias e métodos utilizados nas práticas psiquiátricas passaram a ser amplamente discutidos e criticados (ALMEIDA, 2009).

Os hospitais psiquiátricos não conseguiam prover os cuidados necessários aos seus pacientes devido à superlotação, o número insuficiente de profissionais e trabalhadores, a ineficácia dos tratamentos oferecidos ou até mesmo a inexistência de um plano terapêutico. Na Inglaterra, França e Estados Unidos e em outras partes do mundo, foram implementadas ações socioterápicas no tratamento de transtornos mentais. A partir dessa nova abordagem, o objetivo da psiquiatria passou a ser a saúde mental, e não mais a doença mental (RIBEIRO, 2004).

A desinstitucionalização da loucura surgiu na Itália, através de Franco Basaglia em 1961. Este movimento constituiu-se como importante passo para a transformação do sistema psiquiátrico mundial. Basaglia se opunha aos métodos de isolamento, de repressão e violência aos quais os pacientes psiquiátricos eram submetidos. A partir de então, a doença mental passa a ser

entendida como algo que se sobrepõe ao conhecimento médico, o qual condiciona o paciente apenas às abordagens técnicas (FONTE, 2012).

A partir da Reforma Psiquiátrica, outras questões passaram a ser consideradas na abordagem à saúde mental como: a junção com a justiça, aspectos socioeconômicos, a negação da psiquiatria como saber absoluto por parte da ciência e finalmente a compreensão de que todos os profissionais devem contribuir com o empoderamento do sujeito e na organização dos serviços (VALVERDE, 2010).

A principal ideologia de Basaglia consistia na desinstitucionalização do sujeito e a territorialização dos cuidados de saúde. Para que o objetivo fosse efetivamente atingido, era necessário substituir o modelo biomédico centrado na doença, por um modelo de práticas que relacione o tratamento, a reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados (VALVERDE, 2010).

2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início a partir da década de 70 e é paralelo à Reforma Sanitária. Estes movimentos sociais surgiram a partir da necessidade de modificação no âmbito da gestão e práticas em saúde, bem como da expansão no acesso dos usuários tanto aos cuidados de saúde, quanto da sua participação e poder decisório nos processos administrativos e de tecnologias em saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, a Reforma Sanitária atribuiu à saúde a definição de Política Pública. Neste aspecto, os protagonistas do contexto da saúde mental, nomeadamente profissionais e usuários, sentiram-se motivados à luta pela efetivação dos seus direitos, os quais merecem sua representatividade nos espaços e decisões que os atingirão diretamente. A partir disso, foi gerado o então movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir do fortalecimento e entendimento dos indivíduos inseridos na esfera da saúde mental sobre seus direitos (TRABUCO; SANTOS, 2015).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que surgiu por volta de 1978, realizou inúmeras mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos, denúncias contra o mercado econômico existente

nesses hospitais, e destacou-se pela luta em favor da melhoria das condições de trabalho e pela ampliação ambulatorial (BRASIL, 2005).

Através das críticas e exigências feitas pelo MTSM e motivadas pelos ideais de Franco Basaglia, idealizador da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou mais força. Ainda na Itália, houve a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos e comunitários. Neste momento da história, o transtorno mental começou a ser entendido como um processo que apresenta características biológicas, mas também sociais e psicológicas (TRABUCO; SANTOS, 2015).

No ano de 1987, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru – São Paulo, que teve como tema principal a adoção de uma sociedade sem manicômios. No mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro. Concomitante à este período surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, serviço criado como estratégia de substituição aos hospitais psiquiátricos, sendo o CAPS um serviço aberto e destinado a pacientes com transtornos graves e persistentes (MATEUS, 2013).

A partir de 1989, o município de Santos inicia uma grande movimentação em direção ao processo de Reforma Psiquiátrica, tornando-se um exemplo para os demais municípios e estados brasileiros. Além do fechamento do hospital psiquiátrico do município, foi criada uma rede de CAPS e implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com atendimento 24 horas por dia, além da criação de residências para as pessoas que deixavam os hospitais, associações e cooperativas (BRASIL, 2005).

Em 1986 acontecia a VIII Conferência Nacional de Saúde, deixando como legado a instituição da saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”, reconhecendo assim a necessidade de instituir-se a universalidade do acesso à saúde, e a criação em 1990 do Sistema Único de Saúde - SUS (DELGADO, 2011).

No ano de 1989, foi entregue ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, o qual dispõe sobre os direitos dos indivíduos com transtornos mentais e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e leitos manicomial. Após doze anos de intensos debates e algumas alterações, o projeto de lei resultante foi aprovado como lei

nº 10.216, a partir da qual se originou também a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002; DELGADO, 2011).

2.3. Saúde Mental na Irlanda

Registros sobre o passado da saúde mental na Irlanda informam que em geral os indivíduos com transtornos mentais recebiam cuidados em casa pela própria família e pela comunidade. Apesar disso, a Irlanda também é considerada um dos países pioneiros no cuidado à pessoa com transtorno mental, tendo-os implementados já no período a.C. e nos primeiros anos do Cristianismo. A proteção contra o abuso e a exploração dessas pessoas, estava entre os principais cuidados a eles empregados (IRELAND, 2006).

O surgimento dos primeiros serviços de saúde na Irlanda aconteceu a partir do século XVIII, através de serviços voluntários, filantrópicos e privados. O primeiro hospital foi criado na década de 1720, com iniciativa de médicos e da população que identificou a necessidade de se construir um hospital que pudesse atender às necessidades em saúde, principalmente, dos mais pobres, sendo financiado através de doações (HARVEY, 2007).

O Hospital de São Patrício foi o primeiro hospital psiquiátrico na Irlanda, criado em 1746, tendo recebido seus primeiros pacientes em 1757. A instituição denominada *Richmond* foi o primeiro asilo para loucos, inaugurado em 1815. O programa de construção de asilos seguiu como principal estratégia em saúde mental na Irlanda até o século XIX (IRELAND, 2006).

O desenvolvimento de políticas de saúde mental na Irlanda iniciou com a criação de asilos nos séculos XIX e XX, direcionadas à hospitalização. Na década de 1950, haviam por volta de 21 mil pacientes institucionalizados, reduzindo-se este contingente gradualmente com auxílio da diminuição da criação de novos hospitais e do decréscimo da oferta de leitos através de políticas de saúde instituídas a partir da década de 1980. Destacam-se neste momento a busca pela desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, associada à introdução das terapias medicamentosas, ocupacionais, de reabilitação e integração social (NORRIS, 2016).

A atual Política Nacional de Saúde Mental Irlandesa intitulada como *A Vision for Change* (AVFC), que em tradução literal para o português quer dizer

Uma Visão para a Mudança, foi publicada em 2006 com implementação integral prevista inicialmente até 2016. Esta política tem como objetivo a orientação dos serviços de saúde e seus componentes, descrevendo os passos para a promoção e cuidados adequados à saúde mental, através de uma assistência profissional qualificada, de participação social e fácil acesso dos indivíduos com transtorno mental. A *Vision for Change* sugere uma visão holística da doença mental e propõe uma abordagem multidisciplinar integrada. O desenvolvimento desta política contou com contribuição de uma equipe formada por diferentes áreas profissionais, gestores especializados em serviços de saúde, pesquisadores, instituições voluntárias e representantes dos usuários dos serviços (GOVERNMENT OF IRELAND, 2012).

O *Health Service Executive* – HSE, ou em português Agência de Execução de Serviços de Saúde, corresponde ao sistema público de saúde irlandês, oferecendo atenção à saúde mental utilizando diferentes tipos de serviços, tanto na comunidade, quanto suporte hospitalar. No decorrer de vinte anos, a implantação desses novos serviços tem gerado mudanças substanciais no perfil de saúde mental da população irlandesa. Essas mudanças são impulsionadas principalmente pela modificação do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção voltado para a assistência na comunidade e até mesmo na própria residência dos pacientes. Entre os serviços oferecidos estão: Serviço de Saúde Mental para Idosos; Saúde Mental na Atenção Básica; Serviço de Saúde Mental para pessoas desabrigadas; Serviço de Saúde Mental para pessoas com Comorbidades; Serviço de Saúde Mental para pessoas em situação de consumo excessivo de substâncias psicoativas; Serviço de Saúde Mental para pessoas com distúrbios alimentares (GOVERNMENT OF IRELAND, 2012).

2.3.1 Aspectos Epidemiológicos e Políticos Sobre a Saúde Mental na Irlanda e Europa

Segundo o *Central Statistics Office* (2014), no último censo realizado em 2011, a Irlanda apresentou uma população de 4,6 milhões de habitantes. A cidade de Dublin, capital do país, apresentou a maior população com 527.600

habitantes, seguido pela cidade de Cork com 399.800 habitantes. Globalmente, no ano de 2011, a média da idade da população irlandesa foi de 34 anos.

Na última década, a taxa de mortalidade entre a população Irlandesa tem diminuído substancialmente, com a mesma velocidade a expectativa de vida tem se elevado. Entre os anos de 2002 e 2011, a mortalidade causada por doenças do sistema circulatório diminuiu em aproximadamente 36%, e a mortalidade por câncer em 8%. As estatísticas evidenciam que a mortalidade causada por acidentes no trânsito foi reduzida em quase 60% nos últimos 10 anos e a mortalidade infantil em 30%. É importante ressaltar que, em sua maioria, doenças e mortes precoces são de causas evitáveis, e a elevação da morbimortalidade está diretamente relacionada a determinantes de estilo de vida como tabagismo, consumo prejudicial de bebidas alcoólicas, sedentarismo e obesidade (GOVERNMENT OF IRELAND, 2012).

Na última década, a morte por doenças cardiovasculares e causas externas tem diminuído, entretanto, o índice de suicídio tem se tornado cada vez mais preocupante. No ano de 2011, por exemplo, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito na Irlanda foi de 180 mortes a cada 100.000 habitantes (3,9%), estando abaixo das causas de morte por autolesão/suicídio, nas quais foram registradas 525 mortes a cada 100.000 habitantes (11,5%) (GOVERNMENT OF IRELAND, 2012; CENTRAL STATISTICS OFFICE, 2014).

