

INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE BRASILEIRO E PORTUGUÊS: ANÁLISE COMPARATIVA

Integrated Care in the Mental Health Policy of the Brazilian and Portuguese Health Systems: comparative analysis

Larissa Weber¹
Isabel Craveiro²
Cláudia Flemming Colussi³

Artigo encaminhado: 15/11/2025
Artigo aceito para publicação: 01/12/2025

RESUMO

Os cuidados integrais e integrados instigam a centralidade do cuidado na pessoa e promovem bons resultados frente às variadas necessidades de saúde apresentadas pela população, incluindo as demandas relacionadas à saúde mental. O presente trabalho tem como objetivo investigar como os cuidados integrais e integrados estão expressos nas políticas de saúde mental do Sistema Nacional de Saúde português e do Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental, qualitativa e exploratória. Foram selecionados dezesseis documentos, dentre leis, decretos, portarias e planos dos dois países, submetidos à análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em três categorias: desinstitucionalização, cuidado em redes de atenção e protagonismo da Atenção Primária no cuidado em saúde mental. Ambos os países investiram na desinstitucionalização dos utentes e na promoção de cuidados centrados nas necessidades e condições específicas dos indivíduos em serviços extra-hospitalares. Houve expansão do cuidado em saúde mental no nível comunitário, integrando-o à Atenção Primária e aos demais serviços das redes de atenção. Contudo, nos últimos anos, identificou-se também retrocessos na legislação de um deles. O risco de desassistência e os impactos do isolamento social decorrentes da pandemia da COVID-19 impuseram desafios para a efetivação dos cuidados integrais e integrados. Conclui-se que a integração dos cuidados no campo da saúde mental evoluiu na legislação dos dois sistemas, acompanhando as evidências científicas. Espera-se que os achados apresentados possam embasar futuras iniciativas que contribuam com a superação dos desafios.

Palavras-Chave: Integralidade em saúde. Saúde mental. Sistemas de saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT

¹ Psicóloga. Mestre em Ensino na Saúde e Doutora em Saúde Coletiva. Servidora da Prefeitura Municipal de Florianópolis. E-mail: issaweber@hotmail.com

² Professora Associada. Doutoramento em Saúde Internacional pela Universidade NOVA de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. E-mail: isabelc@ihmt.unl.pt

³ Odontóloga. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Associada da UFSC. E-mail: claudia.colussi@ufsc.br

Comprehensive and integrated care instigates the centrality of care in the person and promotes good results in the face of the varied health needs presented by the population, including demands related to mental health. The present work aims to investigate how comprehensive and integrated care is expressed in the mental health policies of the Portuguese National Health System and the Brazilian Unified Health System. Documentary, qualitative, and exploratory research was carried out to this. Sixteen documents were selected, including laws, decrees, ordinances, and plans from both countries and submitted to content analysis. The results are presented in three categories: deinstitutionalization, care networks, and the role of Primary Care in mental health care. Both countries invested in the deinstitutionalization of users and the promotion of care focused on the specific needs and conditions of individuals in extra-hospital services. There was an expansion of mental health care at the community level, integrating it with Primary Care and other services in the care networks. However, in recent years, setbacks have also been identified in the legislation of one of them. The risk of lack of assistance and the impacts of social isolation resulting from the COVID-19 pandemic imposed challenges for the implementation of comprehensive and integrated care. It is concluded that integrated care in the field of mental health has evolved in the legislation of both systems, following scientific evidence. It is hoped that the findings presented can support future initiatives that contribute to overcoming the challenges.

Keywords: Integrated care. Integrality in health. Mental health. Health systems. Health Services.

1 INTRODUÇÃO

A magnitude dos agravos em saúde mental, evidenciados com a pandemia de *Coronavirus disease 2019* (COVID-19), tem promovido discussões mundiais sobre a necessidade de compreender a saúde mental de modo interligado à saúde física e aos determinantes sociais da saúde e de reconhecê-la como parte integrante dos direitos humanos e da inclusão social. Considera-se o investimento de mais recursos para a área um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável global (ARIAS; SAXENA; VERGUET, 2022; MOETI *et al.*, 2022).

