



O FIM DAS INSTITUIÇÕES? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE
LITERATURA SOBRE O PANORAMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
DA SAÚDE MENTAL

Johann Pires

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO VARGAS-MONIZ

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO VARGAS-MONIZ

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

Especialidade em Psicologia Comunitária

2022

RG40/Anexo II – Verso da capa ISPA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professora Doutora Maria João Vargas-Moniz, apresentada
no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Comunitária.

Whatever comes to my unready tongue.

Erasmus de Roterdão, 2014, p. 9

Nós, pelo contrário, queremos fechar o manicómio porque este infringe os direitos humanos dos cidadãos e pedimos a criação de uma rede assistencial nova, uma rede que esteja perto das necessidades das pessoas que estão mal, uma rede que esteja perto da casa de quem está mal. A possibilidade de ter, no lugar onde vivo, alguém que me ajude, não um médico com sua lógica de médico, não um médico que medicalize o meu distúrbio, não um médico que se aproveite de mim, mas uma pessoa que responda às minhas necessidades, que previna a minha doença, que me mantenha em saúde: isso é o que eu pretendo de um Estado que se diz democrático.

Franco Basaglia, 2002, p. 88

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, gostaria de agradecer à minha família, minha mãe Soraya Rodrigues de Souza Pires, meu pai Gerson Eduardo Pires e meu irmão Yves Pires, os quais sem eles, nenhuma parte da minha vida académica seria possível. Foi através dos meus pais, que pude vir estudar para Portugal há mais de 5 anos atrás e graças a eles, ainda estou aqui à perseguir a educação superior como mestrando, sonho ambicioso que honestamente nunca almejei.

Em seguida, tenho de expressar meu agradecimento a Professora Maria João Vargas-Moniz, minha orientadora e mentora mais próxima no empreendimento desta tese, que com a precisão do seu olhar, soube sempre encaminhar-me a mim e a esta dissertação para os melhores rumos. A lucidez e clareza da Professora é impressionante e de ajuda inestimável. Também, sou profundamente grato, pela influência da Professora e ao modo em como soube transmitir confiança nas minhas capacidades e no potencial que esta tese poderia ter. Sem isto, sei bem que não poderia fazê-lo.

Ao meu orientador no âmbito do estágio e a quem considero também colega e mentor, Luís Sá-Fernandes que é uma inspiração profissional e pessoal. Com quem aprendi muito sobre investigação, suporte comunitário e liderança, pela figura de líder que este representa com naturalidade, para além das horas que passamos juntos a estudar o estado da Desinstitucionalização em Portugal. Devo-lhe muito e espero que possamos continuar a investigar este e outros temas em um futuro próximo.

Ao Professor José Ornelas, a quem também, por boa-fortuna, posso considerar como mentor e que desde a minha chegada ao Mestrado, foi uma inesgotável fonte de inspiração, por suas ideias disruptivas sobre a Psicologia e o papel da Psicólogo. Sua visão contextualista e abordagem ecológica de promoção da saúde mental, eram desconhecidas à mim até então, apesar de já compartilhar, surpreendentemente para mim, muitos pontos de vista com Professor antes da minha chegada ao ISPA. Através do Professor, vagas ideias viraram concretas e esclarecidas. Conhecer-lhe, foi portanto, absolutamente fundamental para a minha formação e um ponto de virada da minha relação com a Psicologia. O Projecto Casas Primeiro, o projecto de *Housing First* Português, da qual foi idealizador é também uma grande inspiração para esta tese como projecto de excelência, o qual considero o apogeu da desinstitucionalização.

A todos os meus colegas de Mestrado, Francisca Mota, Hugo Cordeiro, Ana Medina, Luciana Alarcão, Madalena Pulquério e Carolina Almeida. O Mestrado é feito de pessoas, amizades e relações que construímos. Muito obrigado por todos os momentos que gozamos e enfrentamos juntos durante estes dois anos.

Por fim, gostaria de agradecer a Diones Meires da Silva, com quem divido apartamento, em conjunto com outros colegas e que considero amiga, mas que por muitas vezes, foi como uma mãe em Portugal. Em muitos momentos foi indispensável, já que sua amizade trouxe leveza aos meus dias, desde que moro na casa que moro, na freguesia dos Arroios. Muito obrigado por todo o suporte, por ser quem é e por sua inspiradora história de superação.

RESUMO

A Desinstitucionalização, é um tema recorrente desde a metade do século passado e no entanto continua a ser um tema atual. Diversos países ao redor do mundo, adotaram a desinstitucionalização em suas respectivas políticas públicas e planos para a saúde mental, porém quando fala-se em desinstitucionalização da saúde mental, nem sempre é adequado referir-se à desinstitucionalização como se fosse um processo único, uniforme ou equivalente entre os diversos países em que acontece. De uma maneira geral, é coerente dizer que a desinstitucionalização da saúde mental corresponde a saída das pessoas dos hospitais psiquiátricos, para serem integradas em serviços de saúde de base comunitária (Bachrach, 1976; Brown, 1975; Shen & Snowden, 2014). Porém, quando se diz respeito às respostas pós-hospitalização, estas, demonstram ser das mais variadas e por conseguinte, surtem diferentes efeitos.

Esta tese pretende categorizar os serviços de saúde de base comunitária oferecidos em diferentes países, de acordo com seus atributos intrínsecos, de modo a compreender as qualidades que os compõem e que os assemelham ou diferenciam. A partir disto, tendo em vista o contexto que estão inseridos e as nuances dos serviços oferecidos, far-se-á possível, comparar os resultados e consequências do processo de desinstitucionalização em cada país.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Saúde Mental; Doença Mental; Instituições Psiquiátricas; Soluções de base-comunitária; Integração; PRISMA; Systematic Review

ABSTRACT

A presente revisão sistemática de literatura pretende compreender quais são os serviços de base-comunitária oferecidos como soluções à institucionalização. Para este propósito, este

trabalho dispõem-se a 1. trazer à luz do contexto aos processos de desinstitucionalização, 2. categorizar os serviços de cuidado disponíveis aos utilizadores no momento pós-hospitalização e 3. perceber as perspetivas e abordagens que os informam e os influenciam. Para isto, uma revisão sistemática de literatura foi conduzida no modelo PRISMA, 2020, contendo os critérios de inclusão: 1. Artigos de 1 de Janeiro de 2000, até Outubro de 2022. 2. Artigos em Inglês, Português, Espanhol ou Italiano, 3. *Peer-reviewed articles* e relatórios técnico-científicos de organismos nacionais e internacionais. 4. Artigos que tratem da Desinstitucionalização dos serviços de Saúde Mental exclusivamente. 5. Artigos que relatem processos, perspetivas ou programas de desinstitucionalização. As bases de dados escolhidas foram o Psychinfo e o Web of Science. 358 artigos foram encontrados e 27 passaram pelo escrutínio para a revisão final. Os resultados revelaram uma heterogeneidade de estilos de desinstitucionalização, marcados por garantir aos utilizadores mais ou menos autonomia e real ou ilusória integração. As principais limitações procedimentais do estudo são a utilização de apenas 2 bases de dados; e apenas um revisor ter conduzido o processo de escrutínio. As principais limitações nas evidências, dão-se em razão dos diferentes aspectos sócio-económicos e políticos de cada país; e a ausência de informações específicas quanto as soluções de base-comunitária fornecidas por alguns países, dificultando a comparação. Estudos futuros, poderiam conter mais bases de dados, outros revisores independentes e avaliar desta maneira mais países, para tornar os resultados mais robustos. Para além disto, a revisão levanta questões importantes para estudos posteriores 1. A pressão para a re-institucionalização. 2. O carácter intocado dos hospitais psiquiátricos particulares. 3. Desinstitucionalização para quem? O fenómeno da transinstitucionalização.