O índice de pessoas acometidas por transtornos mentais na Europa tem aumentado consideravelmente. Atualmente, cerca de 11% da população (50 milhões de cidadãos) apresenta alguma doença mental. Em alguns Estados-Membros da União Europeia a depressão apresenta-se como o problema de saúde de maior prevalência e, o suicídio, como a maior causa de morte. A cada ano, cerca de 58.000 pessoas cometem suicídio, onde, 3/4 dessas são homens. Alguns países membros da UE apresentam maior taxa de suicídio entre homens no mundo (PORTUGAL, 2008).

Assim como o suicídio, os demais problemas de saúde mental podem oferecer sofrimento para a pessoa com transtorno mental, para a família, pessoas do convívio social e gera preocupação para as entidades governamentais e de saúde. Desta forma, Estados-Membros da UE e suas lideranças propõem o enfrentamento das complexidades em torno da saúde mental, a fim de gerar qualidade da saúde mental desenvolvendo ações de

prevenção e apoio para as pessoas que convivem com algum tipo de transtorno, para os familiares além de suporte médico e social (PORTUGAL, 2008).

Em 2008, acontecia em Bruxelas a Conferência Europeia de Alto-Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar”. Através deste encontro e entendendo as necessidades em saúde mental desta parcela da população mundial, foi lançado o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar da UE. Este documento visa estimular os Estados-Membros da UE ao desenvolvimento de ações que diminuam problemas comuns em saúde mental. Para tal, foram indicadas cinco áreas prioritárias, sendo estas: Prevenção da Depressão e Suicídio; Saúde Mental na Juventude e Educação; Saúde Mental no Local de Trabalho; Saúde Mental dos Idosos e Combate ao Estigma e a Exclusão Social (PORTUGAL, 2008; EUROPEAN PARLIAMENT, 2015).

Criado em 2013, pela OMS, o Plano de Ação para a Saúde Mental propõe quatro metas globais a serem alcançadas até 2020. A meta global um sugere que 80% dos países deverão ter implementado ou aperfeiçoada suas respectivas políticas de saúde mental, respeitando aspectos sobre os direitos humanos a nível internacional e regional. Além disso, 50% dos países devem ter instituído ou aprimorado suas leis de saúde mental, também observando e respeitando questões sobre os direitos humanos no contexto internacional e regional. A meta global dois recomenda a oferta e aumento de 20% de serviços que atendam pessoas com transtornos mentais graves (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; COMISSÃO EUROPEIA, 2016).

A continuidade das metas se deu pela proposta da terceira meta global, que sugere duas iniciativas. A terceira é solicitado que 80% dos países membros da OMS estabeleçam, ao menos, dois programas para a promoção e prevenção em saúde mental, e que a taxa de suicídio seja reduzida em 10%. A última meta global solicita que 80% dos países parceiros façam coleta e divulgação frequente de, no mínimo, um conjunto de indicadores sobre saúde mental a cada dois anos, com seus próprios sistemas de informação em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; COMISSÃO EUROPEIA, 2016).

3. MÉTODO

Este trabalho é uma análise documental. Segundo Pimentel (2001), neste método são utilizados documentos como fonte mais relevante do estudo, onde são realizadas análises detalhadas do material, organizando e examinando as informações colhidas, de modo a respeitar os objetivos do trabalho.

A análise documental busca gerar ou rever conhecimentos prévios e promover novas alternativas de análise dos acontecimentos. É necessário que os dados observados no documento sejam expostos, entretanto, essas informações isoladamente não conferem sentido ao estudo. Dessa forma, a elucidação, resumo e, quando possível, apresentação de conclusões sobre o material de referência constitui-se como etapas deste estudo (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Foram utilizadas como principais fontes de dados a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e o documento intitulado *A Vision for Change* – Política Nacional de Saúde Mental da República da Irlanda. Os resultados expostos neste trabalho foram extraídos de ambas as políticas, observadas estratégias como a criação de serviços e programas de saúde, instituídos com o objetivo de efetivar tais políticas públicas.

Para o melhor entendimento e suplementação de informações sobre a necessidade de criação destes documentos, seu desenvolvimento, efetivação e implicações, lançou-se mão de diferentes documentos tais como protocolos, diretrizes e também de artigos acadêmicos. As demais referências foram selecionadas com base na relevância das informações, analisadas por meio da leitura integral destes.

Os dados coletados foram analisados de maneira comparativa e, previamente categorizados por similaridade e discrepância. A partir desta etapa, foi possível selecionar as características a serem descritas a seguir neste trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 LEGISLAÇÃO E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição Federal do Brasil de 1988, viabiliza a criação de políticas de saúde, dentre elas a de saúde mental. Com a propagação da reformulação da psiquiatria ao redor do mundo, mas, sobretudo, seguindo as orientações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas de 1999, o Brasil, sob a representação do Ministério da Saúde, institui uma nova política de saúde mental. Essa política transfere de forma sistematizada os recursos da assistência psiquiátrica centrada nas internações hospitalares, para uma nova configuração dos serviços pautada no ideal de cuidado de base comunitária (CALDAS; NOBRE, 2012).

A partir da década de 1990, os resultados de movimentos políticos e sociais ocorridos na década anterior começaram a surtir efeito. Na perspectiva da saúde mental, após quase dez anos de tramitação e de algumas alterações em seu projeto original, é sancionada pelo Congresso Nacional a Lei nº 10.216/2001 que visa assegurar os direitos das pessoas que convivem com algum transtorno mental, bem como a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Desta forma, o que inicialmente era representado por uma tentativa de reforma do modelo de assistência à saúde, resulta dentre outros, a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013).

O novo modelo assistencial implantado pelo Brasil sugere um padrão de atenção comunitária, pública, territorializada e, ao mesmo tempo, propõe a reorganização dos serviços hospitalares especializados em saúde mental com o intuito de torná-los mais humanizados (MATEUS, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental é formada por diretrizes que visam modificar as práticas em saúde mental, promover a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e oferecer de maneira qualificada serviços de base comunitária. Portanto, suas principais diretrizes são a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico e a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A efetivação dessas diretrizes é garantida por intermédio da elaboração

de estratégias, recomendadas através de portarias e decretos nacionais (BRASIL, 2011).

A partir da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, o paciente psiquiátrico pode enfim ter o direito à assistência à saúde assegurado e de forma humanizada. Além disso, é reforçado o combate à exploração e dado ênfase ao direito desse paciente à informação sobre sua condição de saúde (BRASIL, 2001).

A mesma lei sugere que a pessoa que necessita de assistência em saúde mental seja atendida em serviços comunitários, semelhantes ao modelo de hospital-dia. Esses serviços devem ser ofertados pelo governo, desfazendo a hegemonia lucrativa dos serviços privados, até então, dominantes em relação à oferta de serviços hospitalares em psiquiatria e que, repetidamente negligenciou o cuidado adequado aos seus usuários a fim de angariar mais recursos advindos do governo (BRASIL, 2001).

A partir dessa lei, que teve como idealizador o então Deputado Paulo Delgado, as internações passaram a assumir três categorias. As internações voluntárias são feitas por meio do assentimento do próprio paciente; as internações involuntárias não necessitam de assentimento do paciente; as internações compulsórias são viabilizadas através de uma iniciativa judicial. Cabe ao Ministério Público o controle das internações involuntárias e compulsórias, o qual deverá ser informado em até 72 horas após efetivação dessa conduta. É de atribuição também deste órgão, o controle e garantia dos direitos das partes participantes desse processo (BRASIL, 2001).

Como estratégia para a substituição dos leitos hospitalares por serviços próximos da comunidade, então preconiza pela lei supracitada, foram estabelecidos os Centro de Atenção Psicossocial, através da portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro e 2002. É importante ressaltar que a RAPS é composta por diferentes serviços substitutivos que procuram oferecer atendimento para as diversas necessidades em saúde mental. É de sua atribuição a conexão entre pacientes e os dispositivos necessários para o atendimento efetivo dessas pessoas. Essa rede está inserida no SUS e, além do CAPS e outros serviços, é formada por residências terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento e leitos em Hospitais Gerais e em CAPS III (COSTA; FIGUEIREDO, FREIRE, 2014).

Além das mudanças esperadas pela implantação das diretrizes citadas anteriormente, o governo brasileiro vislumbra fortalecer a participação da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde mental, garantir a efetivação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, estimular a participação do usuário e sua família no processo terapêutico e na tomada de decisão, promover a atenção adequada ao louco em conflito com a lei e viabilizar a implementação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (BARROS; SALLES, 2011).

4.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

A portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, é o documento que estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. O CAPS apresenta característica ambulatorial, de funcionamento diário e territorializado. Este serviço deve atender pacientes que apresentem transtornos mentais severos e persistentes, com tratamento definido previamente como intensivo, semi-intensivo e não intensivo segundo frequência do acompanhamento (BRASIL, 2002).

O CAPS apresenta-se em três modalidades as quais se diferem, sobretudo, na estrutura física, recursos humanos e atendimento terapêutico. Os CAPS I e II atendem diariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS III presta atendimento à população referenciada, adultos, sete dias da semana em turno diurno e noturno, e a pessoas que convivem com transtorno mental severo e persistente. O CAPSi atende pessoas na infância e adolescência com transtornos mentais em turno diário. O CAPSad atende pessoas com transtornos psiquiátricos relacionados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas e, possui leito temporário destinado à desintoxicação do usuário (BRASIL, 2004).

Esta categoria de serviço tem como principal proposta a modificação do modelo de atenção em saúde mental hospitalocêntrico para um aspecto psicossocial. Através desse novo padrão de reorientação da assistência, o sujeito do cuidado passa a ser o indivíduo, o qual faz parte de um contexto social, com acesso a serviços estruturados em redes de atenção e que contemplem suas reais necessidades em saúde (NASI, SCHNEIDER, 2011).

O CAPS foi criado com o objetivo de ofertar aos pacientes com transtorno mental o acolhimento necessário em um serviço de saúde mental, instigar a integração familiar e participação na sociedade, criar mecanismos de suporte, de cuidados de saúde que atendam às suas reais necessidades. Ele busca promover um espaço de socialização e cultura no território de vivência diária do sujeito, onde mantém sua rede de relações, tanto familiar como de com outras parceiras (BRASIL, 2011).