Os desafios relacionados à saúde mental no âmbito da saúde pública se fazem sentir tanto pelos países desenvolvidos, quanto entre aqueles em desenvolvimento. A depressão consiste na doença que mais causa incapacitação no mundo, representando 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade, em 2015. Os transtornos de ansiedade, por sua vez, correspondem ao sexto contribuinte não fatal para a perda de saúde no mundo, na proporção de 3,4% de todos os anos

vividos com incapacidade (WHO, 2017). No Brasil, os transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos vividos com incapacidade (GBD, 2018), enquanto em Portugal eles encontram-se na quarta e sexta posição (PORTUGAL, 2019).

As pessoas acometidas por transtornos mentais tendem a receber suporte e atendimento de forma fragmentada, descoordenada e pouco resolutive, com dificuldade de acesso oportuno e necessário (HIRDES *et al.*, 2020). Um dos caminhos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tornar os sistemas de saúde mais resolutivos, especialmente na perspectiva do cuidado em saúde mental, consiste na integração da saúde mental aos cuidados gerais e a programas como o de enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Almeja-se, desse modo, impulsionar a continuidade da assistência entre os diferentes níveis do sistema de saúde (WHO, 2013).

Para a OMS, os serviços de saúde integrados são aqueles que oferecem às pessoas um continuum de cuidados - promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação e cuidados paliativos - coordenados nos diferentes níveis e locais de atenção, dentro e fora do setor saúde, de acordo com suas necessidades ao longo da vida (WHO, 2018). Os cuidados integrados instigam a centralidade na pessoa, apresentando bons resultados frente às variadas necessidades de saúde apresentadas pela população, incluindo as demandas de saúde mental (BRIGGS *et al.*, 2018).

Considerando a alta prevalência dos transtornos relacionados à saúde mental no Brasil e em Portugal, a importância da integração dos cuidados no âmbito da saúde mental, bem como a inexistência de estudos comparativos entre distintos sistemas de saúde acerca desta temática, o presente estudo tem como objetivo descrever como os cuidados integrais e integrados estão expressos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal e no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, com foco na interface da integralidade com as políticas de saúde mental. Saliencia-se que ambos os sistemas compreendem a saúde como um direito fundamental e uma responsabilidade do Estado (PORTUGAL, 1979; BRASIL, 1990).

2 MÉTODO

O estudo caracteriza-se por ser de natureza qualitativa, do tipo exploratório. A análise comparativa entre o SNS e o SUS, com foco nos cuidados integrados e integrais em saúde mental, foi feita a partir de uma pesquisa documental (SEVERINO, 2007).

Os documentos selecionados para a pesquisa são exclusivamente de fonte governamental. As fontes dos dados de Portugal foram acessadas nos sites do Ministério da Saúde (www.sns.gov.pt), da Direção Geral da Saúde (www.dgs.pt) e do Diário da República Eletrónico (www.dre.pt). Já os dados brasileiros são oriundos dos sites do Ministério da Saúde (antigo.saude.gov.br e www.gov.br/saude) e da Biblioteca Virtual da Saúde (<https://bvsmis.saude.gov.br/>). A seleção dos dados foi feita pela pesquisadora principal do estudo.

Inicialmente, um total de treze documentos foram selecionados para o estudo, sete de Portugal e seis do Brasil, considerando os seguintes critérios de inclusão: (I) consistir em leis, decretos, portarias e planos; (II) que relacionam a integralidade do cuidado/integração dos cuidados à política de saúde mental; (III) publicados a partir de 1979, no caso do SNS, e de 1990, no caso do SUS, até dezembro de 2020. Foram excluídos os documentos que não mencionavam os termos “integralidade”, “atenção integral”, “globalidade”, “integração dos cuidados” ou “cuidado integrado”. A coleta destes dados ocorreu em fevereiro de 2021.

Em outubro de 2025, fez-se uma nova busca, contemplando documentos publicados até dezembro de 2024. Com isso, foram incluídas três novas publicações, uma de Portugal e duas do Brasil.