ÍNDICE

Introdução	1
1. Revisão de Literatura	2
1.1 Abordagem conceptual da desinstitucionalização.....	2

1.2 Complexidade do processo da desinstitucionalização.	3
1.3 Perspetiva da Psicologia Comunitária face à desinstitucionalização.	7
1.4 Questões fundamentais em Saúde Mental.	15
1.5 Contributos para uma Abordagem Contextualista da Saúde Mental.	17
2. Métodos.	20
2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.	22
2.2 Diagrama de Pesquisa Bibliográfica.	23
3. Resultados.	24
3.1 Canadá.	35
3.2 Reino Unido.	38
3.3 Países Baixos.	40
3.4 Grécia.	42
3.5 Austrália.	42
3.6 Hong Kong.	45
4. Discussão	49
5. Conclusões e Síntese dos Resultados.	51
Referências bibliográficas.	57

Introdução

Este trabalho versa sobre o estado da Desinstitucionalização da Saúde Mental, em um cenário global, representado por 6 países em 4 continentes diferentes. A revisão sistemática de literatura feita, vem para suprir a necessidade de um estudo que se debruçasse sobre o que foi referido na literatura como “estilos” de desinstitucionalização (Fakhoury & Priebe, 2002).

A literatura na área da desinstitucionalização é muito extensa e outras revisões de literatura abordaram muitas questões associadas com o tema, como pessoas institucionalizadas por longos períodos de tempo (Kunitoh, 2013); padrões de utilização dos serviços (Rothbard & Kuno, 2000); custos e aspectos econômicos (Knapp et al., 2011; Rothbard & Kuno, 2000); a expansão da actuação da psiquiatria (Novella, 2010); taxas de encarceramento e suicídio (Winkler et al., 2016); a experiência dos utilizadores (Salisbury, 2017); a qualidade de vida dos utilizadores (Chowdhury & Benson, 2011); e análise das reformas (Cohen et al., 2020). Os estudos revisados porém, não diferenciam explicitamente os mais variados níveis de suporte na comunidade oferecidos como soluções à institucionalização. Estes, no quesito habitação, podem ser desde lares, hostels, residências compartilhadas, leitos em hospitais gerais e acomodações independentes, e é questionável se todas estas soluções contam como suportes apropriados e equivalentes na comunidade (Salisbury & Thornicroft, 2016; Winkler et al., 2016).

A partir disto, esta revisão de literatura pretende compreender quais são as soluções de base-comunitária oferecidas e o respetivo impacto que causam na vida dos utilizadores. Para este efeito, este trabalho intenta 1. trazer à luz do contexto e da sucessão de eventos que representam os processos de desinstitucionalização, 2. categorizar os serviços de cuidado disponíveis aos utilizadores no momento pós-hospitalização e 3. perceber as perspectivas e abordagens que os informam.

Revisão de Literatura

Abordagem Conceptual da Desinstitucionalização

A literatura sobre desinstitucionalização é tão extensa que por vezes é difícil trazer uma única definição coerente que inclua todos os aspetos deste processo. Para além disto, quando se fala em institucionalização, desinstitucionalização ou trans-institucionalização, temas que são objectos de estudo da presente tese, estão implícitos em cada um destes termos, um carácter político, filosófico, o envolvimento de movimentos sociais, de activismo, para além de profissionais clínicos, técnicos, pesquisadores, agentes públicos, famílias e utilizadores dos serviços de saúde mental (Bachrach, 1976; Hersch 1972).

O termo desinstitucionalização portanto, apesar de muitas das vezes ser utilizado indiscriminadamente como sinónimo (Novella, 2010), contém denotações específicas diversas, entre diferentes comunidades analíticas. Para Bachrach (1976), a institucionalização pode ser vista como 1. Um determinado lugar estabelecido, como um hospital de cuidados de saúde mental de longo-prazo. Ou 2. Um conjunto de normas e padrões sociais estabelecido, como por exemplo, um conjunto de práticas e crenças que uma determinada sociedade adoptou para o cuidado de pessoas com experiência de doença mental. Esta segunda definição é particularmente importante, uma vez que evidencia que uma instituição, muitas das vezes, trata-se de um estabelecimento de controlo social, que não celebra ou valoriza a diversidade, mas determina comportamentos aceitáveis e não-aceitáveis de referência para todos os cidadãos, independentemente de suas diferenças.

Para Shen & Snowden (2014), a desinstitucionalização, por sua vez, é definida como a prática de cuidar dos indivíduos em contexto naturais na comunidade, ao contrário de ambientes institucionais, tendo por consequência efeitos positivos na vida dos utilizadores dos serviços de saúde, de suas famílias e da comunidade como um todo. Na definição de Shen & Snowden (2014), estão explícitos os cuidados extra-muros, pós-hospitalização, onde os indivíduos já estão inseridos na comunidade. Mais do que isso, em “contextos naturais”, não-

artificiais, do contrário, por exemplo, de residências comunitárias partilhadas, que em muitos dos casos, deixam as pessoas em situações análogas à institucionalização. Trata-se portanto, não apenas do processo de retirada das pessoas dos hospitais, mas também do processo de integração das mesmas. Este processo, posterior, por assim dizer, de integração é componente indispensável para o sucesso dos programas de desinstitucionalização e é foco contínuo de países onde a desinstitucionalização está em estado mais avançado (Fakhoury & Priebe, 2002).

Para elucidar a desinstitucionalização na área da saúde mental, podemos citar ainda 3 componentes principais deste processo: a libertação dos indivíduos dos hospitais para a comunidade; o estabelecimento e a manutenção de mecanismos de suporte para as pessoas receberem os serviços de saúde mental em contexto comunitário; e a prevenção da admissão injustificável de pessoas em hospitais (Bachrach, 1976; Brown, 1975; Lamb & Bachrach, 2001). A articulação destes 3 componentes permite que o processo da desinstitucionalização da saúde mental desenvolva-se de maneira integral, de forma que seja um processo contínuo, consistente ao longo do tempo e definitivo. O objectivo em última análise, é o bem-estar e a saúde mental dos utilizadores dos serviços de saúde mental e de todas as pessoas “afectadas” por consequências de segunda ou terceira ordem por estes serviços, isto é, suas respectivas famílias, cuidadores e a sociedade como um todo.

Complexidade do Processo da Desinstitucionalização

A desinstitucionalização da saúde mental porém, para além de ser um benefício para os utilizadores dos serviços de saúde e de representar um progresso cívico estrutural, é uma intensa luta política. Mesmo em países, que adotaram planos progressistas para a área da saúde mental no rumo da desinstitucionalização, em muitos casos, falharam repetidamente ao longo dos anos na implementação destas políticas públicas, que são deixadas de lado ou atrasadas de seu ímpeto procedimental (Dumont 2008; Winkler 2016). Forças administrativas, económicas, filosóficas e sociais, vindas de diversas direcções interferem neste processo, inclusive a força da

inércia, que impede o desdobramento e o sentido de descentralização dos serviços de saúde mental (Shen & Snowden, 2014). Entre estes empecilhos, a indisponibilidade de recursos (financeiros, pessoais, profissionais) (Shen & Snowden, 2014; Salisbury et al., 2016; Cohen et al 2020), mudanças a nível governamental (Salisbury et al., 2016), implementação ou não-implementação de legislação e regulamentação (Cohen et al., 2020), conflitos de interesse (Reinharz, 2000) e uma falta de consenso (nem sempre profundamente discutida) sobre a natureza das soluções comunitárias e a divisão de responsabilidade e poderes no processo (e.g. entre médicos, técnicos, pessoal administrativo dos hospitais) (Reinharz, 2000; Pijl, 2001; Salisbury et al., 2016), estão entre alguns dos entraves comuns para a execução da desinstitucionalização.

Apesar da descentralização dos serviços de saúde mental ser uma tendência internacional desde a década de 50, com as primeiras experiências neste rumo a acontecer em Inglaterra, Estados Unidos, França e Itália, as soluções comunitárias oferecidos aos utentes após a saída dos hospitais variaram entre países, entre regiões de um mesmo país, de caso para caso e ao longo do tempo. É natural que existam diferenças procedimentais em variados contextos, porém as diferenças elementares que compõe as soluções de base comunitária alternativas à institucionalização, traduzem-se em discrepâncias fundamentais entre estas, ao ponto de ser inapropriado compará-las inconscientemente à estas disparidades (Bachrach, 1976; Novella, 2010; Salisbury et al., 2016).