O tratamento de cada pessoa é realizado primeiramente, com a criação de um projeto terapêutico individualizado, levando em consideração as questões particulares de cada pessoa, pensando tanto no momento de integração ao serviço quanto na sua rotina externa. Esse projeto terapêutico deve ser criado em parceria com o paciente, considerando suas reais necessidades e possibilidades de atingir os objetivos propostos. Se a pessoa não desejar permanecer sob o acompanhamento do CAPS, ou apresente alguma impossibilidade natural para isso, ela deverá ser indicada para outro serviço mais apropriado (RIBEIRO, 2009).

Se alguém vivencia uma situação de isolamento, ela poderá também ser atendida em sua residência, pelo profissional, de forma que isto seja articulado com a equipe de saúde da família de sua área de abrangência. Desta forma, é importante que, quando houver diversas unidades do CAPS em um mesmo local, priorizar o serviço que for mais próximo do ambiente residencial do paciente. Quanto aos medicamentos, o próprio serviço gerencia a entrega e administração dos fármacos, avaliando o perfil do paciente e o plano terapêutico do mesmo (BRASIL, 2013).

Outro disposto ofertado pelo CAPS são as oficinas terapêuticas, que é uma estratégia terapêutica ofertada pelo CAPS. Essas oficinas são realizadas em grupos de usuários sob o acompanhamento de um ou mais profissionais do serviço, usuários e colaboradores eventuais. Nas oficinas podem ser realizadas diversas atividades, observando o interesse e solicitação dos usuários para a criação das oficinas. As oficinas proporcionam a reintegração social, estreitamento das relações familiares, aperfeiçoamento de habilidades e compreensão sobre seu papel na sociedade e coletividade (BRASIL, 2011).

4.1.3 Saúde Mental na Atenção Básica

A portaria n.º 154/2008 estabelece a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa iniciativa objetiva dividir a responsabilidade sobre a saúde da população entre o NASF e as Equipes de Saúde da Família, adaptando a lógica de transferência entre setores para a continuidade na perspectiva da APS. Nessa perspectiva, o CAPS podem integrar equipes destinadas ao cuidado em saúde mental, que integrem tanto o CAPS quanto o NASF, podendo cada uma trabalhar com no máximo 9 equipes de Estratégia da Saúde da Família ou na APS de modo geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A ideia de promover a capacitação de profissionais de atuação na APS segue a lógica de matriciamento, na qual duas ou mais equipes de saúde se juntam em um processo de compartilhamento do planejamento terapêutico e de trabalho entre equipes de saúde da família e de saúde mental (BRASIL, 2011).

Na efetivação do apoio matricial, as equipes de atuação na atenção básica podem contar com a integração de diferentes categorias e áreas de atuação, de maneira que as práticas tornem-se mais resolutivas e que haja maior articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

4.1.4 Integração da Família

No novo processo do cuidar, considerando o que a política de saúde mental tem preconizado a família, que antes era considerada como fator estressor para os transtornos mentais agora, representa figura fundamental na concretização do cuidado. A família é um dos principais aliados no cuidado da pessoa que apresenta necessidades em saúde mental, mas é necessário que esta seja observada como dependente de um olhar mais humanizado, pois, também necessita de cuidados de saúde (BESSA; WADMAN, 2013).

É importante levar em consideração o que está estabelecido em políticas para o cuidado integral, o qual perpassa pela família. Entre essas políticas de cunho social, que ressaltam a coletividade, a integração familiar e comunitária encontra-se o CAPS. No CAPS é reforçada a ideia de integração dos diversos

participantes no cuidado integral, buscando acolher, conhecer suas demandas, apoiar e oferecer cuidado necessário. Cuidar da família pode garantir a continuação do cuidado do familiar que apresenta o transtorno mental (SILVA; MONTEIRO, 2011).

Os profissionais de saúde devem estar atentos não apenas ao indivíduo com sofrimento psíquico, mas também como a família, avaliando e trabalhando juntamente com eles no que é demandado. A noção de recuperação direciona a atenção para o sujeito e não para a doença, contribuindo para que a pessoa aprenda a administrar e conviver com os sintomas. Aos familiares é relevante, para além do papel tradicional de família, que consigam superar o desafio de cuidar do familiar que apresenta necessidades peculiares (SOUZA et al., 2012).

Esses cuidadores vivem em situação de vulnerabilidade, uma vez que em situação de descontrole da doença crônica é requerido da família uma maior atenção e desgaste nesse processo. A família exerce diferentes funções no cuidado à pessoa com transtorno mental, sendo ela no convívio diário, ou na busca pelo acesso aos meios que possibilitarão melhorar a condição de vida do seu familiar como no acesso aos serviços de saúde planejamento terapêutico, solicitação por acompanhamento profissional e na aquisição de medicamentos (BESSA; WADMAN, 2013).

4.1.5 Leitos em Enfermarias Psiquiátricas de Hospital Geral

A portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 estabelece regulamentos que viabilizam o funcionamento de Serviço Hospitalar de Referência para o atendimento àquele que convive com algum transtorno mental, como também aos que apresentam demandas em saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A mesma portaria ainda inclui estes serviços à RAPS e orienta quanto ao financiamento dos mesmos (BRASIL, 2012).

No ano de 2005, quando foi instituído o financiamento, modalidades e equipes dos CAPS, em todo o Brasil apenas 3,7% dos leitos eram destinados à pacientes psiquiátricos. Esses leitos embora classificados como leitos de atenção integral em saúde mental, ainda eram pouco considerados na organização desses serviços (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

Essas unidades de internação hospitalar visam a assistência em condição de crise, em casos graves onde outras possibilidades são inexistentes e a situação oferece risco ao próprio indivíduo e/ou outras pessoa e por tempo limitado (BRASIL, 2012).

É preconizada a disponibilização de um leito para pacientes psiquiátricos a cada 23 mil habitantes. Para indivíduos que convivem com transtorno mental e com demandas geradas pelo uso de crack, álcool e outras drogas os leitos não podem ultrapassar 15% do total de leitos em Hospital Geral que possuam no máximo 30 leitos (BRASIL, 2012).

O internamento acontecerá com a apresentação das condições citadas acima, bem como, através de laudo médico, além disso, deve ser assegurado que o paciente terá atendimento multidisciplinar, nomeadamente por profissionais como: médico, assistente social e psicólogo (BRASIL, 2004).

Entre as dificuldades para efetivação dessa portaria estão o insuficiente apoio dos grupos que atuam na perspectiva antimanicomial, a associação dessa estratégia com o ideal médico centrista e de dissociação da participação social e o desconhecimento dos serviços hospitalares em implantar a proposta (MACHADO; COVERO, 2003).

4.1.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Entre os problemas na assistência à saúde mental no Brasil estão incluídos as más condições dos serviços de internação e urgências psiquiátricas e o número insuficiente de leitos. O preconizado é que todo serviço de urgência de grande porte, seja a nível local ou regional tenha um grupo de profissionais de saúde mental e leitos apropriados para o acolhimento e acompanhamento da evolução do paciente por no mínimo 48 horas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Dentro das diretrizes que visam criar serviços substitutivos para os hospitais psiquiátricos está a ampliação dos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, constituída por: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, hospitais, os CAPS (realizam acolhimento e assistência ao paciente em crise aguda), Unidades Básicas de Saúde, dentre outros. Essa decisão faz com que a

responsabilidade nessa circunstância seja compartilhada com todos os setores de prestação de cuidado em saúde, mas, sobretudo, com aqueles especializados no atendimento de urgência e emergência os quais, assim como todo outro serviço prestado pelo SUS, devem atender a todos, sem distinção (BRASIL, 2013).

Na realidade atual do sistema público de saúde, além da estrutura, os profissionais não são qualificados para o atendimento adequado dessas pessoas. Desta forma o SAMU, o qual é composto por profissionais capacitados para prestar o atendimento inicial ao paciente psiquiátrico em ambiente extrahospitalar, é ferramenta fundamental no encaminhamento ao serviço mais adequado para cada caso (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

É muito comum ainda hoje a cultura da condução de pacientes psiquiátricos aos serviços de urgência por meio de policiais, portando algemas, amarrados, de difícil controle e, até mesmo com lesões. O SAMU também é peça fundamental no primeiro atendimento ao paciente psiquiátrico em situação de urgência em todas os contextos, inclusive no atendimento à pessoas em condição de rua, em crise psicótica e que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

4.1.7 Programa de Volta para Casa

Este programa foi instituído pela lei nº 10.708/2003 e tem o intuito de colaborar para a reintegração social de pacientes que estiveram institucionalizados, em hospitais psiquiátricos ou de custódia por um longo período, ou que estiveram em residências terapêuticas. Esse recurso é viabilizado pelo pagamento mensal de auxílio ao próprio paciente por um ano, com possibilidade de ser renovado se a pessoa ainda não estiver preparada suficientemente para vivenciar uma reintegração social (VALADARES; SOUZA, 2013).

O benefício é outorgado caso a pessoa apresente perfil clínico e social minimamente compatível e que não necessite permanecer em uma unidade hospitalar. O beneficiário deve ser avaliado por uma equipe especializada no local, acompanhado da autorização do mesmo ou de um representante para a integração ao programa (BRASIL, 2003).

Aqueles que são beneficiados com o auxílio serão acompanhados constantemente por equipe a nível municipal, capaz de oferecer-lhe instrução e acompanhamento no processo de reinserção em seu contexto de relações familiares e social (VALADARES; SOUZA, 2013).

4.1.8 Unidades de Acolhimento (UA)

A Unidade de Acolhimento (UA) foi criada pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, a qual disponibiliza cuidados continuados em saúde, pelo período de 24 horas, em ambiente de perfil domiciliar. Este serviço faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, o qual oferta de abrigo transitório à pessoas que apresentam demandas geradas pelo consumo de álcool, crack e outras drogas. Esses espaços são considerados como residências, abertas e de permanência voluntária, disponibilizadas para pessoas que tem sido acompanhadas pelo CAPS, e que apresentam vulnerabilidade no âmbito familiar e/ou social, podendo necessitar de cuidado terapêutico acompanhado por algum tempo (BRASIL, 2015).