Os dados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo, que possibilitou uma compreensão ampla a respeito da organização dos sistemas a partir dos mecanismos de integração dos cuidados nas políticas de saúde mental. Para tanto, o estudo foi conduzido em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009), que possibilitaram o estabelecimento de três categorias de análise. As etapas iniciais da análise foram feitas pela pesquisadora principal do estudo e a interpretação final foi feita em consenso entre as três pesquisadoras.

3 RESULTADOS

A legislação portuguesa estabeleceu um entendimento de cuidado integrado que considera a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (PORTUGAL, 1979) de modo articulado e em rede (PORTUGAL, 2019). No que concerne à Política de Saúde Mental, os cidadãos têm resguardado o direito de aceder a cuidados de saúde integrais e integrados de qualidade e de escolher o local de atendimento, tendo em vista a continuidade do seu plano integrado de cuidados, na medida dos recursos existentes (PORTUGAL, 2023).

No Brasil, a integralidade do cuidado é reconhecida como um dos princípios do SUS e refere-se ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis do sistema. Cabe ao Estado formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, abarcando, dessa forma, a promoção da saúde (BRASIL, 1990). As pessoas com transtornos mentais têm direito a acessar o melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2001), em serviços qualificados, com oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Foram identificados 16 documentos que demonstram mecanismos de integração dos cuidados nas políticas de saúde mental do SNS e do SUS. Os documentos analisados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Documentos de Portugal e do Brasil selecionados para análise

País	Documento
Portugal	Lei n.º 36, de 24 de julho de 1998. Lei de Saúde Mental.
	Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de fevereiro. Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Diário da República n.º 30/1999.
	Resolução n.º 49/2008. Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).
	Decreto-Lei n.º 8/2010 de 8 de janeiro. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. Diário da República n.º 19/2010.
	Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República n.º 145/2015.
	Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020.
	Lei n.º 95/2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

	Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023. Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho.
Brasil	Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
	Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
	Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.
	Portaria GM 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.
	Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Revogada pela Portaria GM Nº 757, de 21 de junho de 2023.
	Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas
	Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.
	Portaria GM/MS Nº 5.738, de 14 de novembro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Fonte: elaborado pelas autoras.

A análise dos documentos possibilitou a identificação de três categorias relacionadas à integração dos cuidados, denominadas: (1) desinstitucionalização, (2) cuidado em redes de atenção e (3) protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado em saúde mental. Tais categorias serão apresentadas a seguir.

3.1 Desinstitucionalização

Em Portugal, a Lei da Saúde Mental, de 1998, estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. Os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) têm a incumbência de assegurar a prestação de cuidados globais de saúde mental e atuar de forma integrada com os Centros de Saúde e demais serviços (PORTUGAL, 1998; PORTUGAL, 1999).

Uma década após a publicação da Lei de Saúde Mental, concluiu-se que pouco havia sido investido em equipes de saúde mental comunitárias no país, de modo que o internamento ainda consumia a maior parte dos recursos. Após a definição dos princípios que regulamentam o internamento compulsório, bem como

daqueles que organizam os SLSM, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) (PORTUGAL, 2008).

O PNSM previu a reestruturação dos hospitais psiquiátricos, a criação de novos SLSM com base na comunidade e o direcionamento das internações para os hospitais gerais. Orientou-se, entre outros, pelos seguintes valores e princípios: saúde mental indivisível da saúde em geral (ou seja, os serviços de saúde mental devem estar integrados no sistema geral de saúde); cuidados na comunidade (a indicação de internamento só deve ocorrer após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade); coordenação e integração de cuidados (de modo a facilitar a continuidade de cuidados); abrangência (a fim de atender às necessidades essenciais de cuidados em saúde mental da área). Há ainda um apelo à intersetorialidade, através da articulação com os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (PORTUGAL, 2008).

Posteriormente, a nova Lei de Bases nacional assegurou o compromisso do Estado em promover o bem-estar mental, prevenir as doenças mentais e identificar os riscos a elas associados. Além disso, estabeleceu que os cuidados de saúde mental devem ser centrados na pessoa, reconhecendo suas necessidades específicas, e ofertados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente na comunidade (PORTUGAL, 2019).

