

**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

*Nuno Murcho*

## **SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA**

**uma perspetiva de integração  
nos cuidados de saúde primários**



***Cadernos do GREI n.º 14***

***ABRIL 2014***

## **SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA**

**Uma perspetiva de integração  
nos cuidados de saúde primários**

### **ÍNDICE**

Introdução.....	3
1. Saúde mental versus doença mental: alguns aspetos relevantes.....	4
2. Algumas notas sobre a evolução da saúde mental em Portugal.....	7
3. A problemática da saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários.....	10
4. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a saúde mental....	13
5. A Saúde Mental Comunitária: Estratégias de Intervenção.....	16
Reflexões finais.....	19
Bibliografia.....	20



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
Giordano Bruno

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:** Cadernos do GREI

**Edição de:** GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares  
Giordano Bruno

*Urb. Vale da Amoreira, lote 5 – 4.º Dt.º  
8005-334 FARO*

[grei.grupo@gmail.com](mailto:grei.grupo@gmail.com)   [www.grei.pt](http://www.grei.pt)

**Capa:** adaptada por Alice de “Alguns círculos” de Wassily Kandinsky

**Conselho Editorial:** Carlos Marques Simões (coordenador), Francisco Gil,  
Helena Ralha-Simões, Helena Sousa, Nora Almeida Cavaco e Rosanna Barros

**Data:** abril de 2014

**Publicação de difusão restrita**

*A ortografia adotada no texto dos cadernos é da responsabilidade de cada autor(a).*

*A ortografia utilizada na capa, títulos, índice e resumo não segue o novo acordo ortográfico, segundo opção do coordenador editorial.*

(...) em toda a história os homens tentaram (...) estabelecer ligações inexistentes entre saúde e virtude, doença e pecado. Tudo se passa como se os homens não pudessem aceitar, e ainda não possam aceitar, que homens bons podem ser doentes e homens maus podem ser sadios.

**Thomas S. Szasz**

*in A fabricação da loucura (1971)*

Não podemos, na tradição faustiana de Goethe, afirmar que a luta, ainda que mal sucedida, é meritória? Não podemos conceber a ansiedade como uma força [que] orienta os grandes feitos da humanidade? É justamente essa espécie de pensamento que leva [a uma] importante concepção de saúde mental, (...) o domínio do ambiente, ou competência.

**Richard S. Lazarus**

*in Personality and adjustment (1963)*

**Resumo:**

Este texto tem como objetivo refletir sobre a problemática da saúde mental nos cuidados primários de saúde, uma vez que este nível de cuidados tem um papel crucial na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, bem como no diagnóstico precoce e no tratamento imediato dos transtornos mentais, apontando para a necessidade de um maior investimento nesta área.

**Palavras-chave:** saúde mental comunitária; cuidados de saúde primários; integração; Rede de Cuidado Continuados Integrados de Saúde Mental; transtornos mentais

**INTRODUÇÃO**

Os problemas de saúde mental (SM) são uma das principais causas de morbilidade nas sociedades contemporâneas e uma das principais causas de incapacidade (5 em 10), estimando-se que em Portugal a prevalência de perturbações mentais seja aproximadamente de 23% (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008; Miguel & Sá, 2010).

Por outro lado, sabemos que existe uma forte correlação entre doença física e problemas mentais, como por exemplo no caso do risco elevado para angina e enfarte agudo do miocárdio em pessoas deprimidas, para além dos quadros de somatização (Miguel & Sá, 2010), sendo até sugerido por alguns autores que existe uma propensão psicofísica para adoecer (Teixeira & Cabral, 2008).

Aliás, os problemas com uma base psicossomática, são das situações mais recorrentes ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), englobando uma grande diversidade de situações que incluem desde os distúrbios somatoformes (que são queixas físicas não explicadas por uma doença orgânica), que ao nível da Medicina Geral e Familiar representam cerca de 15% a 39% do total das consultas realizadas (Nunes, Yaphe & Santos, 2013), passando por doenças crónicas, como a asma, diabetes, síndrome de fadiga crónica e esclerose múltipla (Ogden, 2004), por problemas psicossociais, como reações simples ao

ao stresse e reações de ajustamento (Teixeira & Cabral, 2008) e pelos transtornos mentais comuns, designadamente o stresse, a ansiedade e a depressão (Green & Benzeval, 2011).

Assim, podemos dizer que no contexto dos CSP, as perturbações mentais são habituais, embora possam não ser sempre detetadas ou devidamente tratadas (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011<sup>a</sup>), havendo uma morbilidade psiquiátrica oculta, que representa cerca de 39% dos casos de pessoas com este tipo de perturbações que não é identificada neste nível de cuidados de saúde (Santos, 2009).

Deste modo, é importante olharmos para a SM como uma área primordial nos CSP, não só pela prevalência das problemáticas deste foro na comunidade, que a literatura consultada estima que tenha uma prevalência aproximada de 25% (Santos, 2009), como também pelas suas consequências diretas (e.g., a incapacidade e os internamentos a que sujeitam), como indiretas, (e.g., custos associados resultantes do absentismo laboral que está associado a estes problemas) (Apóstolo *et al.*, 2011<sup>b</sup>; Ordem dos Psicólogos [OP], 2011).