Essas unidades devem articular-se com a Atenção Básica, colaborando para no tratamento das pessoas assistidas, bem como, com o CAPS de referência que deve manter acompanhamento ininterrupto. Existem duas modalidades de UA. Uma delas é a UA destinado a acolher pessoas adultas do sexo feminino e masculino. Essas pessoas devem corresponder aos critérios anteriormente citados, podendo permanecer por 6 meses, seguindo um Projeto Terapêutico Singular, criado e avaliado pelo CAPS que o referenciou (BRASIL, 2013).

Outra categoria de UA infanto-juvenil (UAi), destinada à receber crianças de 10 a 18 anos de idade, que apresentam necessidades em saúde também secundárias ao consumo de álcool, crack e outras drogas. O cuidado é continuado, respeitando-se as diretrizes defendidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, e sua estadia na unidade é espontânea. Dentre outros, a UAi deve assegurar o direito de residir na unidade, mantendo as relações familiares e sociais por no máximo 6 meses, oferecendo a essas pessoas uma chance de vislumbrar e planejar novas perspectivas de vida (BRASIL, 2015).

4.1.9 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Essa categoria de serviços de caráter substitutivo ao modelo manicomial foi proposto através da portaria 106/2000. Os SRTs são locais de habitação criados para agregar e prestar cuidados a pessoas com necessidades psiquiátricas, os quais deixaram o hospital depois de um longo período e que não mantem contato social ou familiar que os auxilie no processo de reinserção social (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Dada a atual conjuntura e organização dos serviços de saúde mental, atualmente há no Brasil muitas pessoas que poderiam desfrutar desse benefício de reinserção social gradativa e qualificada. Em outros casos, alguns pacientes que não estiveram institucionalizados necessitam, por algum motivo, podem requerer este benefício (RIBEIRO; DIAS, 2011).

A composição dessas moradias deve apresentar de 1 até 8 moradores, os quais serão acompanhados por profissionais, que os atenderão de acordo com suas necessidades individuais. O acompanhamento profissional deve ser interdisciplinar, efetivado pelo CAPS, equipes de atuação na atenção primária ou outro colaborador, realizando a observação e intervenção a partir das demandas individuais e não apenas em atividades de cunho grupal. A equipe deve se manter conectada ao morador, mesmo que ele seja hospitalizado ou adquira um novo endereço (BRASIL, 2004).

4.2 POLÍTICA E LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA IRLANDA

Os serviços de saúde mental na Irlanda são orientados por intermédio de sua política de saúde mental e legislação. As leis que normatizam os serviços de saúde mental irlandês são: Lei de Tratamento Mental – *Mental Health Treatment*, de 1945; Lei da Saúde – *Health Act*, 1970 de menor implicação e a Lei de Saúde Mental – *Mental Health Act de 2001*, da qual originou-se a Comissão de Saúde Mental (COLLEGE OF PSYCHIATRY OF IRELAND, 2011).

A Lei de Saúde Mental de 2001 regulamenta a admissão e internamento involuntário de pacientes em serviços de saúde mental. Além disso, esta lei

visa assegurar o direito de obter instantaneamente a revisão da admissão involuntária, desta forma, o caso poderá ser avaliado por um tribunal especial denominado Tribunal de Saúde Mental (IREALND, 2001).

A lei supracitada busca, sobretudo, garantir ao paciente o direito de acesso a cuidados de saúde mental com qualidade, respeitando a individualidade de cada pessoa. Ela busca também manter o respeito e dignidade do usuário do serviço de saúde, observando a decisão do paciente frente aos cuidados e terapias estabelecidas, envolvendo o paciente na tomada de decisão juntamente com a equipe de profissionais (IRELAND, 2001).

Através da lei irlandesa de saúde mental é criada a *Mental Health Commission – MHCIRL* ou Comissão de Saúde Mental, que se responsabiliza pela fiscalização dessa categoria de serviços de saúde, garantindo que o paciente tenha o tratamento adequado e que seus direitos sejam resguardados. A atual conjuntura de saúde mental na Irlanda demonstra que a Lei e a política de saúde mental vigente têm buscado o avanço e a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e da assistência à saúde nesse contexto (IRELAND, 2001; HEALTH EXECUTIVE SERVICE, 2006).

A política de saúde mental irlandesa, *A Vision for Change*, corresponde ao principal instrumento norteador para a organização dos serviços de saúde mental na Irlanda. Este documento preconiza a construção e manutenção de uma rede atenção à saúde mental pautada na oferta de serviços qualificados, de fácil acesso e de base comunitária para aqueles que convivem com algum tipo de transtorno mental (KERIN, 2014).

4.2.1 O Acesso ao Serviço Público de Saúde na Irlanda

Os Cuidados de Saúde Primários são para muitos o primeiro contato com um serviço de saúde. Neste contexto, os pacientes são atendidos por um médico da família ou *General Practitioner (GP)*, que é a designação oficial para o médico que presta serviços de saúde aos pacientes em ambiente extra-hospitalar. O médico da família presta atendimento a pessoas com doenças agudas e crônicas, atua na prevenção, educação em saúde e, em alguns casos, em obstetrícia (IRELAND, 2006; CÁIRDE, 2007).

No ano de 2001, foi publicada pelo governo irlandês a política de incentivo ao desenvolvimento de serviços de cuidados primários intitulado como *Primary care – a new direction* ou Atenção primária - um novo rumo. Esta política propõe a ampliação da oferta de serviços de GP mediante equipes cooperativas e multidisciplinares em serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS). Além do GP, a equipe é formada por enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais, entre outros (IRELAND, 2001).

O HSE, que é o sistema público de saúde na Irlanda, garante à população atendimento em serviços na Atenção Primária mediante Centros de Saúde e Centros de Cuidados Primários. Em geral, é requerida à população uma quantia para o atendimento em serviços públicos de saúde, considerada como taxa de manutenção do serviço, entretanto, o governo irlandês garante o acesso gratuito em serviços de Atenção Primária mediante o sistema de Cartão de Visita GP (CÁIRDE, 2007).

Os serviços de saúde na Irlanda são ofertados pelo sistema público de saúde (Atenção Primária e serviços especializados), por serviços privados através do pagamento de seguros/planos de saúde, e por organizações voluntárias de trabalho comunitário. A estratégia de acesso gratuito à atenção básica pelo sistema de *General Practitioner* proporciona atendimento gratuito apenas para pessoas e famílias que apresentam algum tipo de vulnerabilidade, a qual impossibilita ou dificulta o pagamento deste tipo de serviço. Embora as normas de saúde da União Europeia preconizem o acesso gratuito na Atenção Primária, dois terços da população Irlandesa ainda deve pagar pelo atendimento nesta categoria de serviço de saúde (HARVEY, 2007).

O sistema público de saúde da Irlanda (HSE) ainda oferece atendimento em outras áreas mediante o *Medical Card* – Cartão de Saúde, que pode ser válido tanto individualmente quanto para os membros de uma família, para tal, é necessário que os dependentes tenham residência ou planejam morar na Irlanda por mais de um ano (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2014; HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2015).

Para que o Cartão de Saúde seja disponibilizado, o solicitante deve passar por uma avaliação de recursos onde será observado quanto a pessoa, casal ou parceiros podem gastar semanalmente. O HSE avaliará as condições de vida, moradia, despesas com educação e lazer, e, caso o *Health Service*

Executive conclua que a renda, mesmo associada ao cônjuge seja insuficiente, será disponibilizada assistência mediante *Medical Card* (MCDAID, 2009).

O solicitante do cartão médico deverá preencher um formulário e escolher um dos médicos que estejam na lista de médicos que integram um dos centros de saúde da área de abrangência do paciente. Após este preenchimento, o médico deverá avaliar o pedido, dar o parecer e assinar o formulário, caso aceite prestar atendimento à esta pessoa. É necessário que o solicitante comprove sua renda através de documento disponibilizado pela Previdência Social e pelo empregador (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2014).

O cartão médico garante o acesso e aquisição gratuita de: atendimento pelo médico da família; medicamentos que estejam na lista de drogas ofertadas pelo governo, podendo também solicitar ajuda de custo para aqueles que não estão na lista; atendimento hospitalar; alguns serviços odontológicos, oftalmológicos e auditivos; aparelhos; obstetrícia e acompanhamento até o sexto mês pós-parto (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2014).

Na atenção primária, os serviços se diferem entre eles, e além do médico da família e do enfermeiro (a) de saúde pública, eles podem incluir cuidados em saúde mental, atenção à saúde da criança, bem estar da comunidade, serviço social, fonoaudiologia, aconselhamento e tratamento de pessoas em uso prejudicial de drogas, terapia ocupacional, fisioterapia e atendimento domiciliar (MENTAL HEALTH COMMISSION, 2013).

4.2.2 Os Serviços de Atenção à Saúde Mental na Irlanda

Em geral, o médico da família é o primeiro profissional a prestar atendimento ao paciente psiquiátrico. Muitas pessoas recorrem ao clínico geral em busca de um cuidado inicial para demandas de saúde mental como depressão e ansiedade. A princípio, o médico poderá realizar uma avaliação e encaminhar o paciente para um serviço ou profissional de saúde mental, tais como psiquiatra, psicólogo ou um conselheiro para usuários de drogas. Em situações emergenciais, caso o médico da família não esteja disponível, é possível contatar um médico da família atuante em serviços chamados de *GP out-of-hours* ou médico da família fora de hora. Outra alternativa é buscar

diretamente serviços especializados em saúde mental como unidades de saúde mental e/ou hospital (TWOMEY; BYRNE; LEAHY, 2014).

Os serviços de saúde mental na Irlanda passaram por mudanças consideráveis nos últimos vinte anos, o que resultou no desenvolvimento e qualificação do atendimento e na criação de serviços de apoio para indivíduos que convivem com algum transtorno mental. Um dos responsáveis por essas mudanças foi a criação da política de saúde mental, *A Vision for Change* (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2009).

O HSE é responsável pela oferta de diferentes categorias de serviços de saúde mental com enfoque do cuidado na comunidade. A equipe mínima de profissionais nesses serviços é formada por psiquiatra e enfermeiro psiquiatra. Em alguns casos, os serviços ainda dispõem de conselheiros para usuários de drogas, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2010).