Em 2023, foi publicada uma nova Lei da Saúde Mental, que revogou a Lei de 1998. Entre seus fundamentos, destaca-se que a prestação de cuidados de saúde mental deve ocorrer no local menos restritivo possível e que a internação hospitalar deve ser considerada sempre o último recurso. Além disso, ninguém pode ser submetido a medidas privativas ou restritivas da liberdade de duração ilimitada ou indefinida. Com isso, a nova lei objetiva concluir a transição para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade e proteger os direitos dos cidadãos (PORTUGAL, 2023).

No Brasil, a remodelação da atenção à saúde mental foi formalizada pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ela destacou o direito de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, preferencialmente em serviços

comunitários. Assim como em Portugal, preconizou-se que a internação só deve ser indicada diante do esgotamento dos recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001).

A necessidade de ampliar a oferta de serviços comunitários de saúde mental levou à criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS surgiram antes mesmo da criação do SUS e foram consagrados como os principais serviços de atenção psicossocial especializados em âmbito territorial. Oferecem cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em comum, as diferentes modalidades de CAPS têm a atribuição de disponibilizar atenção diária; responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental e supervisionar as equipes de APS do seu território (BRASIL, 2002), impulsionando a desinstitucionalização no país.

Contudo, alterações nas políticas de saúde mental e sobre drogas feitas entre 2017 e 2020 acabaram por fortalecer os hospitais psiquiátricos no Brasil. Sob o argumento de que todos os serviços de saúde mental são igualmente importantes e devem ser ampliados e fortalecidos, o Ministério da Saúde não só deixou de incentivar o fechamento, como aumentou o financiamento dessas instituições no período citado. Também as Comunidades Terapêuticas, locais que atendem pessoas usuárias de substâncias psicoativas na lógica asilar, passaram a ser consideradas pontos de atenção da rede (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

3.2 Cuidado em redes de atenção

Em Portugal, a reestruturação dos serviços existentes e a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental – nomeadamente as equipes de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais - deu-se no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e em articulação com os SLSM (PORTUGAL, 2010; PORTUGAL, 2015). Entende-se por cuidados continuados integrados de saúde mental o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria

da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social (p. 258) (PORTUGAL, 2010).

A Rede baseia-se, entre outros, nos princípios da prestação individualizada e humanizada de cuidados, na continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços e setores, na multidisciplinariedade e interdisciplinaridade. Estabelece, ainda, um modelo de intervenção integrada e articulada (PORTUGAL, 2015).

A nova Lei de Saúde Mental portuguesa, por sua vez, assegura que a prestação de cuidados de saúde mental seja feita por equipas e serviços multidisciplinares habilitados a responder às diferentes necessidades de cuidado das pessoas, de forma integrada, coordenada e contínua (PORTUGAL, 2023).

No Brasil, à medida em que foram implantados novos serviços de cuidado em saúde mental de âmbito comunitário, como os CAPS e os Serviços Residencial Terapêutico (SRT), reconheceu-se a necessidade de estabelecer mecanismos de articulação e integração entre eles. Com isso, a partir de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A RAPS consiste em uma das Redes de Atenção à Saúde temáticas propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro. Além de promover a integração dos serviços no território, tensiona a ampliação do acesso, diversificação das estratégias de cuidado e qualificação da atenção psicossocial, por meio da oferta de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. A diversificação das estratégias dá-se pela oferta de cuidado em pontos de atenção distribuídos pelos seguintes componentes: APS; Atenção Psicossocial Especializada (que inclui os CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de caráter transitório; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação psicossocial. Os pontos de atenção devem oferecer atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, que se faz pela construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2011).

3.3 Protagonismo da APS no cuidado em saúde mental

O Relatório da Avaliação do PNSM com propostas prioritárias para sua extensão estabeleceu recomendações para o agora denominado Programa Nacional

de Saúde Mental coerentes com os objetivos anteriormente estabelecidos de recrudescer as internações em hospitais psiquiátricos e ampliar o cuidado comunitário em Portugal. Dentre elas, destaca-se: assumir como prioridade a integração da SM nos cuidados primários, além de fomentar a promoção e prevenção em SM, estabelecendo sua difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional (PORTUGAL, 2017).