Até mesmo porque em contexto de crise, económica e social, existe um agravamento, nomeadamente a existência de maior mortalidade, aumento da taxa de suicídio e fatalidades associadas ao consumo de álcool (OP, 2011). Assim sendo, propomo-nos refletir sobre a problemática da SM nos CSP numa perspetiva integradora.

**1. SAÚDE MENTAL VERSUS DOENÇA MENTAL: ALGUNS ASPETOS RELEVANTES**

Como mencionamos, os problemas de SM são responsáveis por custos elevados para as sociedades, em termos de sofrimento, incapacidade individual, disfunção familiar e diminuição da produtividade no trabalho, encontrando-se estreitamente associados a algumas das situações clínicas com maiores índices de utilização dos serviços e consumo

mo de medicamentos, às situações associadas a comportamentos adictivos e dependências, violência doméstica e juvenil, comportamentos alimentares e sexuais, e integração social de imigrantes e de grupos especialmente vulneráveis, designadamente dos idosos, tendo por isso vindo a adquirir uma crescente importância nas sociedades contemporâneas (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007).

Estudos feitos em vários países do Mundo, principalmente a partir da década de 70 do século passado, demonstraram a evidência de que a SM é a base para um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social, sendo considerado como um fator importante da inclusão social, bem como da plena participação comunitária e económica (Xavier & Almeida, 2010).

Na verdade, a SM mais que a mera ausência de doença mental, é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos, que está relacionada com a capacidade de as pessoas se adaptarem às mudanças, de enfrentarem crises, estabelecerem relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrirem um sentido para a vida, englobando aspetos como o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e autorrealização dos potenciais intelectual e emocional das pessoas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002; Xavier & Almeida, 2010)

De qualquer forma, existe a convicção de que muitos dos problemas mentais não são devidamente detetados nem eficazmente tratados, principalmente ao nível dos CSP (Santos, 2009), havendo autores que chamam a atenção a este respeito, para aquilo que designam como o paradoxo dos psiquiatras, segundo o qual os verdadeiros doentes (i.e., com um diagnóstico psiquiátrico devidamente estabelecido) não se querem tratar, enquanto existe uma grande variedade de pessoas sem um diagnóstico claro que procura tratamento e também a sua cura (Abreu, 2006).

Numa perspetiva desconstrutivista da doença mental, podemos dizer que existe uma certa propensão para as pessoas assumirem um determinado papel enquanto doentes mentais, sendo os diferentes tipos de doença apresentados variações de uma perturbação mental base, ou seja, de uma fragilidade na organização da sua saúde mental (Abreu, 2006).

Mesmo numa perspetiva do processo saúde-doença mental em geral, este conceito vem ao encontro do que é mencionado por outros autores, quando sugerem que a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, não lhe correspondendo integralmente, uma vez que mesmo quadros clínicos semelhantes (i.e., com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento) podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com um comprometimento diferenciado das suas competências sociais (Vianna, 2011).

Assim, os fatores que concorrem para a existência de doença são constituídos por uma tríade epidemiológica formada pelo agente, hospedeiro e ambiente, modelo este que numa análise mais abrangente (campo de saúde) é composto pelo envolvimento do ambiente (não apenas o ambiente físico), estilo de vida, biologia humana e sistema-serviços de saúde, numa permanente interrelação e interdependência, estando o processo saúde-doença diretamente associado à forma como o ser humano, no seu devir existencial se foi apropriando da natureza para transformá-la procurando o atendimento das suas necessidades, ou seja, a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, e o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoece (Vianna, 2011).

Por outro lado, também sabemos que as doenças, físicas ou mentais, são influenciadas por uma combinação de fatores biopsicossociais, e que as doenças mentais têm a sua base em processos neuro-

biológicos, nomeadamente ao nível genético, molecular e bioquímico (OMS, 2002), se bem que as *determinantes sociais e económicas* (e.g., emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de género, experiências precoces e ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida stressantes) tenham um papel reconhecidamente importante (Alves & Rodrigues, 2010).

Deste modo, a SM passou a ser considerada uma prioridade da saúde pública, procurando-se assegurar o acesso às populações a serviços modernos e de qualidade nesta área de cuidados (CNRSSM, 2007), ao nível do tratamento, promoção de estilos de vida saudáveis e redução dos fatores de risco para as perturbações mentais e comportamentais (Alves & Rodrigues, 2010; Gomes & Loureiro, 2013), podendo as estratégias de intervenção na prevenção primária serem categorizadas em três tipos, que são os seguintes: *prevenção universal* (geral e abrangente, destinada a toda a população); *seletiva* (destinada a grupos ou subgrupos da população com maior risco de desenvolverem distúrbios mentais que o resto da população em geral); e *indicada* (destinada a pessoas com um risco elevado de desenvolverem doença mental) (World Health Organization [WHO], 2002).

## **2. ALGUMAS NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL**

A história da loucura prende-se com o próprio devir da humanidade, influenciada pelas crenças dominantes na sociedade sobre a doença mental, as quais evoluíram desde uma visão mágico-religiosa até uma perspetiva médico-científica, e determinaram o desenvolvimento do tipo de assistência prestada às pessoas com perturbações mentais, que foi marcada pela exclusão destas pessoas, passando só mais recentemente a englobar princípios como reabilitação, integração e inclusão social (Ferreira, Firmino, Florido, Gamacho & Jorge, 2006).