Nem todos, mantém uma visão completamente favorável à desinstitucionalização (Lamb & Weinberger, 2005; Paulson, 2012, 2019; Priebe et al., 2008; Sisti et al., 2015; Yohanna, 2013). Paulson (2019), por exemplo, defende que médicos passem a trabalhar cada vez mais em hospitais tradicionais, como funcionários do Estado e até mesmo de grandes corporações. Defende também, o convergir da Psiquiatria com a Neurologia e que melhores marcadores biológicos e processos orgânicos sejam encontrados, para que as definições e as terapias estejam mais próximas dos processos de “doença”. Em Yohanna (2013), o artigo

defende que os hospitais devem funcionar como pontos de entrada para o sistema de saúde mental para a maioria das pessoas com “doenças mentais” ditas severas, que segundo o autor, de outra maneira ‘acabariam na prisão’ (p. 4). Para além disto, defende que hospitais estaduais são também necessários para a admissão involuntária de pacientes. Lamb & Weinberger, (2005), defende o aumento do número de camas em hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos, uma vez que segundo os autores, um grupo de pessoas ‘resistentes aos tratamentos’ (drogas psiquiátricas), não conseguem, a nível comportamental, “portarem-se bem” sem as estruturas e ‘segurança’ que ‘só um hospital’ ou ‘uma prisão’ são capazes de prover.

Convém portanto, uma análise de diversos casos e como objetivo desta tese, comparar diferentes aspectos entre estes, os diversos “estilos” de desinstitucionalização, como referido em Fakhoury & Priebe (2002), isto é, os atributos e peculiaridades de cada intervenção que as diferenciam entre si e sobretudo as consequências resultantes de cada abordagem, em seus respetivos contextos. Esta comparação é relevante sobretudo, ao avaliar os cuidados na comunidade (pós-hospitalização), a fim de perceber se estes resultam, ou se por exemplo, acabam por ser novas formas de cuidado institucionalizado na comunidade.

A atenção ao contexto também tem de ser enfatizada para minimizar variantes que podem dificultar a comparação entre abordagens e intervenções distintas. A desinstitucionalização dos serviços de saúde mental é um processo que sofre impacto de diversas áreas da realidade política-social de onde estas instituições psiquiátricas e as respetivas soluções comunitárias estão inseridas (Cohen et al., 2020). Em uma tentativa de prevenir enviesamentos e comparações inadequadas, pontuações sobre as características políticas-sociais do contexto serão também elucidadas, acompanhadas dos respetivos casos.

A literatura sobre a área da desinstitucionalização, é muito vasta e outras revisões de literatura já foram feitas que abordaram aspetos como: a influência da desinstitucionalização em pacientes institucionalizados por longos períodos de tempo (Kunitoh, 2013); comparações

dos padrões de utilização dos serviços de saúde mental pré-pós desinstitucionalização e comparação de custos e resultados para as populações (Rothbard & Kuno, 2000); a expansão da atuação da psiquiatria, desenvolvimento da psicofarmacologia moderna, desafios com doenças mentais crónicas e novas formas de coerção em práticas de saúde mental comunitária (Novella, 2010); as relações entre a desinstitucionalização, taxas de encarceramento, desabrigados e suicídio entre pessoas liberadas dos hospitais (Winkler et al., 2016); relações entre a desinstitucionalização, a qualidade dos cuidados e a experiência dos utilizadores (Salisbury, 2017); as consequências económicas da desinstitucionalização (Knapp et al., 2011); a qualidade de vida (QoL) de pessoas que mudaram do hospital para a comunidade (Chowdhury & Benson, 2011); e análise das reformas de saúde mental com base nos temas: legislação, políticas públicas de saúde mental, planos e programas, e eliminação da custódia e do estigma (Cohen et al., 2020).

Tomando Winkler et al., (2016) como exemplo, uma limitação descrita no próprio estudo pelos próprios autores, é relacionada com os sítios para onde as pessoas são destinadas depois da libertação dos hospitais. Os estudos revisados incluíam níveis variados de suporte na comunidade, desde lares de idosos, a residências em grupo ou acomodações semi-independentes e é questionável se todos estes contam como suportes apropriados na comunidade (Salisbury & Thornicroft, 2016; Winkler et al., 2016). A partir disto, vemos que existem poucos estudos comparativos que explicitamente diferenciem estilos de desinstitucionalização, através da categorização de perspetivas e de serviços de cuidado disponíveis aos pacientes no momento pós-hospitalização. Esta tese tem como objectivo, um “*zoom*” nestes mais variados serviços de cuidado disponíveis.

Perspetiva da Psicologia Comunitária Face à Desinstitucionalização

A Psicologia Comunitária beneficiou-se de múltiplas disciplinas, como as Ciências Sociais, a Economia e a Biologia para vislumbrar o problema da institucionalização e as

possíveis soluções, que representam a desinstitucionalização. A institucionalização na área da Saúde Mental, é, há décadas, registada como altamente prejudicial às pessoas. Reconhece-se que as instituições psiquiátricas, são correlacionadas a altos índices de violência, abusos sexuais, violações de direitos humanos básicos, entre outros tipos de maus-tratos (Goffman 1961; Vogel, 1991; Sareyan 1994; Arbex, 2013). Goffman, sociólogo canadiano, em 1961, em seu livro *Asylums*, apontou para a característica opressiva dos hospitais psiquiátricos, relatando que estes contribuía para a debilitação destas pessoas, mais do que ajudavam a resolver seus problemas, deixando-as em situações ainda piores do que as que se encontravam em um primeiro momento.

Outros autores, defenderam que a institucionalização de pessoas com experiência de doença mental, historicamente decorreu porque estas apresentavam comportamentos fora da norma estabelecida, portanto era relacionada mais com controlo social, do que com factores terapêuticos de reabilitação (Foucault, 1965; Szasz, 1974; Morse, 1978; Basaglia, 1979, 2018; Morse, Roth & Wettstein, 1991; Levine et al., 2005; Arbex, 2013). Além da violência, dos abusos e do factor de controlo social, existem ainda outros aspetos que são fortemente ligados as instituições psiquiátricas, como o isolamento, a desumanização, a censura, a falta de higiene, a propagação de doenças, o electrochoque, a lobotomia e o uso indiscriminado (e não-consentido) de drogas psiquiátricas (Goffman 1961; Szasz, 1974; Vogel, 1991; Arbex, 2013; Mikowitz, 2013).

Existe literatura robusta o suficiente, que aponta para uma maior satisfação entre os utentes que estão inseridos em serviços de saúde em contexto comunitário, do que os que estão porventura hospitalizados (Fisher, Langan, & Ahern, 2004; Zahniser, 2004; Zahniser, Ahern & Fisher, 2005; Aubry, Ecker, & Jetté, 2014; Rog et al., 2014; MacDonald et al., 2018). Para esta fase de integração, pós-hospitalização, programas de promoção de saúde mental comunitária mostram bons resultados, desde que o indivíduo esteja inserido em a) programas

de *housing/independent living* em residências individuais e permanentes (Aubry et al., 2014, 2015; Nelson et al., 2017; Ornelas et al., 2010; 2014); b) novas oportunidades intelectuais, profissionais e financeiras, através de programas de educação e emprego apoiado (Dunn et al., 2008; Kinoshita et al., 2013; Sá-Fernandes et al., 2018); c) grupos de ajuda mútua e suporte inter-pares; suporte da família e cuidadores; rede de amigas cada vez mais forte, ampla e ativa; d) e com disponibilidade de profissionais da saúde e técnicos de suporte 24 horas para atender às necessidades dos utilizadores. Assim, um efeito maior à nível de *recovery* é reportado, evidenciados por exemplo, por relatos e casos em que estes ex-pacientes, após a saída das instituições (e inseridos em programas comunitários), encontraram-se melhor adaptados à vida na comunidade (Ornelas, 1997). Esta integração e o suporte encontrado na comunidade, significa uma adaptação do contexto ao indivíduo, o que acarreta na retribuição de uma melhor adaptação do indivíduo ao contexto, isto por si só, de maneira preventiva, reduz as possibilidades destas pessoas se depararem com dificuldades e situações de estresse emocional severo e crónico, que de outra maneira, aos olhos de uma sociedade menos inclusiva, poderiam ser vistos como problemas exclusivamente patológicos (Levine et al., 2015).