Por outro lado, ainda que a Nova Lei de Saúde Mental faça referência à implementação de medidas que contribuam para a promoção da saúde mental e para a prevenção das doenças mentais, não há menção à importância dos cuidados primários nesse contexto (PORTUGAL, 2023).

No Brasil, já em 2004, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas estabelecia os serviços de APS como um componente de cuidado fundamental a esse perfil de usuários, destacando a importância da sua capilaridade e da atuação de modo articulado aos demais serviços (BRASIL, 2004).

Na década seguinte, a Portaria da RAPS designou que os pontos de atenção do componente APS são responsáveis pela promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Destacou ainda a importância das ações de apoio matricial em saúde mental realizadas pelos extintos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, vinculados às Unidades Básicas de Saúde ou a Equipes de Saúde da Família. Saliou também que os CAPS (de qualquer modalidade) podem dividir a responsabilidade pela ordenação do cuidado em saúde mental com a APS (BRASIL, 2011).

Nos últimos dois anos o cuidado em saúde mental na APS foi incrementado com a criação e o financiamento de dois novos serviços: as equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) e os Centros de Convivência (CECO). Ambos são compostos por profissionais de saúde de diferentes áreas (Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre outras). As eMulti atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, em articulação com a rede de saúde e intersetorial (BRASIL, 2023a). Já os CECO oferecem acolhimento integral e humanizado em espaços de sociabilidade, que articulam projetos intersetoriais de saúde, cultura, economia solidária, educação, desenvolvimento social, esporte, lazer, meio ambiente e direitos humanos (BRASIL, 2024a).

O quadro 2 apresenta uma comparação entre os principais avanços na Política de Saúde Mental em cada um dos países analisados.

Quadro 2 – Comparação entre os principais avanços na Política de Saúde Mental de Portugal e do Brasil à luz da integralidade

Categorias	Portugal	Brasil
Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 36/1998 estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. O internamento só será indicado após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade e deve ser, tendencialmente, em hospitais gerais; - PNSM* enfatizou que a saúde mental é indivisível da saúde em geral e deve ser integrada aos cuidados comunitários. - Lei 35/2023 assegurou que a prestação de cuidados ocorra no local menos restritivo possível, reforçou que a internação hospitalar seja considerada sempre como último recurso e garantiu que ninguém pode ser submetido a medidas restritivas da liberdade sem prazo definido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lei Federal nº 10.216/2001 estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. O internamento só será indicado após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade e deve ser, tendencialmente, em hospitais gerais.
Cuidado em redes de atenção	<ul style="list-style-type: none"> - A reestruturação dos serviços de saúde mental existentes e a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental (equipes de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais) deu-se no âmbito da RNCCI[†] e em articulação com os SLSM[‡]; - PNSM aposta na integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde como estratégia para facilitar o acesso; - Cuidado centrado na pessoa; - Abordagem interdisciplinar; - A prestação de cuidados de saúde mental deve ser feita de forma integrada, coordenada e contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de uma rede temática (RAPS[§]), composta pelos serviços de APS^{**}, Atenção Psicossocial Especializada (CAPS e unidades ambulatoriais), Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Médico de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto-Socorro); Atenção Hospitalar (Hospital Geral, Hospital-Dia e, a partir de 2017, Hospitais Psiquiátricos); Atenção residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento Adulto ou Infanto-Juvenil e Comunidades Terapêuticas); Estratégias de Desinstitucionalização (SRT) e Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda); - Cuidado centrado na pessoa, plano terapêutico singular elaborado em conjunto com usuários e familiares; - Abordagem interdisciplinar.
Protagonismo da APS no cuidado em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - O Relatório da Avaliação do PNSM com propostas prioritárias para a extensão a 2020 assumiu a integração da saúde mental nos cuidados primários como prioridade e estabeleceu como meta aumentar em 25% o registro das perturbações mentais nos cuidados primários. 	<ul style="list-style-type: none"> - O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004) estabeleceu os serviços de APS como um dos componentes de cuidado aos usuários; - Portaria nº 3088/2011 atribuiu aos serviços de APS a atuação na promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de

		<p>danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede.</p> <p>- Inclusão de dois novos serviços no componente APS da RAPS, as equipes Multiprofissionais na APS e os Centros de Convivência.</p>
--	--	--

Fonte: elaborado pelas autoras.