As profundas alterações, designadamente tecnológico-científicas e socioculturais, que ocorreram no século XX, levaram a um aumento da esperança média de vida da população (mais evidente na segunda metade deste século) e também a uma maior consciencialização da importância das pessoas e dos seus direitos, que ocasionou a necessidade de políticas públicas visando não só a promoção da saúde e da qualidade de vida em geral, como a promoção da SM e a prevenção da doença mental em particular, e que transformaram a perspetiva em relação às características das respostas dos serviços para os doentes mentais, passando a valorizar-se intervenções mais abrangentes e integradoras, centradas nesta área da saúde e menos na intervenção psiquiátrica, que se viriam a traduzir na reforma dos grandes centros psiquiátricos e na disponibilização de respostas na comunidade adaptadas às necessidades destas pessoas, devido à diminuição da qualidade de vida destes doentes, bem como aos custos associados a este tipo de perturbações (Almeida, 2010; Moraes, Barros, Vieira & Braga, 2012; Narigão, 2012; WHO, 2002; Souza).

No que respeita à história da SM, podemos definir três grandes períodos, que são os seguintes: o *reconhecimento do direito ao tratamento dos doentes mentais*, por Pinel em França, no século XVIII, levando ao surgimento de formas específicas de tratamento (e.g., sangrias, balneoterapia, abcessos de fixação, malarioterapia - infeção propositada com malária, convulsoterapia química e eletroconvulsoterapia); a *introdução dos psicofármacos*, nos anos cinquenta do século XX, (iniciada com a clopromazina); a *passagem da psiquiatria meramente curativa para a psiquiatria preventiva*, a partir dos anos cinquenta deste último século com o surgimento dos movimentos da psiquiatria comunitária e a criação de outras estruturas (e.g., tratamentos em ambulatório, hospitais de dia) ou os internamentos psiquiátricos nos hospitais gerais, visando a destigmatização dos doentes mentais (Esteves, 2011; Ferreira *et al.*, 2006; Reinaldo, 2008).

Em Portugal, o final do século XIX é um marco na revolução da psiquiatria, a partir do qual se conferiu à loucura o estatuto de doença e à

medicina a função de a tratar, o que levou à necessidade da existência de locais apropriados para a tratar, e concomitantemente ao surgimento dos hospitais psiquiátricos em paralelo com o reconhecimento da psiquiatria, enquanto ciência médica (CNRSSM, 2007; Esteves, 2011; Ferreira *et al.*, 2006)

Também os avanços das neurociências vieram trazer novas perspetivas na compreensão das causas das doenças mentais possibilitando a criação de novos tratamentos, passíveis de ser oferecidos a nível da saúde comunitária, tendo estes avanços permitido também a progressiva integração da SM na saúde geral, a criação de Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental nos hospitais gerais e a crescente inclusão desta área da saúde nos CSP (Santos, 2009).

Uma análise do sistema de SM em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas, sendo um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional nesta área da saúde (Lei n.º 2118/63) de acordo com os princípios da sectorização, a qual permitiu a criação de Centros de Saúde Mental (CSM) em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e de ligação aos CSP. A nova legislação de SM, aprovada nos anos 90 (a Lei n.º 36/98 e o Decreto Lei n.º 35/99) reforçou este capital, tendo a criação de serviços descentralizados tido um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados (CNSM, 2008).

Cronologicamente, podemos dividir a evolução da SM em Portugal nas seguintes fases: *até 1960*, ocorre o desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos (desde o Hospital de Rilhafoles, em 1848, até ao Hospital Magalhães de Lemos, em 1953); *de 1960 até 1984*, inicia-se a descentralização dos serviços psiquiátricos, com a publicação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118/63) e a criação dos CSM e os CSM infantis; *de 1984 a 1990*, ocorre a integração da SM na Direção-geral dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção do Instituto de Assistência Psiquiátrica, surge o plano de reforma psiquiátrica nacional, que prevê a sectorização assente num modelo comunitário, e os serviços de saúde mental

são reorganizados e expandidos; *entre 1990 e 1998*, é interrompida a reforma em curso com a extinção dos CSM dando-se a integração dos serviços desta área nos hospitais gerais e são criados serviços específicos destinados ao tratamento de doentes toxicodependentes e alcoólicos; *de 1998 a 2008*, é publicada a Lei de Saúde Mental de 1998 (Lei n.º 36/98), são regulamentados os serviços de SM, é promovida a articulação com o setor social, aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e em 2008 é criada a CNSM; a *partir de 2008*, dá-se a publicação da legislação dos cuidados integrados de SM, e os serviços de adictologia são integrados nos CSP (Esteves, 2011; Ferreira *et al.*, 2006; Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], 2012).