O paciente de saúde mental é referenciado pelo médico da família à um ambulatório, onde terá o atendimento dentro de alguns dias, ou à emergência hospitalar. Neste serviço, considerando a condição do paciente, o psiquiatra discutirá com ele os problemas envolvidos em seu contexto de saúde mental e as alternativas terapêuticas disponíveis, incluindo-se terapia medicamentosa (TEDSTONE; MORAN; KARTALOVA-O'DOHERTY, 2008).

As opções de serviços para estes pacientes são: ambulatórios (para os quais os pacientes são inicialmente encaminhados pelo médico da família), hospitais-dia, centros dia, atendimentos/visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde mental, encaminhamento para serviços de aconselhamento para adictos, acesso a trabalhos sociais ou de terapia ocupacional e contra referência para o acompanhamento pelo médico da família para continuidade do tratamento. O internamento geralmente é de curta duração, e o paciente é admitido em um hospital especificamente psiquiátrico (IRELAND, 2006).

A finalidade de serviços ambulatoriais e de cuidados na comunidade se baseia na perspectiva da permanência, sempre que possível, do indivíduo em seu espaço natural e da implementação dos cuidados em suas próprias casas e comunidades (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2013).

Dentre os serviços disponíveis para estes pacientes está o ambulatório, onde os pacientes podem ser avaliados e direcionados ao serviço que atenderá

as suas necessidades específicas. Esta categoria de serviço assemelha-se com o centro de saúde na comunidade e o atendimento é feito por psiquiatra, enfermeiro psiquiatra e demais integrantes da equipe de saúde psiquiátrica. A equipe é liderada pelo psiquiatra consultor, o qual é responsável pelo tratamento da pessoa tanto na comunidade quanto no hospital (LALLY et al., 2013).

O hospital dia é um dos serviços de saúde mental instituídos com o princípio norteador do cuidado na comunidade. Indivíduos que apresentam problemas de saúde mental podem ser atendidos em suas casas, para que haja uma avaliação inicial, a indicação de terapias ou cuidados de enfermagem. Este serviço representa mais uma estratégia para redução das internações hospitalares, uma vez que atende pessoas com transtornos mentais que anteriormente seriam, possivelmente, direcionados para hospitalização. Pacientes atendidos em ambulatórios geralmente tem como alternativa para a continuidade do cuidado a internação em hospital dia (MAGUIRE; RYAN, 2007).

O *Day Centre* ou Centro Diurno é um ambiente comunitário onde as pessoas comparecem voluntariamente vindas de suas casas ou de outros cenários de cuidado para o cuidado continuado. O serviço é composto por enfermeiros psiquiatras e, eventualmente por terapeutas ocupacionais. O objetivo principal deste centro de cuidados em saúde mental é proporcionar um ambiente que ofereça atividades e terapias compatíveis com as necessidades de cada pessoa, a qual requer acompanhamento em um curto período de tempo (IRELAND, 2006).

Oficina de Abrigo consiste em uma alternativa de atenção à saúde mental mediante a oferta de atividades laborais. Através deste serviço, os usuários poderão conhecer ou qualificar-se em alguma área de atuação profissional. Os pacientes inseridos neste contexto são alocados em atividades que são compatíveis com suas habilidades, sob a orientação de profissionais capacitados para esta atribuição (EUROPEAN PARLIAMENT, 2015).

Em geral, quando o paciente apresenta alguma necessidade em horários em que o médico da família não está disponível, como em finais de semana ou durante a noite, o paciente, familiar ou responsável tem a alternativa de contatar um médico da família em serviços chamados de “fora de

hora”. Além disso, na condição de surto ou em outros casos emergenciais, os serviços de emergência e urgência, como hospitais e transportes, devem prestar atendimento a essas pessoas (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2014).

A internação hospitalar costuma ser a última alternativa quando existe a necessidade de ser estabelecido o acompanhamento institucional de uma pessoa que convive com transtorno mental. Na condição de internamento hospitalar, o paciente que foi admitido voluntariamente é classificado como paciente voluntário, em contrapartida, também é possível realizar admissão involuntária (O'DONOGHUE et al., 2010).

O internamento hospitalar sem consentimento do paciente é permitido se houver a garantia de que serão cumpridas as regras instituídas pela Lei de Saúde Mental de 2001, onde, dentre outros, estabelece que o internamento involuntário seja permitido quando estritamente necessário. A mesma lei institui em seu artigo 15º que o atendimento, retenção e tratamento de pacientes com admissão involuntária pode ser mantida pelo período de 21 dias, a partir da data da ordem de internamento. A pessoa admitida tem direito de apelar à corte superior sobre a decisão do tribunal de saúde mental, também no prazo de 21 dias (IRELAND, 2001).

A classificação de *In-patient* ou paciente internado diz respeito à uma unidade hospitalar de saúde mental. Os cuidados ao indivíduo institucionalizado são prestados por médicos e pela enfermagem. Em consonância com as normas, diretrizes e políticas de saúde mental instituídas pelo ministério da saúde, os grandes hospitais psiquiátricos, anteriormente principal alternativa para o cuidado ao indivíduo que convive com transtorno mental, estão sendo substituídos por unidades psiquiátricas menores associados a hospitais gerais (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2013).

O cuidado na comunidade é implementado através de diferentes categorias de unidades residenciais, como as Casas de Grupo. Elas são classificadas de acordo com o grau de complexidade das demandas e da instituição, podendo ser consideradas como de suporte baixo, médio e elevado (IRELAND, 2006).

A casa de grupo de suporte elevado é uma residência organizada para pessoas que não necessitam de internação hospitalar e que podem viver na comunidade, mas que dependem integralmente de cuidados de enfermagem e

outras demandas. Algumas pessoas precisam, por determinado período, de um serviço que ofereça suporte elevado e, de acordo com a evolução do paciente ele é transferido para uma unidade de suporte de média ou baixa complexidade (IRELAND, 2016).

A Casa de Grupo de suporte médio é uma unidade residencial para pessoas significativamente independentes para a maior parte das atividades de vida diária (AVDs), mas que ainda necessitam de algum tipo de assistência ou suporte e determinada área. O exemplo disso é que algumas pessoas dependem de auxílio para gerenciar finanças ou manipulação de alimentos. Desta forma, esta casa pode ser composta por enfermeiros ou uma equipe qualificada para o cuidado (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2011).

O terceiro subtipo de Casas de Grupo são as casas de baixa complexidade para suporte ao paciente com transtorno mental. Os indivíduos acompanhados por este serviço são independentes na maioria ou em todas as AVDs. A gestão destes serviços é orientada pela gestão hospitalar. O residente pode ser acompanhado por uma enfermeira psiquiatra, designada para cuidados na comunidade ou supervisor que realizarão consultas conforme necessidade (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2011).

4.2.3 A *Vision for Change* e suas Diretrizes

A política irlandesa de saúde mental, propõe viabilizar e promover saúde mental em todos os níveis da sociedade, garantindo a oferta de cuidados especializados para todos aqueles que apresentam necessidades neste contexto de saúde. Este documento objetiva reduzir as desigualdades e fragilidades tanto para o acesso aos serviços quanto para os cuidados adequados em saúde mental nas unidades existentes. A AVFC recomenda ainda uma série de ações para a compreensão e efetivação de um modelo de serviço de saúde mental onde o sujeito é considerado o centro do cuidado (IRELAND, 2015).

A AVFC configura-se como um projeto ampliado que objetiva a modernização dos serviços de saúde mental, para o enfrentamento dos desafios existentes neste contexto. Esta política sugere uma série de

estratégias que buscam promover a melhoria do perfil de saúde da população (IRELAND, 2006).

A política de saúde mental irlandesa é formada por um conjunto de ações que buscam promover uma saúde mental de qualidade pra toda comunidade, bem como a prestação de serviços especializados, de base comunitária e acessível a todas as pessoas com doença mental (MENTAL HEALTH REFORM, 2013).

As principais diretrizes que a norteiam consistem na criação de *Community Mental Health Team* (CMHT) - Equipes de Saúde Mental na Comunidade e a identificação precoce de necessidades para intervenções clínicas, psicológicas e psicossociais relevantes que podem ser oferecidos pelas equipes. Tais recomendações representam o princípio fundamental para a reconfiguração de um serviço de qualidade (IRELAND, 2011).

A política AVFC (2006) afirma que é necessário promover o cuidado articulado entre usuários do serviço, cuidadores e profissionais de saúde mental, de maneira que sejam geradas parcerias ativas entre todos envolvidos neste processo. Além disso, a política destina-se a gerar uma influência significativa sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde mental para o futuro.

O desenvolvimento da AVFC contou com a contribuição dos usuários dos serviços, familiares e profissionais. O envolvimento do paciente transcende a participação no processo da consulta e na adesão às terapias. O usuário do serviço deve estar no centro da tomada de decisão, tanto a nível individual, quanto nas questões de planejamento e oferta de serviços disponíveis em saúde mental. É importante que este indivíduo contribua em todas as etapas da organização do cuidado, inclusive contribuindo na criação de políticas públicas de saúde que atenderão às reais necessidades dessa parcela da população (IRELAND, 2006).

O processo de consulta social para a criação da AVFC revelou que os cuidadores sentem-se frequentemente excluídos do atendimento ao paciente psiquiátrico, a exemplo disso, em momentos onde informações importantes não são transmitidas a eles. Em contrapartida, serão os cuidadores que irão acolher e tratar as demandas desses pacientes diariamente (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2006).

Através das informações coletadas, AVFC recomenda que o cuidador deve ser consultado no processo do cuidado ao paciente psiquiátrico, propõe a avaliação das necessidades apresentadas pelos cuidadores e a valorização do seu trabalho e colaboração para suprir as carências apresentadas pelo paciente (IRELAND, 2006).

A abordagem sobre a recuperação do paciente deve ser empregada em todos os níveis do cuidado de maneira que o indivíduo seja capaz de administrar suas fragilidades, aprimorar suas potencialidades e aperfeiçoar habilidades intrínsecas. Nessa perspectiva, deve ser dada ênfase à recuperação do paciente, respeitando seu tempo de progressão e recuo, além disso, que sejam criadas redes de apoio estabelecidas em todas as esferas sociais, contribuindo para atender às expectativas do paciente tornando sua condição de vida e saúde mais satisfatória (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A política ainda trata de valores centrais, os quais baseiam-se em: adaptação das instituições de saúde e promoção do cuidado centrado nas demandas e possibilidades de cada sujeito; serviços que disponham de equipes multidisciplinares em que a assistência seja integrada e haja reconhecimento da importância e atribuição de cada integrante; quadro de profissionais qualificados de atuação em base comunitária; ampliação das alternativas de tratamento e com qualidade, para que sejam atendidos os mais diversos tipos de demandas em saúde mental (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2011).