*PNSM = Plano Nacional de Saúde Mental

†RNCCI = Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

‡SLSM = Serviço Local de Saúde Mental

§RAPS = Rede de Atenção Psicossocial

** APS = Atenção Primária à Saúde

||CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

SRT = Serviço Residencial Terapêutico

4 DISCUSSÃO

Observam-se semelhanças na legislação de ambos os países com o propósito de qualificar as ações e os serviços de saúde mental e oferecer um cuidado integral. Outrora restrita ao confinamento em hospitais psiquiátricos, a oferta de cuidado em saúde mental avançou para fora destas instituições e foi inserida em serviços de base comunitária, acompanhando as evidências científicas (WHO; WONCA, 2009). A promoção do cuidado da pessoa em seu território, de forma humanizada, possibilita compreendê-la em suas múltiplas dimensões e necessidades, não só no âmbito da saúde mental - característica que aproxima a política de saúde mental de ambos os países de um dos sentidos da integralidade, qual seja, a atenção de acordo com suas necessidades apresentadas ao longo da vida.

Tanto em Portugal, quanto no Brasil, foram criados serviços especializados em saúde mental extra-hospitalares, sendo os principais os SLSM, em Portugal, e os CAPS, no Brasil. Até aí, reconhece-se um processo espelhado na Reforma Psiquiátrica (RP) da Itália, país pioneiro na desinstitucionalização e integração dos cuidados em saúde mental na comunidade (BASAGLIA, 2005). Contudo, nenhum dos dois países implementou uma desinstitucionalização radical, com a extinção dos hospitais psiquiátricos, como ocorrida na Itália.

Portugal iniciou antes do Brasil sua RP; entretanto, o país permaneceu por um longo período arraigado às estruturas hospitalares. As sucessivas alterações na legislação portuguesa sugerem uma dificuldade de efetivar mudanças na prática. Após décadas de mudanças legislativas, a nova Lei de Saúde Mental pretende

“concluir a transição para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, tendo em vista melhorar a qualidade desses cuidados e garantir a proteção dos direitos nos serviços e entidades com intervenção na área da saúde mental” (PORTUGAL, 2023, pág.4).

Já a RP brasileira promoveu uma expressiva diversificação de serviços extra-hospitalares. O controle social sempre foi favorável à extinção dos hospitais psiquiátricos, deixando isso expresso nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde mental (NUNES *et al.* 2019).

Os avanços na área, contudo, estagnaram com a publicação de documentos alinhados à perspectiva manicomial e contrários ao que vinha sendo implantado, sobretudo entre 2017 e 2019. A mudança trouxe prejuízos à integração dos serviços, já que instituições totais, a exemplo do hospital psiquiátrico, não atuam na lógica da integralidade. Ademais, o incentivo às internações em instituições fechadas contraria os preceitos estabelecidos pelo Relatório Mundial de Saúde da OMS, publicado em 2001 e dedicado à saúde mental, que instigou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a prestação dos cuidados em saúde mental na comunidade (OMS, 2001). Também se mostram dissonantes da Declaração de Caracas, documento em que países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometeram-se em reestruturar a assistência psiquiátrica e rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; princípios reafirmados em uma avaliação feita 15 anos após a assinatura da Declaração de Caracas (BRASIL, 2005). A revogação de tais alterações (BRASIL, 2023b), somadas ao financiamento de novas equipes e pontos de atenção (BRASIL, 2024b), inauguraram uma nova etapa para a efetivação da integralidade.

O movimento de reforçar a importância dos cuidados em saúde mental no nível primário de atenção, fomentando ações que variam desde a promoção à assistência da saúde mental na APS, foi identificado na legislação de ambos os países. Tal estratégia endossa o entendimento da integralidade como um dos atributos da APS (HAGGERTY *et al.*, 2007; STARFIELD, 1998). A oferta de cuidado à SM na APS pode levar à economia de custos, ao diminuir a probabilidade de as pessoas necessitarem de cuidados em situações de crise. Há que se ter atenção, contudo, à formação dos profissionais (força de trabalho com capacidade e confiança de atender demandas de SM), à garantia de ambientes de trabalho que

sejam mentalmente saudáveis e à integração com os demais serviços existentes, inclusive de cunho social (MIND, 2016).