### **3. A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Como mencionamos, os problemas de SM abrangem uma grande variedade de situações clínicas com repercussão nos CSP, indo desde distúrbios de base psicossomática, que incluem queixas somatoformes e alguns tipos de doenças crónicas em que há influência dos aspetos psicoemocionais (e.g., asma, hipertensão arterial), aos transtornos mentais comuns, designadamente stresse, ansiedade e depressão ligeiras, até mesmo aos quadros psicopatológicos mais graves (e.g., esquizofrenias, episódios psicóticos de outras perturbações, perturbações de personalidade ou depressões com ideação suicida) (Green & Benzeval, 2011; Ogden, 2004; Santos, 2009; Teixeira & Cabral, 2008).

De acordo com OMS (2002), estes problemas são universais, observando-se em pessoas de todas as regiões, etnias, países, género, idade, cultura, grau de escolaridade, nível socioeconómico, tipo de comunidade (rural ou urbana, industrializada ou não), e em termos gerais a maior prevalência verifica-se nas perturbações obsessivo-compulsivas, depressivas unipolares e afetivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, problemas devidos ao abuso do álcool e drogas, doença de Alzheimer e outras demências, distúrbios de stresse pós-traumático e de pânico, e na insónia primária, e ao nível dos CSP, nas perturbações depressivas,

de ansiedade e de abuso de substâncias, que podem estar presentes (isoladamente ou em conjunto) com uma ou mais afeções físicas.

Os estudos demonstram que por cada 1000 pessoas na comunidade, 250 têm perturbação psiquiátrica, embora apenas 230 contactem com os CSP, e destes somente 140 são identificados como padecendo de doença mental pelos clínicos gerais/médicos de família, dos quais 17 são referenciados para os cuidados diferenciados (serviços de psiquiatria), sendo que seis serão eventualmente internados (Santos, 2009).

Em Portugal, os resultados das investigações efetuadas nesta área, indicam que, em 2009, um quinto da população sofreu uma qualquer perturbação psiquiátrica, e quase metade já teve uma destas perturbações ao longo da vida, o que torna o nosso país, um dos países da Europa com maior prevalência de doença mental, sendo os níveis de consumo de antidepressivos e de ansiolíticos superiores à média europeia (OP, 2011).

Dos distúrbios mentais aqueles que são mais prevalentes na população adulta e idosa em Portugal são as perturbações de ansiedade (16,5%), as perturbações depressivas (7,9%) e as perturbações de controlo dos impulsos (3,5%) (Miguel & Sá, 2010).

Ao nível dos CSP no nosso país, estudos evidenciam que as perturbações mais prevalentes são a depressão, a ansiedade e o stresse, as quais apresentam uma alta comorbidade entre si, revelando que cerca de 50% dos seus clientes apresentam algum tipo de sintomatologia relacionada com estas perturbações, e que são mais frequentes em adultos com idades entre os 45 aos 54 anos, nos idosos e em mulheres (Apóstolo *et al.*, 2011<sup>a</sup>; 2011<sup>b</sup>).

Por outro lado, também sabemos de que muitos dos sintomas psiquiátricos estão mascarados por queixas somáticas, e que neste nível de cuidados de saúde, muitos dos sintomas somáticos são manifestações de perturbações depressivas (Apóstolo *et al.*, 2011<sup>a</sup>).

Aliás, está descrito na literatura que os quadros clínicos somatoformes, frequentemente associados à depressão e ansiedade, têm um

elevado peso nos CSP pela frequência com que surgem e pela necessidade de intervenções específicas e exigentes em termos formativos (Nunes *et al.*, 2013), sendo este tipo de situações (depressão e ansiedade ligeiras, queixas somatoformes e stresse) designados como *transtornos mentais menores* (King *et al.*, 2008; Risal, 2011).

Um estudo efetuado na Europa, com seis países, incluindo Portugal, relativo à ocorrência de transtornos mentais menores nos CSP, veio demonstrar que em termos gerais a maior prevalência para estes transtornos se situava na faixa etária situada entre os 18 e os 60 anos, havendo diferenças entre o género, tipo de perturbação e país. Assim nos homens a prevalência de depressão major e síndrome de pânico foi maior no Reino Unido, enquanto outras perturbações de ansiedade eram mais prevalentes em Espanha. Nas mulheres, os valores mais elevados de prevalência para depressão major, depressão ao longo da vida e outras perturbações de ansiedade verificaram-se em Espanha, embora a síndrome de pânico apresente valores mais elevados em Portugal (King *et al.*, 2008).

No que concerne às crianças e adolescentes, apesar de não haver dados estatísticos nacionais relativos à prevalência de psicopatologia neste grupo etário, de acordo com estudos internacionais estima-se que cerca de 20% em todo o Mundo apresente algum tipo de distúrbio mental incapacitante (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010), sendo as perturbações emocionais e do comportamento, as mais frequentes, nomeadamente a hiperatividade e o défice de atenção (Miguel & Sá, 2010), dos quais aproximadamente 2% a 5% das crianças que recorrem aos CSP apresentam problemas de SM (Marques, 2009).