Convém também, partir do princípio de que os principais *experts* na área da Saúde Mental, são os próprios clientes destes serviços (Trickett & Espino, 2004; Rose et al., 2011; Sacchetto, 2020), ou seja, as pessoas com experiência de doença mental e portanto, as estratégias de intervenção nesta área podem e devem se beneficiar dos contributos das próprias pessoas com experiência de doença mental. Nos Estados Unidos, na década de 60, pessoas com experiência de doença mental, autodenominadas “consumidores/sobreviventes/ex-pacientes”, relataram exaustivamente sobre o efeito dos medicamentos psiquiátricos, a internação compulsória e a institucionalização, e como estes factores foram prejudiciais nos percursos individuais dos mesmos, a ponto de se considerarem “sobreviventes” dos próprios serviços de saúde mental (ver Deegan, 1996; Fisher, 2011, 2017; Nelson et al., 2017). Tina Mikowitz, advogada, sobrevivente e actualmente presidente do Centro de Direitos Humanos para

Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria (CHRUSP), ao referir sobre intervenções psiquiátricas não-consensuais, infere que estas, categoricamente preenchem os critérios para a denominação de ‘tortura’ no artigo 1, da convenção das Nações Unidas contra a tortura. (UN, 1994; Mikowitz, 2013).

Dentre as recomendações da Organização Mundial da Saúde, autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas (UN, 2022), estão a de reduzir os cuidados institucionais em favor dos cuidados na comunidade “(...) *reducing institutional care in favor of community care, a key WHO recommendation.*” (WHO, 2011). E no mais recente *Mental Health Atlas 2020*, a recomendação persiste “(...) *centralized mental hospitals and institutional inpatient care still represent the main costs for mental health services, and which shows that there is an urgent need for deinstitutionalization.*“. Pontuado isto, pode-se dizer que a desinstitucionalização para além de ser uma recomendação à nível dos cuidados (WHO, 2011) e uma urgência à nível de custos dos serviços de saúde mental (WHO, 2020), é uma questão de direitos humanos, o que faz da sua efectuação imprescindível e inegociável, por violar princípios básicos, que devem ser comuns a todos (UN, 1994; Mikowitz, 2013).

Pode-se dizer, que há algumas décadas atrás, pairava uma preocupação de que políticas que andavam no sentido da desinstitucionalização pudessem deixar indivíduos “à deriva”, fora dos cuidados das instituições psiquiátricas, também em razão das mais diversas tentativas empíricas aplicadas, por vezes ‘aleatórias’ (Ornelas, 1989) e pobres em sustentação científica, que deixaram indivíduos em situações alarmantes (Lamb & Weinberger, 2005; Levine et al., 2005) ou os trouxeram de volta as instituições – fenómeno conhecido como “revolving door situation” ou “fenómeno da porta-giratória” (Ornelas, 1989; Goodwin, 1997).

Esta preocupação demonstrou-se válida, uma vez que observou-se que os problemas não seriam resolvidos apenas com a retirada das pessoas dos hospitais. Políticas públicas,

desenvolveram-se contudo, via tentativa e erro na maioria dos casos, de modo a evitar, por exemplo, a criação de guetos que poderiam concentrar indivíduos de idade avançada, pessoas em dificuldades financeiras, pessoas com experiência de doença mental, entre outros, de igual maneira a que evitam a concentração destes indivíduos em instituições (Levine et al., 2005). De tempos para cá porém, os programas de saúde mental de base comunitária ganharam força e sustentação teórico-prática suficiente para considerar estas preocupações ultrapassadas – desde que haja fundamento teórico-científico rigoroso e alinhamento estratégico na intervenção, legislação, planeamento, financiamento e estrutura suficiente (pessoal e material) para realiza-los (Rothbard & Kuno 2000; Salisbury et al., 2017).

Para além disto, contribuições recentes revelam que a desinstitucionalização foi, de maneira geral, benéfica para para a maioria das pessoas que saíram dos hospitais em termos de funcionamento social, qualidade de vida e integração na comunidade, até mesmo para pacientes institucionalizados por longos períodos de tempo (Kunitoth 2013; Winkler et al 2016) e com evidências insuficientes que sugiram que este processo, estivesse relacionado com consequências negativas como: taxas de encarceramento, suicídio e pessoas desabrigadas (Winkler et al., 2016).

Citando Salisbury, Killaspy & King (2016), que avaliou 193 hospitais psiquiátricos e serviços de base comunitária em 9 países europeus:

A implementação da desinstitucionalização e ampliação dos serviços comunitários não é uma tarefa simples e requer vontade política, bem como o alinhamento estratégico de recursos financeiros, políticas e legislação de saúde mental e profissionais de saúde mental. (...) nossas descobertas suportam as recomendações da OMS para uma maior desinstitucionalização dos serviços de saúde mental. Eles acrescentam peso às evidências existentes de que os utilizadores dos serviços com problemas de doença mental graves e duradouros podem ser atendidos com sucesso na comunidade. (pág. 16)

Para Winkler et al., (2016), aumentos na taxa de encarceramento, suicídio e pessoas em estado de sem-abrigo não podem ser atribuídos a diminuição do número de camas em hospitais psiquiátricos, mas a um conjunto de factores, comuns em sua maioria, nos Estados Unidos e a nível europeu, decorrentes da globalização acelerada, do fluxo de imigração, do número de desempregados, mudanças legislativas (como a “guerra às drogas”, declarada durante o governo de Richard Nixon), aumento no consumo de drogas (apesar das medidas apenas citadas) e diminuição da disponibilidade de moradias de baixo custo.

A nível de financiamento e de planeamento de políticas públicas é nevrálgico o incentivo a serviços de saúde de base comunitária, do contrário a antiga norma (habitual) do internamento (Rothbard & Kuno, 2000). Levine, Perkins & Perkins (2005) refere, *“In the ecological perspective, human behavior is viewed in terms of the person’s adaptation to resources and circumstances. From this perspective, one may correct unsuccessful adaptations by altering the availability of resources.”*. As dificuldades de adaptação das pessoas em situação de institucionalização ou em contextos que, em um primeiro momento, as levaram a situações de crise, devem ser ajustados através da transformação dos ambientes físicos, organizacionais e sociais. A mudança da disponibilidade dos recursos permite assim, de maneira preventiva, maiores facilidades na adaptação à situações de estresse e o surgimento de oportunidades de desenvolvimento pessoal. Portanto, a alocação de recursos deve reforçar os serviços de saúde de base comunitária, estes serviços devem necessariamente funcionar de maneira integrada (Levine et al., 2005; Salisbury et al., 2017; WHO, 2020) e devem atender os problemas precisamente de onde estes surgem (Novella, 2007; Novella, 2010).

A esta organização de recursos e circunstâncias em prol do bem-estar clínico e psicológico das pessoas e da comunidade como um todo, é exatamente do que se trata a Ecologia na promoção da Saúde Mental. Adoptando uma perspectiva Ecológica, isto é, levando em consideração o contexto em seus múltiplos níveis (ver Bronfenbrenner, 1996; Kelly, 1966;

1968), na tentativa de prever as situações e eventos que influenciam as pessoas e como estes as influenciam, podemos tomar uma posição de que as intervenções no campo da Saúde Mental, devem seguir um rumo que considere todas estas dimensões e não somente foquem em “traços” ou particularidades individuais da personalidade e do comportamento; não culpabilizem às vítimas (Ryan, 1976); e não medicalizem indiscriminadamente problemas sociais ou funcionais de adaptação (Bower's, 2000; Corrigan & Penn, 1999; Hall, 2017; LeFrancois et al., 2013; Szasz 2007).

O discernimento entre a natureza dos problemas de saúde mental humanos (crises, dificuldades circunstanciais e de adaptação), advém do reconhecimento de que os problemas que as pessoas enfrentam não são atribuídos aleatoriamente (Levine, Perkins & Perkins, 2005), ou simplesmente advindos de peculiaridades biológicas das mesmas, mas sobrepõem-se sobre estes, fatores sociais, políticos, culturais, relacionais, legais, económicos, entre outros, que interagem com a individualidade de cada um (Sarason, 2005). A igualdade de acesso a recursos, oportunidades, equidade, direitos cívicos e a justiça-social também devem ser levados em conta ao pensar sobre possíveis agentes que atenuam ou promovem o bem-estar individual e comunitário. A justiça-social é a base deste processo, sem a qual não se pode falar em verdadeiro “bem-estar” (Christens & Perkins 2008; Esposito et al., 2019; Prilleltensky, 2005; 2008; 2011; 2013; 2021). Prilleltensky, ao descrever as interações entre justiça e bem-estar, reforça que a justiça, é o factor basilar, seguido por ‘ser valorizado’ e ‘agregar valor’, que são capazes de precipitar, por fim, o bem-estar (Prilleltensky, 2020). Neste sentido, a institucionalização representa o revogar de todos estes agentes promotores do bem-estar, uma vez que detém o indivíduo em “uma espécie de morte civil” (p.11) (Basaglia, 1979).