Em termos gerais, AVFC foi criada com intuito de favorecer a melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental e, para tal, foram dadas recomendações baseadas em avaliação sobre o contexto de saúde mental e as mudanças esperadas a partir de suas diretrizes. A política leva em consideração medidas importantes como ampliação dos recursos humanos, estruturais e de financiamento, nas quais esperava-se que resultassem em melhorias (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2009).

Um dos resultados almejados era que a política viabilizasse a modernização dos serviços de saúde mental e que esses recursos beneficiassem uma parcela considerável da população irlandesa, de modo que

provocassem efeitos positivos, sobretudo, na vida dos usuários e de seus familiares (MENTAL HEALTH REFORM, 2013).

A política de saúde mental irlandesa defende também que a promoção da saúde mental deve ser garantida para todas as faixas etárias, dessa forma, é possível reforçar os fatores de proteção e reduzir os de risco associados ao desenvolvimento de problemas em saúde mental. Sendo assim, AVFC sugere a criação de Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (GOVERNMENT OF IRELAND, 2012).

As áreas de abrangência de cada *Community Mental Health Team* são chamadas de área de captação em saúde. É preconizado pela AVFC que a cada 300.000 habitantes haja seis CMHT em serviços de saúde que atendam crianças e adolescentes até os 18 anos de idade. Para cada 100.000 habitantes são sugeridas duas Equipes de Saúde Mental na Comunidade. Pode ser acrescentado à CMHT o apoio de um médico pediatra (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2006).

A política ainda trata sobre os serviços de saúde mental para adultos, onde a estrutura deve ser centrada em equipes de saúde mental especializadas. Esses serviços são ofertados para pessoas dos 18 aos 64 anos de idade, em uma área de captação em saúde de até 50,000 habitantes. É proposto que o tratamento seja de base residencial e que todos os elementos envolvidos no cuidado à essa parcela da população, até mesmo o acesso à internação hospitalar, devem ser intermediados pelo CMHT. Os serviços de saúde mental representariam uma conexão entre eles próprios, entre os serviços de atenção primária e todos os outros serviços de referência, além de buscar garantir a continuidade do cuidado na comunidade (IRELAND, 2006).

É de conhecimento que a saúde mental da população idosa exhibe determinadas especificidades no acesso, tratamento e cuidado. Serviços de saúde mental do idoso atendem pessoas acima de 65 anos de idade e devem oferecer três CMHT a cada 100,000 habitantes das áreas de captação em saúde correspondentes. O perfil de cada pessoa irá determinar qual equipe e práticas melhor se adequam às suas necessidades (IRELAND, 2006).

Foi sugerida pela AVFC a organização de outras categorias de serviços de saúde mental como serviços de atendimento às pessoas com deficiência intelectual, na perspectiva da prevenção do suicídio e de atenção à pessoa que

faz uso abusivo de drogas. Em geral, os demais serviços seguem a mesma ideia de promoção do cuidado através de CMHT de conformação multidisciplinar, que atendam a um número determinado de pessoas dentro da área de captação em saúde e que se devem se articular aos diferentes setores sociais. Em complemento, outra diretriz traz que o contato entre serviços de saúde mental especializados, de atenção primária e grupos de voluntariado deve ser incentivado e sistematizado (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2006).

Ainda sobre os serviços de saúde mental, esses devem ser estruturados seguindo referências de nível nacional, sob a lógica de áreas de captação em saúde com populações entre 250.000 e 400.000. A delimitação dessas áreas de captação deve levar em consideração os aspectos sociodemográficos recentes da população, respeitando os limites geográficos e de fronteiras administrativas (IRELAND, 2006).

A administração dos dispositivos de captação dos serviços locais de saúde mental deve ser gerida também a nível local através da *Mental Health Catchment Area Management* - Equipe de Gestão de Saúde Mental em Áreas de Captação a qual está inserida no sistema público de saúde irlandês (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2006).

A política propõe que criação de novos serviços deve priorizar áreas onde há maior necessidade e que atenda uma considerável parte dos cidadãos que utilizem do serviço, levando em consideração a perspectiva de equidade. Esses serviços necessitam ser acompanhados observando os indicadores de desempenho a cada ano, avaliando também a relevância e contribuição do serviço para a saúde da população (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2013).

O financiamento desses serviços deve partir, sobretudo, do redirecionamento dos recursos adquiridos mediante a desativação de hospitais psiquiátricos, os quais serão usados para investimento na melhoria da atenção à saúde mental. Sugere-se ainda a criação de um comitê de supervisão que possa garantir a efetivação desta política. Dadas as condições de saúde mental em visão ampliada do contexto, entendeu-se que era preciso criar mecanismos de financiamento para a mais nova Política de Saúde Mental. Nesse intuito foi idealizada a criação de um programa de investimentos capitais ou não, adaptando-se as condições de mercado inflacionário ao longo dos sete ou dez

anos futuros, contados a partir da criação e implementação dessa política (MENTAL HEALTH REFORM, 2013).

As informações geradas pelos serviços de saúde mental a nível local devem ser registradas e armazenadas semelhantemente a nível local. Os sistemas de informação devem disponibilizar os dados de saúde mental local para instâncias nacionais, a fim de ampliar o conhecimento e investimento em serviços de saúde mental (IRELAND, 2006).

Essa política de saúde mental traz como diretriz a oferta e financiamento a educação permanente de profissionais de saúde mental, com objetivo de capacitar seus profissionais para atuar de forma que seu trabalho corresponda às reais necessidades da população e dos serviços. Dessa forma, AVFC ratifica que deveriam ser criados programas de capacitação de profissionais atuantes na APS para o atendimento qualificado aos pacientes psiquiátricos. Esta iniciativa incluiria definitivamente a atenção primária no processo de reabilitação e recuperação dessa parcela da população (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2006).

Diversos estudos demonstram que há efeitos significativos gerados pela associação entre Atenção Primária à Saúde e saúde mental. A conexão entre essas esferas da saúde se deu majoritariamente pela atenção à saúde da família através da implementação do sistema de acesso a esses serviços chamado de GP Visit Card. A melhoria da comunicação entre elas viabiliza o estabelecimento de um modelo de cuidado compartilhado, o qual contempla as necessidades de ambos os setores (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2014).

É proposto nesta política que a rede de atenção à saúde mental considere os GPs, chamados médicos da família, como organismo de acesso à esses serviços, os quais podem tanto referenciar um paciente para um serviço que atenda pacientes psiquiátricos quanto solicitar orientação sobre condutas em determinado caso. Além disso, a APS deve garantir à população atendimento em caso de crises ou sempre que necessário (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2007).

4.2.4 Equipes de Saúde Mental na Comunidade – CMHTs

As Equipes de Saúde Mental na Comunidade - *Community Mental Health Team* configuram-se como modelo de cuidado que busca instituir as

principais diretrizes para organização dos serviços de saúde mental na Irlanda, descritas em sua política de saúde mental *A Vision for Change*. A criação dessas equipes de profissionais pretende abranger distintas áreas do conhecimento e da ciência inseridas no âmbito do cuidado à saúde mental, representadas por psiquiatra, enfermeira psiquiatra/de saúde mental, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Caso o serviço abranja outras especialidades, é necessário que haja contratação de profissionais correspondentes a elas. A coordenação desses grupos é fundamental e deve ser gerenciada por um representante eleito pelos membros da equipe (MENTAL HEALTH COMMISSION, 2016).

A composição de cada equipe deve ser determinada pela necessidade dos usuários do serviço. Além dos profissionais supracitados, as CMHTs podem ser complementadas através da integração de outras especialidades a equipe como conselheiros, psicoterapeutas, terapeuta recreativo, especialistas em fala e linguagem além de profissionais com formação em administração. Entendendo que os profissionais que integram uma CMHT atuam sobre os mais diversos contextos de saúde mental, é preconizado que os mesmos tenham suporte em saúde mental oferecidos por profissionais especializados em profissionais que atuam nessa área. Além disso, essas pessoas devem ser previamente treinadas para o trabalho com problemas de ordem psiquiátrica (MENTAL HEALTH COMMISSION, 2016).

O número de profissionais em cada categoria é proporcional à sua população, e o desenvolvimento do seu trabalho dependerá da associação entre suas habilidades e atividades de atribuição profissional. Por exemplo, uma enfermeira de saúde mental pode utilizar um mesmo conhecimento em diferentes contextos, apenas adaptando-o às diferentes equipes e demandas. Essa prática é incentivada com o intuito de atender as diferentes necessidades de cada setor e paciente (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2010).

4.2.5 COMPARAÇÃO ENTRE AS POLITICAS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL E DA REPUBLICA DA IRLANDA

O Brasil e a Irlanda são países significativamente distintos em diferentes aspectos. O Brasil é um país de desenvolvimento recente em diversos setores políticos e sociais. Nesse contexto, as questões de saúde mental encontram

diversas barreiras que resistem à luta pela manutenção dos direitos das pessoas que convivem com transtornos mentais. Embora sejam preconizadas ações que promovam a assistência para esses cidadãos, os próprios gestores tem dificuldade para implementá-las, pois, necessitam de grande aporte técnico e financeiro para este fim. Desta forma, a mudança de suas práticas e assistência em saúde mental não depende apenas da oferta de novos serviços, mas sim, da criação de mecanismos que assegurem a efetivação dessas diretrizes (TRABUCO, 2015).

Da criação do SUS resultaram importantes mudanças em relação às políticas públicas de saúde, nomeadamente a Política Nacional de Saúde Mental. A partir do SUS houve o surgimento de programas assistenciais, a redemocratização e universalização do acesso à saúde, a ênfase na prevenção e a melhoria nos processos gerenciais dos dispositivos de atenção à saúde (MATEUS, 2013).