A este respeito, salientamos que apesar destes valores, a verdadeira dimensão dos transtornos mentais ao nível das crianças e adolescentes, é subestimada, devendo ser muito mais elevada do que os valores apresentados pelos diversos estudos efetuados, até porque grande parte destes problemas neste grupo etário são sub-reconhecidos e subtratados, sendo ainda de mencionarmos que no plano individual, os distúrbios mentais nesta fase da vida podem repercutir-se no desen-

volvimento social, intelectual e emocional, e na aprendizagem, levando a uma diminuição da qualidade de vida, e até mesmo à perda do próprio sentido de viver (podendo em último caso, levar ao suicídio), assim como a um maior consumo de cuidados de saúde, com implicações na SM futura destas crianças e jovens (Miguel & Sá, 2010; Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

#### **4. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E A SAÚDE MENTAL**

O envelhecimento global da população, anteriormente mencionado, e que resultou do aumento da esperança média de vida (que se estima em mais de 20 anos), ocorrido no século passado (sendo Portugal dos países mais envelhecidos do Mundo), é um dos factos mais relevantes da saúde pública ao nível mundial e uma das maiores conquistas da Humanidade, colocando todavia um conjunto de problemas relacionados, entre outros, com a sobrecarga assistencial e comunitária decorrentes do aumento de doenças crónicas e incapacidade associada, tornando-se um dos maiores desafios do século XXI (Almeida, 2010; Souza *et al.*, 2012).

No que respeita às doenças mentais, esta situação também teve repercussões, até mesmo porque este tipo de perturbações pode ser incapacitante evoluindo para a cronicidade, exigindo por isso regimes de tratamento que se prolongam por vezes para o resto da vida (OMS, 2002), sendo de mencionarmos a este respeito que em Portugal em 2010, existiam nas instituições públicas e do setor social, 3.458 pessoas com internamentos superiores a 365 dias, das quais 50% apresentava um elevado grau de incapacidade psicossocial, sendo que destas, 43% tinham idades compreendidas entre os 46 aos 56 anos (PNSM, 2012).

Acompanhando esta tendência, surge um novo paradigma de prestação de cuidados de saúde, centrado no cidadão e na comunidade

(cuidados integrados comunitários), que levou a que no caso da gestão de doenças crónicas se tenha vindo a assistir à expansão dos cuidados domiciliados, incluindo os cuidados de longa duração, em todo o Mundo (Almeida, 2010).

No caso da SM, esta mudança de paradigma traduziu-se num novo tipo de respostas, que se inicialmente pretenderam a desinstitucionalização do doente mental, numa perspetiva de transição das estruturas asilares para a comunidade, atualmente assentam num modelo de cuidados continuados que inclui as dimensões saúde e social, procurando atender às diferentes exigências destes cuidados, organizados em rede e promotoras de competências para a vida das comunidades, e que visam a integração destas pessoas nos contextos comunitários e não nas estruturas ou serviços (CNRSSM, 2007; Esteves, 2011; Narigão, 2012).

Em Portugal, a criação dos *cuidados continuados integrados de SM*, que podemos definir como o conjunto de intervenções sequenciais de SM 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, ativo 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 (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro), veio permitir que a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) se estendesse a pessoas com problemas deste foro, ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave, sendo essa rede constituída por Unidades e Equipas de Cuidados Continuados de Saúde Mental ou de Apoio Social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os Serviços Locais de Saúde Mental, os Centros de Saúde, os Serviços Distritais e Locais de Segurança Social, a Rede Solidária e as Autarquias Locais, e estando organizada em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local (CNRSSM, 2007).



Assim, com a publicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro aprofunda-se a experiência do anterior Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98, de 15 de Maio, com a reformulação e criação de novas tipologias e pelo alargamento das entidades promotoras – do sector social aos sectores público e privado lucrativo, estabelecendo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de Maio as atribuições em matéria de respostas de cuidados continuados integrados de SM que são cometidas à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, as quais são desenvolvidas por uma equipa de projeto exclusivamente encarregue da prossecução das incumbências inerentes às novas atribuições desta unidade de missão, tendo o Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro estabelecido novas estruturas assistenciais relativas ao anterior Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

De mencionarmos ainda a este respeito que, de acordo com o enquadramento legal relativo à organização e tipologias previstas para a RNCCI no âmbito da SM, designadamente os Decretos-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro e n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro, anteriormente mencionados, as estruturas multidisciplinares que prestam cuidados continuados integrados de SM são de três tipos: *Equipas de Apoio Domiciliário* (atuam nos domicílios, auxiliam na supervisão e gestão da medicação e asseguram o apoio regular nos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários); *Unidades Sócio Ocupacionais* (localizadas na comunidade e têm como destinatários pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social, e a sua finalidade é a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional); e as *Unidades Residenciais* (apresentam diferentes níveis de intensidade, localizam-se preferencialmente na comunidade e asseguram a prestação de serviços médicos e sociais, sendo

designadas como Residências que podem ser de Treino de Autonomia, Autónomas de SM, de Apoio Moderado ou de Apoio Máximo).

## 5. A SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A mudança de paradigma na saúde, caracterizada pela centralização no cidadão, que passou a ser considerado como um (auto) prestador de cuidados, numa perspetiva inclusiva e em contínuo, vai desde o auto-prestador estrito na doença nas situações banais de saúde, até ao recetor estrito de cuidados de saúde nas situações graves (Almeida, 2010), com ênfase na criação de ambientes salutogénicos e ao desenvolvimento de habilidades pessoais, visando a promoção da qualidade de vida (Souza *et al.*, 2012).