A aposta na conformação de redes de cuidado para reforçar a integralidade também é elemento comum entre os dois países e justifica-se por aumentar a eficiência, reduzir custos e atender de forma mais eficaz as necessidades das pessoas - ao prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos (MENDES, 2011). As legislações diferem no que diz respeito aos serviços constituintes das redes, sendo que em Portugal os serviços de saúde mental foram inseridos em uma rede já existente, a RNCCI, ao passo que no Brasil se optou pela organização de uma rede temática, a RAPS.

Identificamos em Portugal a publicação de uma avaliação da implementação da PNSM comparando dados de 2016 com os dados de 2005, que fundamentou a escolha das prioridades para os anos subsequentes (PORTUGAL, 2017). No Brasil, ainda que a avaliação de políticas de saúde seja uma atribuição das diferentes esferas que constituem o SUS (BRASIL, 1990), não há uma avaliação da implementação da Política de Saúde Mental.

O boletim periódico intitulado “*Saúde Mental em Dados*” teve sua publicação interrompida pelo MS entre 2015 e 2023, período em que não se tinha clareza a respeito das fraquezas e fortalezas da política implementada, tampouco do investimento financeiro destinado aos diferentes pontos de atenção da RAPS. O “*Saúde Mental em Dados*” voltou a ser publicado em 2024, apresentando avanços na implantação e na capilarização dos principais pontos de atenção da RAPS no país, analisando o vazio assistencial dos componentes da RAPS nos municípios e reafirmando o compromisso de fortalecer as ofertas de saúde mental no SUS; porém, sem apresentar metas (BRASIL, 2024b).

Os documentos analisados expressaram a importância da interdisciplinaridade, do trabalho em equipe e do cuidado compartilhado como via para fortalecer os cuidados integrais e integrados. Além do aprimoramento do atendimento clínico, a integração entre profissionais acarreta maior apoio e colaboração, bem como melhor compreensão acerca do trabalho desempenhado. A prática pautada pela integralidade remete ainda a uma perspectiva ampliada da clínica, que instiga o cuidado centrado na pessoa e a compreensão do ser humano de modo holístico. Especialmente no âmbito da saúde mental, essa prática clínica

pressupõe a valorização do acolhimento e do vínculo, favorecendo também o engajamento do utente na corresponsabilização do seu tratamento (DOBBINS *et al.*, 2016; HARRIS *et al.*, 2013).

Ademais, na medida em que a saúde mental é afetada por uma diversidade de determinantes sociais e econômicos, como acesso a empregos e moradia digna, combate à discriminação e à violência, a responsabilidade pela promoção da saúde mental e pela prevenção dos transtornos mentais perpassa outros setores da sociedade. Os efeitos de fatores socioeconômicos sobre a saúde das pessoas reforçam a necessidade de elaboração de estratégias que mobilizem diferentes esferas governamentais, na perspectiva da intersectorialidade (WHO, 2013). Nesse sentido, constatou-se um esforço dos dois países em instigar a intersectorialidade nas políticas de saúde mental (PORTUGAL, 2008; BRASIL, 2011).

Deve-se ter em conta, ainda, que a pandemia de COVID-19 gerou desassistência em diferentes sistemas de saúde ao redor do mundo (CHUDASAMA *et al.*, 2020), prejudicando a integração dos cuidados. O distanciamento social, tão necessário para mitigar a transmissão do vírus, também provocou impactos na integração social, a qual tem especial importância para as pessoas em sofrimento psíquico. Disso decorre um aumento na incidência dos transtornos mentais e uma piora na saúde mental da população (BROOKS *et al.*, 2020).

A realização da análise documental possibilitou a comparação de aspectos normativos dos dois países. Tal formato, contudo, impõe limites à compreensão dos entraves e desafios para a efetiva implementação das políticas analisadas nos dois sistemas de saúde.