Em ambos os casos, as questões de governabilidade ainda são as principais barreiras para uma reforma no modelo de atenção em saúde mental e para a efetivação de suas políticas. O mercantilismo da saúde e os conflitos nas esferas municipal, estadual e federal dificultam que os setores públicos da saúde sejam reorientados e a população tenha acesso a serviços qualificados. Além disso, a escassa participação social nos ambientes de discussão e desenvolvimento da saúde mental fragilizem o controle social e o desenvolvimento de estratégias efetivas para a atenção à saúde mental (BARROS; SALES, 2008; OMS, 2005).

Os dois países criaram diretrizes e propostas que visam promover a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização manicomial, de maneira que sejam garantidos direitos essenciais de independência, autonomia e convívio social àqueles que apresentam algum transtorno mental. Mesmo considerando suas diferenças, ambos os países tem experienciado momentos de avanços e estagnação em relação às políticas de saúde, corroborando com a percepção a respeito da influência capitalista sobre os dispositivos que garantem os direitos da população (MATEUS, 2013; MENTAL HEALTH IRELAND, 2015).

Na Irlanda, a implementação da política de atenção à saúde mental tem sido dificultada pela ausência de um plano adequadamente estruturado que viabilize a efetivação das propostas contidas no documento. Outra lacuna neste

processo e que gera preocupação é o fato de que ao longo dos últimos nove anos, contados a partir do início da implementação da AVFC, nenhum sistema de informação acerca da rede de atenção à saúde mental foi criada, dificultando a transparência sobre os serviços de saúde mental (MENTAL HEALTH REFORM, 2013).

No Brasil, a portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, dentre outros pareceres, institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNAS/Psiquiatria 2002. Esta ferramenta de gestão é constituída por dois parâmetros avaliativos que são a avaliação técnica, referentes à saúde mental e aspectos sanitários, e a avaliação dos usuários, por intermédio de pesquisa de satisfação. Este mecanismo contribui para o controle e regulação dos serviços hospitalares e na qualidade da assistência em saúde mental no Brasil (BRASIL, 2004).

Outro aspecto sobre a AVFC que se diferencia da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil é a diretriz que trata sobre formação e trabalho voluntário. O ano de 2011 foi escolhido como o ano do trabalho voluntário na Europa. Em 2006, ano de criação da AVFC, cerca de 100 milhões de europeus desenvolviam algum tipo de atividade em voluntariado. Neste mesmo ano, a cada dez europeus, três eram voluntários e 80% destes voluntários declarou que o trabalho voluntário representa um aspecto relevante do exercício democrático na sociedade europeia (REDTESS, 2011).

Na Europa, particularmente na Irlanda, o voluntariado exerce papel significativo no progresso e melhoria das condições de vida da população. Partindo dessa questão, a política de saúde mental da Irlanda defende que é necessário o recrutamento e treinamento de voluntários para atuação a nível local. Esses voluntários seriam responsáveis pelo acompanhamento de pacientes em atividades que requerem ou não um grau elevado de qualificação (IRELAND, 2006).

A proposta incentivou instituições de ensino superior da Irlanda, como o *Waterford Institute of Technology*, a criar um curso específico para a qualificação de voluntários naquela região. A política reforça que as principais parcerias para o trabalho em saúde mental devem ser estabelecidas entre usuários, profissionais e trabalhadores atuantes na área, entretanto, é necessário que sejam criadas parcerias com demais representantes sociais.

São consideradas nesse aspecto a sociedade civil, escolas, instituições religiosas, comércio, organizações voluntárias e governamentais (IRELAND, 2006).

Ambas as políticas ressaltam a importância da Atenção Primária à Saúde na participação do cuidado em saúde mental, inclusive sendo a APS a primeira procura pelo paciente na obtenção do tratamento. Nesse âmbito, percebemos que no Brasil, embora ainda haja um retardo na consolidação e dificuldade de acesso aos dispositivos criados através da política, o SUS, regido pelo princípio da universalidade, garante sem distinção o atendimento público e gratuito aos serviços de saúde para todos que necessitarem (BRASIL, 1990; IRELAND, 2006).

Em contrapartida, a política de saúde mental da Irlanda trata sobre utilização do serviço público de saúde de forma totalmente gratuita apenas para as pessoas que utilizam GP Visit Card ou Medical Card. Portanto, somente aqueles que apresentam algum tipo de vulnerabilidade (social, econômica, de acessibilidade, dentre outros) farão uso deste mecanismo para obter o tratamento necessário pelo HSE, o que pode gerar uma dificuldade na procura e acesso ao cuidado de saúde mental (MENTAL HEALTH REFORM, 2013).

Em termos gerais, a política que trata sobre a saúde mental no Brasil cria estratégias que promovem a qualidade de vida da pessoa convivendo com transtorno mental por meio de uma série de iniciativas, como a substituição de leitos hospitalares por outros serviços de base comunitária. Semelhantemente a AVFC orienta sobre a reorganização, reestruturação e criação de serviços de saúde mental. Muitos desses serviços apresentam similaridade aos implantados no Brasil, sendo que a política Irlandesa utiliza o termo “categorias especiais de serviço”, como por exemplo, o serviço de saúde mental para morador de rua. Serviço semelhante a este pode ser garantido no Brasil com a associação entre CAPS e Atenção Básica na figura do Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011 e pela portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a RAPS (IRELAND, 2006; FONTE, 2012).

Integrados ao grupo classificado como “categorias especiais de serviço” estão também os Serviços de Saúde Mental de Ligação, os quais oferecem

serviços clínicos, de pesquisa e ensino em hospitais gerais, auxiliando as equipes na identificação de cuidados apropriados para determinados pacientes e na busca de minimizar efeitos gerados pela internação hospitalar. Nessa categoria estão inseridos os serviços de saúde mental para pessoas com transtornos alimentares, serviços de neuropsiquiatria, para prevenção de suicídio e para pessoa com transtorno de personalidade Borderline (IRELAND, 2006).

A AVFC traz como uma das principais estratégias a criação, educação permanente e inserção de Equipes de Saúde Mental na Comunidade nos serviços de saúde mental e outros serviços como hospitais gerais. Essa ideia visa, dentre outros, garantir o cuidado qualificado, eficaz e baseado nas necessidades de cada paciente, garantindo a promoção da saúde, prevenção contra danos e agravos à saúde, reabilitação, reinserção e manutenção da permanência do paciente em sociedade (NORRIS, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de um resgate do contexto histórico, é possível inferir que a saúde mental foi, por muito tempo, negligenciada. Nessa perspectiva, considera-se que as políticas de saúde mental são importantes instrumentos que visam garantir o direito à saúde e assistência ao paciente psiquiátrico.

Com a criação de suas respectivas políticas de saúde mental, tanto o Brasil quanto a República da Irlanda deram início a uma nova trajetória nesse contexto, enfraquecendo o modelo hegemônico do cuidado pautado na hospitalização manicomial. Em ambos os países, a abordagem utilizada atualmente visa a promoção da saúde, o cuidado qualificado, a reabilitação, reinserção social e a oferta de subsídios que contribuam com a autonomia, qualidade de vida e bem estar daqueles que convivem com transtorno mental.

A criação de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial e as Equipes de Saúde Mental na Comunidade proporcionou às pessoas que utilizam desses serviços uma nova forma de vivenciar o cuidado em saúde mental. O CAPS e as CMHTs são a efetivação do direito de acesso a serviços de saúde de base comunitária, permitindo que seus usuários permaneçam no espaço natural de vida e de convívio social.

Embora a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil e a *A Vision for Change* apresentem recomendações pertinentes para a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde mental, questões como déficit de financiamento, governabilidade ineficiente, insuficiente aporte técnico e questões de interesse capitalista impedem a implementação eficaz de suas propostas. Para os dois países, a criação de sistemas de informação contribuirá com o acompanhamento dos dados produzidos, possibilitando reavaliar diretrizes e condutas. Entretanto, o controle e participação social são significativamente relevantes para o avanço das políticas e da melhoria do perfil de saúde mental da população de cada país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha de. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. 2009. 83p. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde).

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza.

Disponível em:

<http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/arisa_almeida.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil. **ABP**: Rio de Janeiro, 2014.

Acesso em: 25 jul. 2016. Disponível em:

http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf

BARROS, Sônia ; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp.1780-1785. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**. 2011, vol.12, n.1 [citado 2016-07-28], pp. 66-78 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1677-2970.

BESSA, Jacqueline Botura and WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. **Texto contexto - enferm**. 2013, vol.22, n.1, pp.61-70. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008>.

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Urgências Psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012. Acesso em: 20 jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental**. 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, novembro de 2005. Acesso em: 05 fev. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

_____. Presidência da República. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para

Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : **Editora do Ministério da Saúde**, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, dezembro de 2003. Acesso em: 27 Jul. 2016. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.pdf>

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União** 2002; 20 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2012.

CALDAS, Amanda de Alvarenga; NOBRE, Julio Cesar de Almeida. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos

Portadores de Transtornos Mentais. **Cadernos UniFOA**. Edição nº 20 - Dezembro/2012. Acesso em: 18 jul. 2016. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/71-83.pdf>

CÁIRDE - Challenging ethnic minority health inequalities. Health Information and Advocacy Centre; Ethnic Minority Health Forum, 2007. What do I do to see a doctor in Ireland? Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em: <http://cairde.ie/wp-content/uploads/2013/02/GP-Final-doc1.pdf>

CENTRAL STATISTICS OFFICE Census 2011 - Ireland and Northern Ireland. Cork – Ireland, 2014. Disponível em: <http://www.cso.ie/en/census/census2011irelandandnorthernireland/>. Acesso em: 03 jul. 2016

COLLEGE OF PSYCHIATRY OF IRELAND. Submission on behalf of the **College of Psychiatry of Ireland**. For review of the Mental Health Act 2001 7th October 2011. Dublin, Ireland. Disponível em: http://www.irishpsychiatry.ie/Libraries/External_Affairs/CPsychI_Submission_for_Mental_Health_Act_2001_Reveiw_7th_Oct_2011.sflb.ashx. Acesso em: 04 jul. 2016

COMISSÃO EUROPEIA - Consumers, Health and Food Executive Agency (CHAFAEA) / DG Sanco. Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia. NOVA Medical School /Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal, 2016. Disponível em: http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf. Acesso em: 03 jul. 2016.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque e FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas psicol.** 2014, vol.22, n.4, pp. 839-851. ISSN 1413-389X. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-13>.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.** 2011, vol.63, n.2, pp. 114-121. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v63n2/12.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.