Nesta perspetiva, o utente dos serviços de saúde, começou a ser visto como um cliente destes serviços, ou numa perspetiva sistémica, de acordo com o modelo de sistemas de cuidados de saúde, como um sistema-cliente em interação com o meio ambiente, sendo este cliente uma pessoa, família, grupo ou agregado, ou a própria comunidade, constituído por um conjunto de variáveis interrelacionadas (subsistemas deste sistema-cliente) fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, e por uma estrutura central (que consiste em fatores básicos de sobrevivência como intervalo normal de temperatura, estrutura genética, padrão de resposta, força ou fraqueza orgânica e estrutura do *ego*) (Neuman & Fawcett, 2011).

No que respeita aos cuidados de SM, em particular na SM comunitária, estas alterações vieram trazer uma nova forma de conceção das estratégias de intervenção, centradas agora neste cliente dos serviços de saúde, embora também tenha criado novos desafios, até porque a intervenção a este nível pressupõe lidar com a pessoa no seu contexto, o que implica trabalhar com pessoas em sofrimento mental no seu mundo real, sendo esse cuidado complexo uma vez que está situado entre

os territórios geográfico e existencial dessas pessoas, como os territórios dos usuários de drogas ou das pessoas com delírios numa determinada comunidade (Lucchese, Oliveira, Conciani & Marcon, 2009).

Contudo, a prestação de cuidados de SM comunitários ultrapassa a perspectiva do tratamento das pessoas com perturbações mentais, devendo partir do nível mais básico de cuidados, nos CSP, entre outras, pelas seguintes razões: a carga dos transtornos mentais é grande; está associada às demais intervenções deste nível de cuidados; os problemas mentais e físicos estão interligados; a diferença de tratamento para estes transtornos é enorme; promove o respeito dos direitos humanos; privilegia as ações preventivas, individuais e coletivas; aloca os programas de SM nos diferentes serviços deste nível de cuidados, formando uma rede de suporte; melhora a acessibilidade aos cuidados; permite a realização ações diretas e indiretas; utiliza novas abordagens em saúde; tem governabilidade; agrega profissionais com diferentes formações; implica a comunidade, considerando as suas características; é de baixo custo; e gera bons resultados de saúde (Reinaldo, 2008; WHO & World Organization of Family Doctors [WONCA], 2008).

No que concerne à *promoção da saúde* e à *prevenção da doença* nesta área, que são conceitos complementares e sobrepostos, sabemos serem passos fundamentais para a redução dos crescentes custos das doenças mentais, devendo as *estratégias preventivas* ao nível dos CSP (universais, seletivas ou indicadas) ser dirigidas aos fatores de risco e aplicadas em períodos específicos antes do aparecimento da doença mental, a fim de serem maximamente eficazes, enquanto a *promoção da SM* envolve a *promoção do valor para a SM*, e a melhoria das capacidades de *coping* dos indivíduos em vez da melhoria dos sintomas e défices (WHO, 2002).

Em relação ao tratamento destas perturbações, a literatura sugere a existência de uma via de acesso aos cuidados diferenciados de psiquiatria (Pirâmide de Goldberg) constituída por *cinco níveis de acesso* e de *quatro filtros*, em que o *primeiro nível* é a comunidade, o *segundo ní-*

*vel* a totalidade dos clientes dos CSP, o *terceiro nível* os clientes dos CSP a quem são detetados transtornos mentais, o *quarto nível* os clientes dos CSP que foram encaminhados para serviços especializados de psiquiatria e SM (cuidados diferenciados) e o *quinto nível* os doentes internados em serviços de psiquiatria, enquanto o *primeiro filtro* é o comportamento do doente (decisão de recorrer aos CSP), o *segundo filtro* a capacidade dos CSP de identificarem doença mental, o *terceiro filtro* a referenciação para os cuidados psiquiátricos, e o *quarto filtro* a decisão de internamento (nos cuidados psiquiátricos) (Risal, 2011; Santos, 2009).

Assim, no que respeita ao *diagnóstico e tratamento* de pessoas com perturbações mentais neste nível de cuidados, é importante a ênfase no *diagnóstico precoce* (baseado na entrevista de SM, exame somático e recurso a fontes adicionais de informação), no *tratamento imediato* destas perturbações (recorrendo preferencialmente a intervenções psicoterapêuticas breves, assentes no modelo de relação de ajuda) e na *articulação* com as estruturas dos cuidados diferenciados psiquiátricos bem como no *encaminhamento* para estas estruturas quando haja necessidade, perspectivando-se sempre a *prevenção da desinserção sociofamiliar e laboral* destas pessoas, ou caso tenha já ocorrido, a sua *reabilitação e reinserção psicossocial e sociolaboral* (Miguel & Sá, 2010; OMS, 2002).

De mencionarmos ainda que as estratégias de intervenção em SM comunitária, assentam em equipas multidisciplinares ao nível dos CSP e são dirigidas a todas as pessoas da comunidade, pressupondo o treino e formação destas equipas com vista à aquisição de saberes e habilidades para a prestação de cuidados nesta área, e a articulação com as estruturas especializadas de SM, quer no que respeita ao apoio ao nível da psiquiatria de ligação (na consultoria, supervisão de casos e na intervenção direta), quer na referenciação e encaminhamento para estas estruturas (OMS, 2002; Risal, 2011; Santos, 2009; Teixeira & Cabral, 2008).