Comumente chamadas de “doenças mentais”, mas (mais precisamente dizendo) experiências de doença mental, passam a ser um diagnóstico objectivo e um problema passível de intervenção clínica quando existe uma incapacidade do contexto de acolher a

individualidade (Szasz, 1974), em algum ou em muitos destes factores, e agravadas (a nível de diagnóstico e intervenção) se estas resultarem na improdutividade do indivíduo (Basaglia, 1979). A partir daí, o indivíduo em crise, possivelmente desocupado e possivelmente a apresentar comportamentos inusitados em público, põem a credibilidade dos profissionais e serviços de saúde em cheque (Basaglia, 1979; Morrow et al., 2008). Na presença de discriminação nos serviços de saúde mental, o diagnóstico e a segregação do indivíduo em uma instituição são os requisitos que fazem possível a aceitação do “lugar do doente mental” em sociedade (Basaglia, 1979), assim como reforçam a pretensão de *expertise* e superioridade (do médico) e uma suposta dependência (por parte do paciente). Na ausência de discriminação nestes múltiplos níveis, o que existe é a riqueza da diversidade humana e o desafio de se construir redes capazes de preservar a saúde, prevenir a doença e de responder as necessidades de cada pessoa, exactamente de onde elas estão (Novella, 2007; Novella, 2010).

Franco Basaglia, psiquiatra reformista e precursor do processo de Desinstitucionalização italiano, em *Se l'impossibile diventa possibile* (Basaglia, 2018), na ocasião de sua passagem pelo Brasil em 1979, em uma conferência com o título de “O trabalho da equipe psiquiátrica na comunidade”, organizada em São Paulo, discorreu sobre a interacção de factores sociais, económicos e de justiça com a saúde mental, do seguinte modo:

O problema é que aqueles que podem sobreviver economicamente tem também a possibilidade de expressar a dor, isto é, de se expressarem subjectivamente, porque expressar um sofrimento existencial é expressar-se subjectivamente. Quem não detém os meios económicos para sobreviver não pode expressar-se de modo algum, não pode conhecer o sofrimento existencial, conhece apenas o sofrimento da sobrevivência, uma vez que é impedido de expressar a contradição e o antagonismo. Nós temos o direito, como cidadãos, de expressar aquilo que somos, mesmo que depois, na verdade, acabemos por nos expressar como o poder permite. (p. 22)

A institucionalização, demonstra-se por conseguinte, senso-comum social histórico para pessoas desviantes da norma (Henderson & Thornicroft, 1997; Basaglia, 2018), solução política para problemas de visibilidade de pessoas com experiência de doença mental em contexto público (Morrow et al., 2008), ao mesmo tempo que, parafraseando Mario Tommasini, político e activista italiano que posicionou-se contra as barbáries da institucionalização (não só da saúde mental, mas também dos deficientes físicos, dos órfãos, dos idosos abandonados em casas de repouso e dos prisioneiros negados à reabilitação e inseridos na cultura criminal das prisões), as instituições “servem como álibi para problemas sociais graves” (Tommasini em Foot, 2015; Watkins, 2019).

Questões fundamentais em Saúde Mental

Muitos dos problemas, que atribuímos a atributos biológicos ou a características disfuncionais da nossa “mente” ou do nosso corpo podem ter sido originados por outros tipos de problemas (Levine et al., 2005). Em Levine, Perkins & Perkins (2005), este tipo de condição foi chamado de *‘problems in living’*, problemas “de vida”. Problemas pessoais, advindos de situações de *stress*, contextos ou eventos stressantes e de grande dificuldade de adaptação das pessoas perante à estas situações. Esta impossibilidade temporária de adaptação e de integração do evento stressante na vida da pessoa, que pode ser advinda de situações de crise, tragédias pessoais ou ambientais, dificuldades financeiras, ruína, abandono, situação de sem-abrigo, violência interpessoal, entre outras, podem fazer emergir estados mentais e processos psicológicos que de forma generalizada, são chamados de doenças mentais ou transtornos psiquiátricos (Levine et al., 2005).

Esta visão da abordagem Médico-Biológica, é limitadora no sentido que atribui toda uma gama de problemas possíveis de serem prevenidos e atenuados com recursos e oportunidades também “de vida”, o *label* do diagnóstico e com este, o estigma que recai sobre o indivíduo, de doente mental. O modelo médico organicista e a Psicologia tradicional, são

razoavelmente consistentes (American Psychiatric Association, 1994; Albee & Joffe, 2004) em descrever os ditos “traços”, aspectos e ocorrências experimentadas pelo indivíduo com experiência vivida de doença mental, mas isto não quer dizer necessariamente, que estas características sejam de facto, advindas de uma doença, localizada no corpo e como consequência, tratada através de intervenções no corpo. Sabe-se, também, que existe uma correlação entre o que é popularmente chamado de “mente” – pensamentos, imagens e estados mentais correntes – e o corpo (cérebro), mas ‘uma correlação não implica uma relação de causalidade’ (Pearson, 1911). A abordagem médico-biológica da saúde mental, que implica em diagnósticos e em soluções maioritariamente medicamentosas, camufla um pressuposto (*the mind-body problem*) (APA, 2022) ainda não compreendido em sua totalidade (APA, 2022; Kastrup, 2021).

Em Chalmers (2007), esta correlação é explícita da seguinte forma “É amplamente aceito que a experiência surge de uma base física, mas não temos uma boa explicação de por que e como ela surge. Por que o processamento físico deveria dar origem a uma vida interior rica?” (p. 02). O questionamento de ‘como’, posto por Chalmers, evidencia o desnível entre o que é ‘amplamente aceito’ e o que é um facto cientificamente validado. Em Kastrup (2021), esta questão foi descrita como “aclimatação cultural ao que é, na verdade, apenas uma mera hipótese (...) De facto, parece haver uma tendência crescente na ciência hoje para confundir abstrações explicativas, com o que nos está disponível empiricamente.” (p. 22)

A Sociedade Britânica de Psicologia (British Psychological Society, 2000, como citado em Albee & Joffe, 2004), por sua vez, descreveu este argumento aplicado ao campo da Saúde Mental, da seguinte maneira:

Existem, é claro, eventos biológicos e cerebrais que se correlacionam com todos os aspectos do funcionamento mental. Isso é igualmente verdadeiro para experiências “normais” e “anormais”. No entanto, é incorreto concluir que as anormalidades

biológicas são a causa primária de uma complexa gama de experiências. A existência indubitável de aspectos biológicos em nossas experiências não justifica por si só categorizá-los como doenças médicas. (p. 27)

Por outro lado, outras correntes do pensamento, abordam a doença mental sob uma perspectiva contextualista. Em que o indivíduo não é separado de seu contexto e o que é commumente aceito como doença mental, pode ser visto sob a ótica de 1. dificuldades de adaptação à norma (Foucault, 1965; Szasz, 1974; Basaglia 1979). 2. carência de recursos, o que dificulta ainda mais esta adaptação (Levine et al., 2005; Salisbury et al., 2017; WHO, 2020). Trata-se portanto, de um problema solucionável através de 1. aceitação e valorização da diversidade humana (Deegan, 1996). 2. Não-culpabilização do indivíduo por suas dificuldades (Ryan, 1976). 3. Adequação do contexto, ao fornecer recursos e oportunidades que potencializem as capacidades de cada um e previnam dificuldades de adaptação (Rappaport, 1977; Sem, 1993; Ornelas, 1997, 2008; Nussbaum, 2000; Levine et al., 2005; Nelson et al., 2017). 4. Abordagem colaborativa com os utilizadores dos serviços de saúde mental, a fim de aprimorar estes serviços, preencher o *gap* de conhecimento que só os utilizadores são capazes de preencher e promover o empowerment dos utilizadores no processo (Bond & Keys, 1993; Nelson et al., 1998, 2001; Trickett & Espino, 2004; Sacchetto, 2020).