EUROPEAN PARLIAMENT - Directorate General For Internal Policies Policy Department. Reasonable Accommodation and Sheltered Workshops for People with Disabilities: Costs and Returns of Investments. Brussels, **European Union**, 2015. Acesso em: 17 jul. 2016. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/536295/IPOL_STU\(2015\)536295_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/536295/IPOL_STU(2015)536295_EN.pdf)

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da Institucionalização da Loucura a Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, 2012. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48#sdfootnote1sym>. Acesso em: 28 jun. 2016.

GOVERNMENT OF IRELAND. Department of Health and Children. Primary Care - A New Direction. Quality and Fairness - A Health System for You, Health Strategy. Published by the **Stationery Office**; Dublin, 2001. Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em: <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/primcare-report.pdf>

_____. Department of Health. Future Health A Strategic Framework for Reform of the Health Service 2012 – 2015. **Minister for Health**, 2012; Dublin2. Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em: http://health.gov.ie/wpcontent/uploads/2014/03/Future_Health.pdf

HARVEY, Brian. Evolution of Health Services and Health Policy in Ireland. Combat Poverty, **Agency Bridgewater**. Centre Islandbridge, Dublin 8 – Ireland. Disponível em: http://www.combatpoverty.ie/publications/EvolutionOfHealthServicesAndHealthPolicyInIreland_2007.pdf. Acesso em: 12 fev. 2016

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. Community Mental Health Services in Ireland: Activity and Catchment Area Characteristics 2004. **Mental Health Commission**, Dublin, v. 1, n. 1, p.6-54, May 2006. Disponível em: <<http://www.mhcirl.ie/File/commMHSireact.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

_____. From Vision to Action? An Analysis of the Implementation of A Vision for Change. **Mental Health Commission**, Dublin, v. 1, n. 1, p.3-39, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.mhcirl.ie/File/VtoA_Imp_VforC.pdf>. Acesso em: 17 Jul. 2016.

_____. TEAMWORK WITHIN MENTAL HEALTH SERVICES IN IRELAND. **Resource Paper**, Dublin, v. 1, n. 1, p.5-87, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.mhcirl.ie/File/Teamwork_Within_MNS.pdf>. Acesso em: 17 Não é um mês valido! 2016.

_____. Department of the Environment, Community & Local Government. National Housing Strategy for People with a Disability 2011 – 2016. **Health Service Executive**. Dublin, p. 24-173, Oct. 2011. Acesso em: 18 Jul. 2016. Disponível em: <http://www.environ.ie/sites/default/files/migrated-files/en/Publications/DevelopmentandHousing/Housing/FileDownload,28016,en.pdf>

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. Psychosocial & Mental Health Needs Following Major Emergencies: Prepared by a multi-agency group for the HSE National Vision for Change Working Group. **Health Service Executive**, Dublin, v. 1, n. 1, p.10-56, July 2014. Disponível em: <<https://www.hse.ie/eng/services/publications/Mentalhealth/emer.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

_____. Primary Care Reimbursement Service (**PCRS**). Your Guide to Medical Cards and GP Cards. Plain English: Dublin 11, 2014. Acesso em: 10

Jul. 2016. Disponível em:

<http://www.hse.ie/eng/services/publications/corporate/medcardgpvisit.pdf>

_____. Medical Card/G.P. Visit Card National Assessment

Guidelines, Feb. 2015. Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em:

<https://www.hse.ie/eng/services/list/1/schemes/mc/forms/medicalcardguidelines2015.pdf>

IRELAND. Citizens Information Board. **Relate**, Volume 41: Issue 3 ISSN 0790-4290. Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em:

http://www.citizensinformationboard.ie/downloads/relate/relate_2014_03.pdf

IRELAND – Health Service in Ireland. Mental Health Services. Disponível em:

http://www.hse.ie/eng/services/list/4/Mental_Health_Services/. Acesso em: 12 fev. 2016.

IRELAND. A vision for change – report of the expert group on mental health policy. Dublin, **Stationery Office**, 2006. Disponível em:

http://www.hse.ie/eng/services/Publications/Mentalhealth/Mental_Health_-_A_Vision_for_Change.pdf. Acesso em: 12 fev. 2016.

IRELAND - MENTAL HEALTH ACT, 2001. Number 25 of 2001 Disponível em:

http://www.mhcirl.ie/File/Mental_Health_Act_2001.pdf. Acesso em: 03 jul. 2016.

KERIN, L. National & International Literature Review of Good Practice in Child & Adolescent Mental Health Services. October 1, 2014 Research Commissioned By Mental Health Reform. For distribution to the **Children’s Mental Health Coalition**, Ireland. Acesso em: 03 jul. 2016. Acesso em:

http://www.childrensmentalhealth.ie/wp-content/uploads/2015/03/Literature-Review-on-Child-and-Adolescent-Mental-Health-Services-and-Supports_-26.11.14.pdf

LALLY, J., BYRNE, F., MCGUIRE, E., MCDONALD, C. Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in a university hospital setting. **Irish Journal of Psychological Medicine** (2013), 30, 271–277. & College of Psychiatrists of Ireland 2013 doi:10.1017/ipm.2013.54. Acesso em: 18 Jul. 2016. Disponível em:

http://journals.cambridge.org/abstract_S0790966713000542

MATEUS, Mário Dinis. Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: **Instituto de Saúde**, 2013. 400p. Acesso em: 18 jul. 2016. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**[online]. 2003, vol.11, n.5, pp.672-677. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500016>.

MCD AID, D., WILEY, M., MARESSO A., MOSSIALOS, E. Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(4): 1 – 268. **WHO Regional Office for Europe**. Acesso em: 10 Jul. 2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf

MAGUIRE, J.; RYAN, D.. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. **Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing**, Dublin, v. 1, n. 14, p.120-127, jan. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Services 3.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MENTAL HEALTH COMISSION. Happy Living Here... A Survey and Evaluation of Community Residential Mental Health Services in Ireland. **Health Research Board**, Dublin, p.7-172, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.mhcirl.ie/File/happylivinghere.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MENTAL HEALTH COMISSION. Information for Involuntary Patients. Dublin, 2001. Disponível em:< http://www.mhcirl.ie/file/Involuntary_Patients.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. Your guide to the Mental Health Act 2001. Dublin, 2001. Disponível em: http://www.mhcirl.ie/File/SUI_EnglishV2009.pdf. Acesso em: 04 jul. 2016.

MENTAL HEALTH REFORM. Recovery ... what you should expect from a good quality mental health service., Dublin, v. 1, n. 1, p.2-29, Apr. 2013. Disponível em: <<https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2013/03/MHR-Recovery-paper-final-April-2013.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de matriciamento em saúde mental/Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. P. 236. Acesso em: 27 jul. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, núm. 5, out, 2011, pp. 1157-1163. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a18.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

NORRIS, David. Mental Health & Well Being. **Mental Health Reform**. Ireland, 2016. Disponível em:< <https://www.mentalhealthreform.ie/take-action/david-norris/>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

O'DONOGHUE, B., LYNE, J., HILL, H., O'ROURKE, L., DALY, S., FEENEY, L. Patient attitudes towards compulsory community treatment orders and advance directives. **Irish Journal of Psychological Medicine**, 27, pp 66-71. Dublin, 2010 doi:10.1017/S0790966700001075. Acesso em: 17 Jul. 2016. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S0790966700001075

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008>.

PORTUGAL – Coordenação Nacional para a Saúde Mental/Ato Comissionário; Ministério da Saúde. Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://www.taniapinto.pt/uploads/1/4/5/9/14595340/pactoeuropeu-saudemental.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

REDTESS – Rede de Cooperação e Conhecimento na Área de Trabalho, Emprego e Solidariedade Social. Ano Europeu do Voluntariado – Contributos Bibliográficos. **Santa Casa de Misericórdia de Lisboa**. Lisboa, p. 5-148, nov. 2008. Acesso em: 27 Jul. 2016. Disponível em: <http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/Voluntariado.pdf>

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2004, 24 (3), 92-99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009. Acesso em: 16 Agos. 2016. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2009-2018. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900002>.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. esc. enferm. USP**, 2002, vol.36, n.1, pp. 4-9. ISSN 1980-220X. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVA, Kely Vanessa Leite Gomes da; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, 2011, vol.45, n.5, pp.1237-1242. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500029>

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, 2012, vol.21, n.4, pp.1022-1034. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>.

SUIYAMA, Renata Cristina Boaretto; ROLIM, Marli Alves and COLVERO, Luciana de Almeida. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos?. **Saude soc.** 2007, vol.16, n.3, pp.102-110. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300010>.

TEDSTONE, D.D.; MORAN, R.; KARTALOVA-O'DOHERTY, Y. Psychological distress, mental health problems and use of health services in Ireland. **Health Research Board**, Dublin, v. 5, n. 5, p.14-83, jan. 2008. Disponível em: <<https://www.ucd.ie/t4cms/National Psychological Wellebing and Distress Survey Report 2006.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

TWOMEY, C., BYRNE, M., LEAHY, T. Steps towards effective teamworking in Community Mental Health Teams . Dublin, 2014. **Irish Journal of Psychological Medicine**, 31, pp 51-59 doi:10.1017/ipm.2013.62. Acesso em: 17 Jul. 2016. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S0790966713000621

TRABUCO, Karem Emanuely de Oliveira, SANTOS, Diagne da Silva. DA REFORMA SANITÁRIA A REFORMA PSIQUIÁTRICA: os movimentos sociais e a conquista de direitos. **Universidade Federal do Maranhão – UFMA**, Centro de Ciências Sociais – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2015. Disponível em:<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiQUIATRICA-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011). **Physis** , v. 23, n. 4, p. 1051-1077, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 28 July 2016.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. Reforma Psiquiátrica: Panorama Sócio-histórico, Político e Assistencial. **Rede Psi**, 2010. Disponível em:<<http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiQUIATRICA-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial/>> . Acesso em: 15 dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Mental health action plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf . Acesso em: 03 jul. 2016.