## REFLEXÕES FINAIS

A SM comunitária, cujo desenvolvimento se deveu, em parte, a uma maior consciencialização da importância das pessoas e dos seus direitos, bem como a uma mudança de paradigma na saúde com a centralização dos cuidados no cidadão, como cliente dos serviços de saúde, enquanto indivíduo, família, grupo ou mesmo comunidade, foi um enorme salto qualitativo na prestação de cuidados de SM aos três níveis de prevenção (promoção da SM e prevenção da doença mental, diagnóstico precoce e tratamento imediato dos transtornos mentais e a reabilitação e reinserção psicossocial e sociolaboral dos doentes mentais) (Almeida, 2010; Neuman & Fawcett, 2011; OMS, 2002; WHO, 2002).

Este novo conceito, assenta fundamentalmente nos CSP, numa perspetiva integrada, até porque este nível de cuidados tem por função a intervenção na comunidade, estando mais próximo das pessoas, na promoção da SM, prevenção da doença mental, diagnóstico precoce e no tratamento imediato dos transtornos mentais, funcionando como um filtro entre os cuidados gerais e os diferenciados, neste caso as estruturas especializadas em Psiquiatria e SM, o que possibilita a maximização da assistência às pessoas com transtornos mentais (independentemente do seu tipo e gravidade) e a otimização da utilização dos recursos mais específicos nesta área (OMS, 2002; Santos, 2009; WHO, 2002; WHO & WONCA, 2008).

Até porque quando nos referimos à problemática da SM ao nível dos CSP, não nos estamos somente a referir às doenças mentais propriamente ditas, mas também a um conjunto de transtornos que vão desde as perturbações somatoformes, passando por algumas doenças com uma base psicossomática, ou até os transtornos mentais comuns, e que têm um peso muito significativo a este nível de cuidados, entre outras razões pelas alterações sociodemográficas resultantes do envelhecimento da população, e também devido aos efeitos psicossociais da atual crise económica (CNRSSM, 2007; OP, 2011; Teixeira & Cabral, 2008).

Por outro lado, é importante que se potencie as novas estruturas de SM comunitárias, como a RCCI de SM, por todas as vantagens que estas estruturas têm, quer do ponto de vista dos ganhos em saúde, como na perspetiva da diminuição dos custos com os cuidados prestados, e da otimização de recursos que elas podem vir a gerar (CNRSSM, 2007; PNSM, 2012).

Concluimos então, dizendo que não só pelo impacto que a problemática da SM tem ao nível dos CSP, como também pelas vantagens que a integração da SM comunitária a este nível de cuidados ocasiona, é importante potenciarmos esta área, investindo designadamente no treino e formação dos seus profissionais, na melhoria da articulação com os cuidados diferenciados de psiquiatria e SM, na prevenção da desinserção das pessoas com problemas mentais e também na reabilitação e reinserção dos doentes mentais, maximizando a qualidade dos cuidados prestados e concomitantemente a qualidade de vida das populações, com inerentes ganhos em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J.L.P. (2006). *Como tornar-se doente mental* (13.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Almeida, L.M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), pp. 79-92. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt>.
- Alves, A.A.M. & Rodrigues, N. F.R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), pp. 127-131. Disponível em [www.elsevier.pt/rpsp](http://www.elsevier.pt/rpsp).
- Apóstolo, J.L.A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C. & Rodrigues, M. A. (2011<sup>a</sup>). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), pp. 348-353. Disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- Apóstolo, J., Mendes, A., Antunes, M.T.C., Rodrigues, M.A., Figueiredo, M.H. & Lopes, M. C.F.G. (2011<sup>b</sup>). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), pp. 67-74. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt>.

- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório: proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo*. Lisboa: Autor.
- Esteves, M. T. (2011). *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas / Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.5/4505>.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamacho, D. & Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psilogos*, 3 (1), pp. 61-70. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.10/536>.
- Gomes, J.C.R. & Loureiro, M.I.G. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1), pp. 32-48. doi: 0.1016/j.rpsp.2013.06.001.
- Green, M.J. & Benzeval, M. (2011). Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. *Psychological Medicine*, 41, pp. 565-574. doi:10.1017/S0033291710000851
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S. & Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192, pp. 362-367. doi: 10.1192/bjp.bp.107.039966.
- Lucchese, R., Oliveira, A.G.B., Conciani, M.E. & Marcon, S.R. (2009). Saúde mental no programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (9), pp. 2033-2042. Disponível em <http://www.scielo.br>.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Revista portuguesa de clínica geral*, 25, pp. 569-575. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.17/1581>.
- Miguel, L.S. & Sá, A.B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde.
- Narigão, M. (2012). Cuidados continuados em saúde mental: releção sobre respostas para pessoas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, pp. 58-62. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt>.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (Eds.). (2011). *The Neuman systems model* (5.ª ed.). Upper Saddle River: Pearson.
- Nunes, J. M., Yaphe, J. & Santos, I. (2013). Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8 (28), pp. 164-171. doi: 10.5712/rbmfc8(28)652.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Psicólogos (2011). *Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.ordemospsicologos.pt>.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi Editores/Direção-Geral de Saúde. Disponível em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf).
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2012). *Reatualização do plano nacional de saúde mental*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde/Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://www.saudemental.pt>.
- Reinaldo, A.M.D.S. (2008). Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (1), pp. 173-178. Disponível em <http://www.scielo.br>.
- Risal, A. (2011). Common mental disorders. *Kathmandu University Medical Journal*, 35 (3), pp. 213-217. doi: 10.3126/kumj.v9i3.6308.
- Santos, A.I.M. (2009). *A saúde mental em cuidados de saúde primários: artigo de revisão* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina/Universidade de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/18537>.
- Souza, A.R.D., Moraes, L.M.P., Barros, M.G.T., Vieira, N.F.C. & Braga, V.A.B. (2012). Estresse e ações de educação em saúde: contexto da promoção da saúde mental no trabalho. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 8 (2), pp. 26-34. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br>.
- Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). *Mental health promotion in young people – an investment for the future*. Copenhaga: World Health Organization. Disponível em <http://www.euro.who.int>.
- Teixeira, J.A. & Cabral, A.F. (2008). Patologia psiquiátrica nos cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 576-574. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.4/819>.