Dentro desta abordagem contextualista da saúde mental, processos físicos podem dar à luz a uma vida interior saudável, como diz Chalmers (2007). Esta possibilidade não é de todo abandonada, porém este não é o único factor a ter-se em conta. Temos de estar igualmente abertos, como profissionais e cientistas conscientes dos limites contemporâneos da Ciência, a ambas as possibilidades. Por esta razão, a medicalização da vida cotidiana é posta aqui em causa. Problemas de adaptação podem ser minimizados, até completamente resolvidos e com diminuições significativas em sintomas psiquiátricos (Albee & Joffe, 2004; Greenwood et al., 2020; Kunitoh, 2013; Salisbury et al., 2016), ao facilitar ao indivíduo o acesso a condições

dignas de convivência em sociedade. Trata-se portanto, de uma necessidade de correção do contexto e não do indivíduo sistematicamente prejudicado.

Contributos para uma Abordagem Contextualista da Saúde Mental

Efectivamente, possuímos a nosso dispor, uma gama de soluções de base-comunitária, que podem servir, como exemplos de excelência, no campo da Saúde Mental. Efectivos, inclusive, a serviço de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, doenças mentais crónicas, duplos diagnósticos, institucionalizadas por longos períodos de tempo e que por vezes, apresentam comportamentos aditivos (Greenwood et al., 2020; Martins et al., 2016; Tsemberis, 2004, 2010).

As drogas psiquiátricas são, a partir desta perspetiva, apenas mais uma ferramenta que todos nós, como indivíduos autónomos, podemos escolher ou não utilizar e quando utilizar. As drogas psiquiátricas, não são de maneira alguma essenciais para as pessoas com experiência de doença mental, não são necessariamente eficazes (British Psychological Society, 2000; Albee & Joffe, 2004), muito menos devem ser encorajadas à utilização por longos períodos de tempo (a menos que o consumidor assim o deseje) e sem o devido consentimento informado acerca dos efeitos secundários que estas podem desencadear a curto e a longo prazo (Bower's, 2000; Hall, 2017).

Não se trata de abandonar completamente a ideia do carácter orgânico, isto é, aqui significando, as possíveis correlações existentes entre mecanismos neurais e a “doença mental”, e atribuir causalidade ao aspecto contextual. Porém, de reconhecer que ambos – os aspectos orgânicos e o aspecto contextual – correlacionam-se com a experiência de doença ou de saúde mental. A partir disto, as implicações deste simples reconhecimento, devem ser percebidas e colocadas em prática à favor dos consumidores dos serviços de saúde mental.

Entre estas, considerar uma abordagem preventiva (Albee & Joffe, 2004) e terapêutica a múltiplos níveis da vida do utilizador.

Em Albee & Joffe (2004), estas duas suposições e suas respectivas implicações, são elegantemente explícitas da seguinte maneira:

Se todas as “doenças mentais” resultam de patologias cerebrais (...) o foco de investigação estará em possíveis defeitos genéticos, na estrutura cerebral e na neuroquímica. Os principais financiamentos de investigação serão destinados aos tratamentos que utilizem de intervenções orgânicas, geralmente, farmacêuticas. Os esforços de prevenção se concentrarão na localização de factores de risco para a doença cerebral.

Em contraste, se os distúrbios comportamentais são adquiridos pela exposição a ambientes sociais indutores de estresse, onde o abuso físico infantil, o abuso sexual e o abuso psicológico resultantes da ruptura e angústia familiares, muitas vezes exacerbados pela pobreza, são prevaletentes; se são atribuíveis à falta de grupos de apoio, resultando em negligência e solidão; se são devidos a problemas de auto-estima em ambientes com fortes preconceitos contra grupos minoritários, mulheres e meninas, pobres e idosos; ou se forem precipitados por sociedades que exploram os impotentes - então os esforços de prevenção primária serão focados na promoção da justiça social, da igualdade e no nivelamento das condições do jogo. (pp. 24-25)

Da mesma forma que no campo da Biologia, não se atribui um único factor físico ou outro, a fenómenos naturais complexos (Kelly, 1966), temos também de ter um visão Ecológica, dos fenómenos mentais. Para isto, salvaguardando a analogia, é necessário, em um primeiro momento, perceber a *interdependência* dos elementos de um determinado ecossistema. A partir disto, como estes influenciam-se e interagem entre si e em simultâneo

com os processos psicológicos dos indivíduos. Invocando mais uma vez, o pensamento preciso e disruptivo de Kastrup (2021), ‘*matter outside mind is not an empirical fact*’ (p. 19), por conseguinte, a atenção a factores contextuais (geralmente vistos como separados do indivíduo), demonstra-se inegociável ao falar de práticas de Saúde Mental progressistas.

Métodos

Para este trabalho, o método de investigação escolhido foi a condução de uma revisão sistemática de literatura, utilizando do modelo PRISMA (Page et al., 2021). O modelo PRISMA 2020, é uma diretriz para garantir a qualidade de revisões sistemáticas (Page et al., 2021), servindo como um guia para o investigador, através de uma lista de controlo com 27 itens. O uso do PRISMA, tanto em sua primeira forma o PRISMA 2009, como a actualização do PRISMA 2020, está associado com relatórios mais completos de revisão de literatura onde é mais evidente, o que foi feito, porque foi feito e quais foram as descobertas (Liberati et al., 2009; Page et al., 2021).

Portanto, foi empreendida uma revisão sistemática de literatura com base nas diretrizes do PRISMA 2020 *statement*, utilizando as bases de dados Web of Science, PsycInfo e artigos advindos de outras fontes (e.g. via google; artigos sugeridos por terceiros; *grey literature*). As pesquisas foram feitas em dois momentos, a primeira, no dia 17 de Novembro de 2021 a última no dia 21 de Outubro de 2022, contendo como termos de pesquisa: “*deinstitutionalization*” OU “*end of institutions*” OU “*decentralization*” (no Título); E “*mental health*” OU “*mental institutions*” OU “*psychiatric*” OU “*psychiatric hospitals*” (em todo o texto), conforme ilustrado na Tabela 1.

Como estratégia de pesquisa, na secção do Título, o tema central é a desinstitucionalização, portanto, os termos escolhidos foram o próprio e termos sinónimos ou muito similares ao processo da desinstitucionalização. Na secção do Corpo de Texto, como

estratégia de pesquisa, os termos escolhidos referem a temas que são relacionados a desinstitucionalização da saúde mental.

Tabela 1.

Título	Corpo de texto
Deinstitutionalization	Mental health
End of institutions	Mental institutions
Decentralization	Psychiatric
	Psychiatric hospitals
	Psychiatric institutions

No segundo momento de pesquisa, no dia 21 de Outubro, alguns termos foram adicionados à pesquisa, encontrados no âmbito da leitura da literatura, advindos da primeira pesquisa, para que novos artigos do interesse desta revisão fossem encontrados. Os termos de pesquisa, neste segundo momento, portanto, foram: “*deinstitutionalization*” OU “*end of institutions*” OU “*decentralization*” OU “*de-hospitalization*” (no Título); E “*mentalmk health*” OU “*mental institutions*” OU “*psychiatric*” OU “*psychiatric hospitals*” OU “*mental illness*” OU “*transinstitutionalization*” OU “*re-institutionalization*” (em todo o texto), conforme ilustrado na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2.