5 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o reconhecimento da evolução na política de saúde mental do SNS e do SUS à luz dos cuidados integrais e integrados. Percebeu-se um empenho de ambos os países em expandir o cuidado em saúde mental no nível comunitário, integrado à APS e aos demais pontos das redes de atenção, acompanhando as evidências científicas divulgadas pela OMS e centros de pesquisa voltados à área da saúde mental. Nesse sentido, pode-se celebrar os avanços obtidos pelos dois países.

Ao traçar um paralelo entre a evolução da integração dos cuidados na política de saúde mental do sistema de saúde brasileiro e português, o presente estudo contribui com a difusão dos benefícios desse modelo de atenção. Em um nível macro, contribui também com a divulgação de estratégias que podem vir a ser adotadas por outros sistemas de saúde. Espera-se que os aspectos ora discutidos contribuam com a construção de vias bem-sucedidas para a superação dos desafios que se impõem, seja por consequência da pandemia de COVID-19, ou mesmo pela carência de recursos financeiros.

Agradecimentos

Ao Programa de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento do trabalho (Nº processo: 88887.511815/2020-00).

REFERÊNCIAS

ARIAS, D.; SAXENA, S.; VERGUET, S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine*, v. 54, 101675, 2022. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101675.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023*. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reconstitui as redações. Brasília, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 5.738, de 14 de novembro de 2024*. Altera as Portarias de Consolidação MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. *Saúde Mental em Dados – 13, Ano 19, nº 13*. Brasília, 2024b.

BRASIL. *Nota Técnica nº 11/2019*. Esclarecimentos sobre mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2019.

BRIGGS, A. M. et al. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*, v. 8, n. 4, e021194, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021194.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, v. 395, p. 912-920, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

CHUDASAMA, Y. V. et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, v. 14, n. 5, p. 965-967, 2020. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.06.042.

DOBBINS, M. I. et al. Integrated care and the evolution of the multidisciplinary team. *Primary Care*, v. 43, n. 2, p. 177-190, 2016. DOI: 10.1016/j.pop.2016.01.00.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2016 BRAZIL COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990–2016. *Lancet*, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 1 set. 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2.

HAGGERTY, J. et al. Operational definitions of attributes of primary health care. *Annals of Family Medicine*, v. 5, n. 4, p. 336-344, 2007. DOI: 10.1370/afm.682.

HARRIS, M. et al. Multidisciplinary group performance. *International Journal of Integrated Care*, v. 13, fev. 2013. DOI: 10.5334/ijic.996.

HIRDES, J. P. et al. The interRAI suite of mental health assessment instruments. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, 926, 2020. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00926.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.

MIND. *Mental health in primary care: a briefing for Clinical Commissioning Groups*. London, 2016.

MOETI, M.; GAO, G. F.; HERRMAN, H. Global pandemic perspectives. *Lancet*, v. 400, n. 10353, p. e3-e7, ago. 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01328-9.

NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25252019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, OMS, 2001.

PORTUGAL. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016*. Lisboa, 2017.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro*. Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Diário da República n.º 30/1999: Lisboa, 1999.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 8/2010, de 8 de janeiro*. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. Diário da República n.º 19/2010: Lisboa, 2010.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho*. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República n.º 145/2015: Lisboa, 2015.

PORTUGAL. *Lei n.º 56, de 15 de setembro de 1979*. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 214/1979: Lisboa, 1979.

PORTUGAL. *Lei n.º 36, de 24 de julho de 1998*. Lei de Saúde Mental. Lisboa, 1998.

PORTUGAL. *Lei n.º 95/2019*. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República: Lisboa, 2019.

PORTUGAL. *Lei n.º 35/2023, de 21 de julho de 2023*. Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexas, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Diário da República: Lisboa, 2023.

PORTUGAL. *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março*. Lisboa, 2008.

PORTUGAL. *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal*. Lisboa: CNS, 2019.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO, 2017.

WHO. *Continuity and coordination of care*. Geneva: WHO, 2018.

WHO. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO, 2013.

WHO; WONCA. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Geneva: WHO, 2009.