Vianna, L.A.C. (2011). *Processo saúde-doença*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Disponível em <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/166>.

World Health Organization (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Genebra: Autor. Disponível em [www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/).

World Health Organization & World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Genebra: Autor. Disponível em [www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/).

Xavier, M., & Almeida, J.M.C. (Coord.) (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em <http://www.fcm.unl.pt>.

♦♦

Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. Diário da República n.º 30 – I série –A. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. *Diário da República, N.º 19/2010 - 1.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro. *Diário da República, N.º 29/2011 - 1.ª série*. Ministério da Saúde.

Despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio. *Diário da República, N.º 138/1998 - 2.ª série*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Lei n.º 2118/63, de 03 de Abril. Diário da República n.º 79/63 – I Série. Presidência da República.

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. Diário da República n.º 169/1998 – I Serie – A. Ministério da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de Maio. *Diário da República, N.º 94/2010 - 1.ª série*. Presidência do Conselho de Ministros.

## O AUTOR

**Nuno Murcho** – é enfermeiro-chefe na Administração Regional de Saúde do Algarve, especialista em *enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*, pós-graduado em *gestão de recursos humanos* pelo INUAF - Instituto Superior D. Afonso III e em *toxicodependências* pela Universidade de Huelva, diplomado em *abordagem familiar e sistémica* pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, mestre e doutor em *psicologia*, na especialidade de *psicologia da saúde*, pela Universidade do Algarve. É membro do Centro Universitário de Investigação em Psicologia desta última Universidade, centrando os seus interesses nos domínios da saúde mental, do bem-estar no trabalho e na prevenção e tratamento dos comportamentos adictivos e dependências, tendo vários trabalhos e estudos publicados em revistas nacionais e internacionais. Exerce funções docentes em vários estabelecimentos do ensino superior, desenvolvendo ainda atividade ao nível da formação profissional.

## Cadernos publicados

n.º 6

**Carlos Marques Simões**

SUPERVISÃO OU ACONSELHAMENTO? Contributo para uma perspetiva contextualizada do desenvolvimento do professor



n.º 7

**Rosanna Barros**

MEDIAR ENTRE REGULAÇÃO E EMANCIPAÇÃO: perspetiva crítica sobre princípios e valores da cidadania social



n.º 8

**Helena Ralha-Simões**

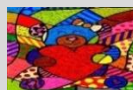
A CONSTRUÇÃO DA PESSOA RESILIENTE: dos contextos de desenvolvimento à psicologia positiva



n.º 9

**Helena Sousa**

FILOSOFIA PARA CRIANÇAS: contributo para a ativação do desenvolvimento psicológico



n.º 10

**Maria Helena Martins**

RESILIÊNCIA FAMILIAR: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios



n.º 11

**Ana Tomé**

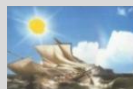
CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES: fatores de risco e planeamento dos cuidados de saúde



n.º 12

**Ida Lemos**

CRISE OU BONANÇA? Perspetivas clínicas sobre desenvolvimento na adolescência



n.º 13

**António Duarte**

SAÚDE, SUPORTE SOCIAL E BIOÉTICA: percepção dos idosos sobre a qualidade de vida



## Cadernos do GREI

n.º 14

**Nuno Murcho**

SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: uma perspetiva de integração nos cuidados de saúde primários



### A publicar:

**Carlos Marques Simões**

A ECONOMIA DO MEDO: uma reflexão sociopsicológica sobre as origens da crise portuguesa



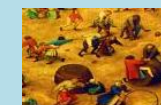
**Carla Fonseca Tomás**

A ESCURIDÃO ENTRE AS ESTRELAS: vinculação a Deus, relação com o divino e espiritualidade



**Nora Almeida Cavaco**

INTEGRAÇÃO OU INCLUSÃO? Contributo para uma prática educativa inclusiva



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*

**Cadernos do GREI n.º 14 – Abril 2014**



**GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares**

*Giordano Bruno*