Título	Corpo de texto
Deinstitutionalization	Mental health
End of institutions	Mental institutions
Decentralization	Psychiatric
De-hospitalization	Psychiatric hospitals
	Psychiatric institutions
	Mental illness
	Transinstitutionalization
	Re-institutionalization

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos foram 1. Artigos de 1 de Janeiro de 2000, até Outubro de 2022. 2. Artigos em Inglês, Português, Espanhol ou Italiano, 3. *Peer-reviewed articles* e relatórios técnico-científicos de organismos nacionais e internacionais. 4. Artigos que tratem da Desinstitucionalização dos serviços de Saúde Mental exclusivamente. 5. Artigos que relatem perspectivas, processos ou programas de desinstitucionalização, conforme definido a seguir:

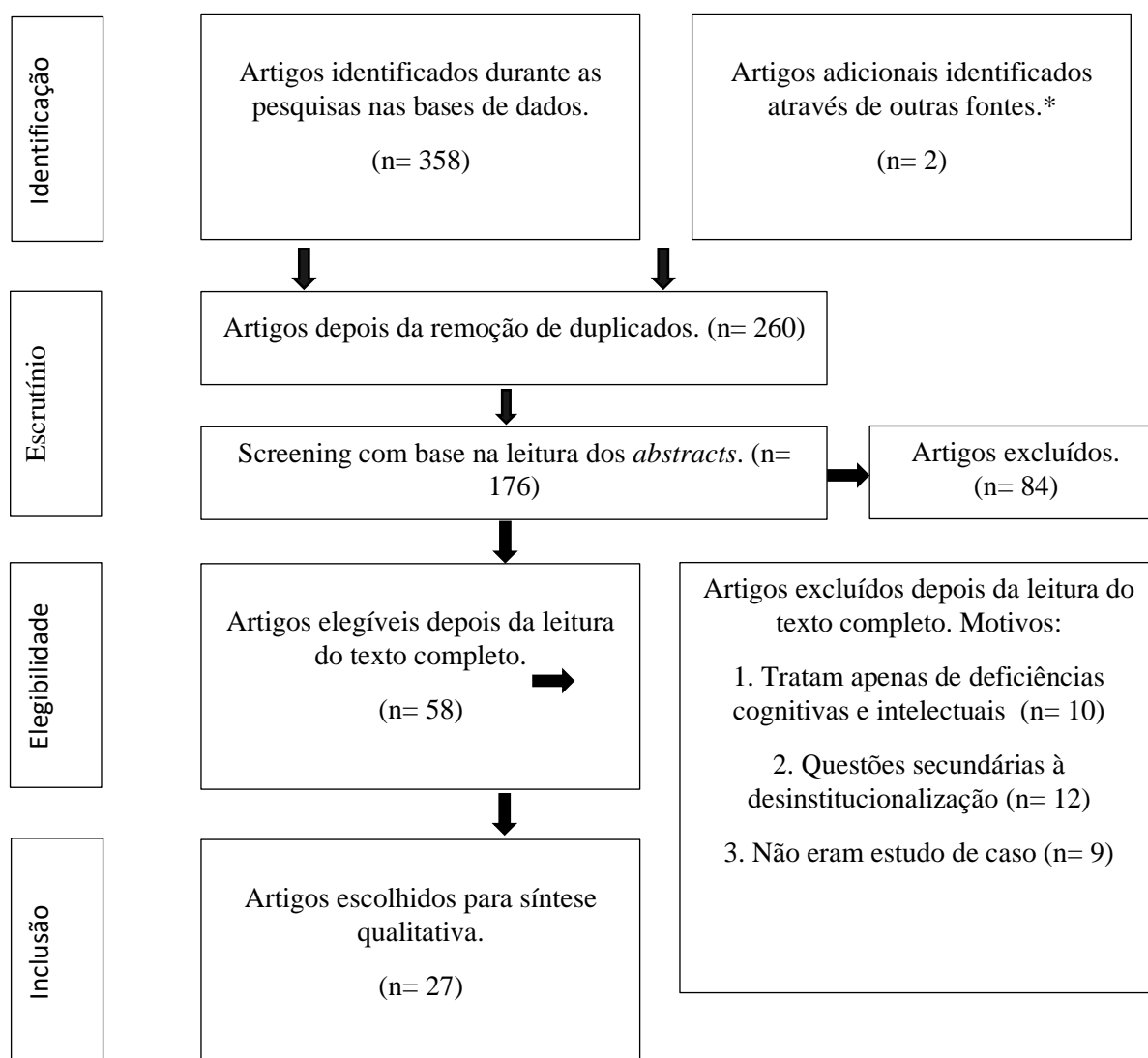
Como critérios de exclusão, ficam de fora artigos que tratem da desinstitucionalização de outros tipos de instituições, como lares de idosos e sistemas de acolhimento de crianças e jovens; artigos que tenham como objecto de estudo questões de segunda ou terceira ordem à desinstitucionalização – questões secundárias, não necessariamente relevantes para a nossa pergunta de investigação; artigos de desinstitucionalização de pessoas com deficiências intelectuais ou cognitivas, dado que estas, por definição, diferem-se de “doenças mentais” (Schalock et al., 2011; Platt et al., 2019). Apesar de que, pessoas com deficiências intelectuais e cognitivas também sofrem dos males da institucionalização (Bredewold et al., 2018; Chowdhury & Benson, 2011; Friedlander, 2006; Martínez-Leal et al., 2011; UN, 2019), também podem usufruir das mesmas soluções de base-comunitária (preferencialmente à institucionalização) (Friedlander, 2006), podem ter duplo diagnóstico (deficiência e doença mental) (Friedlander, 2006) e seus direitos humanos devem ser assegurados (ver UN, 2006).

A seguir, podem ser identificados no Diagrama de Pesquisa Bibliográfica, os artigos encontrados durante as pesquisas nas bases de dados (n= 358), sendo 143 no Web of Science e 215 no Psycinfo. Artigos adicionais identificados através de outras fontes (n= 2). Artigos

depois da remoção de duplicados (n= 260). Artigos elegíveis com base na leitura dos *abstracts* (n= 176). Artigos excluídos após a leitura dos abstracts (n= 84). Artigos elegíveis após a leitura do texto completo (n= 58). Artigos excluídos após a leitura do texto completo (n= 31). Por fim, os artigos escolhidos para síntese qualitativa (n= 27).

Diagrama de Pesquisa Bibliográfica

Tabela 3.



Nota. N = 27

* Artigos sugeridos, encontrados através do Google ou através dos próprios artigos da revisão.

Resultados

Os artigos selecionados a seguir, contém (ao menos um) os seguintes elementos: uma *perspectiva* (ideológica, filosófica, racional) que traduz-se em uma abordagem, faz parte de um *processo* (sucessão de eventos) e representa um ou mais *programas* (políticas públicas). Estas dimensões interagem entre si e com o contexto em que se situam, podendo ser definidas e justificadas – para fins de definir a elegibilidade dos artigos desta revisão de literatura – como: (i) *Perspectiva*: comparação e confronto filosófico, ideológico ou metodológico dos mecanismos dos cuidados de saúde e da Desinstitucionalização (Novella, 2010); (ii) *Processo*: como diferentes eventos, pessoas, funções e outros elementos presumidamente se relacionam (Rossi et al., 1999; Coryn et al., 2011). O processo de desinstitucionalização, por vezes, precede projetos de leis e políticas públicas de desinstitucionalização. Portanto, em uma tentativa de vislumbrar historicamente o início de um processo da desinstitucionalização, pode ser mais adequado dizer que o início não deu-se necessariamente na instituição de uma lei, mas em uma crise institucional, em protestos de um ou mais consumidores dos serviços de saúde mental, em alguma reunião de famílias, entre outros acontecimentos (Shen & Snowden, 2014); (iii) *Programas*: Um esforço organizado e planeado com a intenção do melhoramento de um problema social ou de aperfeiçoar condições sociais (Rossi et al., 2004), neste caso, literalmente políticas públicas e estratégias com o intuito de Desinstitucionalização dos serviços de saúde mental. Prioridade na selecção, foi dada aos artigos que continham implícita ou explicitamente estas 3 dimensões. Estas 3 dimensões portanto, de processos, programas e perspectivas, em conjunto, contribuem para tornar a revisão uma mais robusta, ou próxima do anti-frágil (Taleb, 2012).

Os resultados apresentados na Tabela 4. foram divididos de acordo com a natureza dos programas adoptados com o intuito da desinstitucionalização. Os artigos selecionados, representam contextos diversos e diferentes abordagens à desinstitucionalização. As categorias

(1; 2; 3) servem para fazer a distinção entre abordagens de acordo com características intrínsecas das mesmas. Conceitos como *Housing; Independent Living; Empowerment; Recovery e Transinstitutionalization*, foram retirados da própria literatura dentre os artigos selecionados. Para o conceito de *Recovery*, presente em muitos artigos (n = xxxx), uma distinção foi criada, uma vez que o mesmo termo é utilizado de maneiras diferentes, para definir programas com características diferentes. Portanto, foi feita uma divisão entre programas de *recovery* com características do modelo Ecológico (xxxx; xxx; xx;x ;) e programas de *recovery* com características do modelo médico-biológico para esclarecer possíveis distinções procedimentais e metodológicas que hipoteticamente podem influenciar nos resultados.

Ao fim, chegou-se em 3 categorias: 1. Recovery-based programs with Ecological features (e as respectivas características do modelo ecológico); 2. Recovery-based programs with medical model features (e as respectivas características presentes no modelo médico); e por fim a categoria 3. Transinstitucionalização, que descreve o fenómeno onde as pessoas são retiradas de instituições, porém, são levadas a situações que se assemelham à institucionalização, uma vez que compartilham muitas das privações, condições e procedimentos (e.g. medicalização generalizada, autonomia limitada, privacidade comprometida) de uma instituição (Basaglia, 1979). As categorias não são mutualmente exclusivas, é possível e previsível que encontrem-se evidências de institucionalização e transinstitucionalização em conjunto com práticas de saúde mental de base comunitária que garantem mais autonomia aos utilizadores.

A Tabela 4. é um compilado dos 31 artigos que satisfizeram os critérios de inclusão e portanto foram revisados no âmbito deste trabalho. A tabela, esta dividida nas secções: Referência; Método; Desenho; Localidade; e Evidências da Natureza dos Programas de Desinstitucionalização. Esta última, por sua vez, conforme explicitado anteriormente, foi subdividida nas modalidades 1. Recovery-based programs with Ecological features (e as respectivas características do modelo ecológico); 2. Recovery-based programs with medical

model features (e as respectivas características presentes no modelo médico); e por fim, a de 3. Transinstitucionalização.

Tabela 4.

Referência	Método	Desenho	Localidade	Target Community	Evidências da natureza dos programas de Desinstitucionalização						
					1. Programas baseados no Recovery com características do modelo Ecológico				2. Programas baseados no Recovery com características do modelo Médico-Biológico		3. Transinstitucionalização
					Housing ou Habitação Independente	Emprego ou Educação	Princípios de Empowerment	Fortalecimento das redes			
Christodoulou et al., 2010	Quantitativo	Journal Article	Grécia	Public Mental Hospitals in Greece	X ^c	X			X	X	
Cohen et al., 2020	Quantitativo	Literature Review	19 Países	19 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Csipke et al., 2013	Quantitativo	Cross-sectional	Londres	Enfermarias hospitaleres					X ^d		
Fakhoury & Priebe., 2002	Qualitativo	Literature Review	Internacional	Internacional	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Friedlander, 2006	Qualitativo	Journal Article	Canadá	British Columbia	X					X	
Fiste et al., 2015	Métodos Mistos	Journal Article	Grécia	Dromokaition Psychiatric Hospital of Athens					X		
Hobbs et al, 2000	Quantitativo	Comparative pre/post	Austrália	Long-stay Hospital		X ^{ab}		X	X ^a	X	
Kunitoh, 2013	Quantitativo	Literature Review	8 Países	8 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Lapsley et al 2000	Quantitativo	Comparative pre/post	Austrália	Long-stay Hospital		X ^b		X	X ^a	X	
Lee et al., 2015	Quantitativo	Follow-up study	Hong Kong	Pacientes do Kwai Chung Hospital		X ^c			X ^a	X	
Lee et al., 2022	Qualitativo	Interviews	Hong Kong	74 Key-informants					X	X	

Tabela 4. Continuação

Referência	Método	Desenho	Localidade	Target Community	Evidências da natureza dos programas de Desinstitucionalização						
					1. Programas baseados no Recovery com características do modelo Ecológico				2. Programas baseados no Recovery com características do modelo Médico-Biológico		3. Transinstitucionalização
					Housing ou Habitação Independente	Emprego ou Educação	Princípios de Empowerment	Fortalecimento das redes			
Long, 2017	Qualitativo	Journal Article	Escócia	Hospitais escoceses					X ^d		
Macdonald et al., 2008	Qualitativo	Interviews	Reino Unido	Psychiatric users/survivors						X	
Madianos, 2002	Quantitativo	Comparative study	Grécia	Hospitals in Greece						X	
Morrow et al., 2008	Qualitativo	Journal Article	Canadá	Riverview Hospital, BC					X	X	
Newton et al., 2000	Qualitativo	Ethnographic study	Austrália	Long-stay Hospital		X ^b		X	X ^a	X	
Novella, 2010	Qualitativo	Literature Review	4 Países	4 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Pijl et al., 2001	Quantitativo	Journal Article	Países Baixos	Drenthe	X	X ^c			X	X	
Pijl et al., 2004	Quantitativo	Longitudinal study	Países Baixos	Drenthe	X	X ^c			X	X	
Reinharz et al., 2000 a	Quantitativo	Follow-up study	Canadá	192 Participantes	X		X		X	X	
Reinharz et al., 2000 b	Qualitativo	Longitudinal study	Canadá	Hospital Montreal	X		X		X	X	
Rothbard & Kuno, 2000	Qualitativo	Literature Review	3 Países	3 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Salisbury, 2016	Métodos Mistos	Tool Assessment	10 Países	10 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	

Tabela 4. Continuação

Referência	Método	Desenho	Localidade	Target Community	Evidências da natureza dos programas de Desinstitucionalização						
					1. Programas baseados no Recovery com características do modelo Ecológico				2. Programas baseados no Recovery com características do modelo Médico-Biológico		3. Transinstitucionalização
					Housing ou Habitação Independente	Emprego ou Educação	Princípios de Empowerment	Fortalecimento das redes			
Salisbury et al., 2017	Quantitativo	Cross-sectional Review	9 Países	193 Long-term Hospitals	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Sealy & Whitehead, 2004	Quantitativo	Journal Article	Canadá	Camas disponíveis à Psiquiatria						X	
Winkler et al., 2016	Quantitativo	Literature Review	13 Países	13 Países	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Yip et al., 2000	Qualitativo	Journal Article	Hong Kong	Public Mental Hospitals						X	

Notas. N = 27

N/a: Não aplicável por tratar-se de estudos em mais de um país.

^a *Assertive Community Treatment*

^b Apoio à educação

^c Apoio ao emprego

^d Cuidados ainda nos hospitais

Dentre os artigos que passaram pelo escrutínio, os resultados foram divididos por países para facilitar a organização dos diferentes processos e modalidades de desinstitucionalização. Para agregar, revisões de literatura que também passaram pelo escrutínio acresceram à compreensão do contexto e trouxeram informações complementares sobre cada um dos países dispostos nesta revisão. Ainda, artigos que foram encontrados através dos artigos incluídos, por vezes também foram lidos, com o intuito de se perceber melhor o cenário ou clarificar eventuais pontos cegos deixados pelos artigos da revisão.

A revisão de literatura foi composta por 27 artigos, dentre esses, 11 artigos qualitativos, 14 quantitativos e 2 de métodos mistos. Dos desenhos de investigação 8 foram, *Journal Articles*, 2 foram *Follow-up Studies*, 2 foram Estudos Longitudinais, 1 foi *Tool Assesment*, 2 foram *Cross-sectional Studies*, 2 foram no formato de Entrevistas, 3 foram Estudos Comparativos e 1 foi um Estudo Etnográfico. Esta revisão de literatura incluiu artigos de 4 continentes (America, Europa, Oceania e Ásia) e 6 países diferentes, considerando o Reino Unido como um único país soberano e Hong Kong, apesar deste último ser uma região administrativa autónoma pertencente a China. Para além disto, 6 artigos eram Revisões de Literatura e estas serviram para dar uma ideia geral do cenário global da desinstitucionalização, de acordo com seus respetivos objectos de estudo e contribuições específicas.

Destes 27 artigos, 10 demonstram ser Programas Baseados no Recovery com Características do Modelo Ecológico de promoção da Saúde Mental. Dentre estes, 5 continham evidências de programas de housing ou habitação independente; 7 incluíam apoio ao emprego (4) ou à educação (3); 3 artigos demonstram a atenção dos programas aos princípios de empowerment, e 3 relataram especificamente o fortalecimento de redes (sociais, família, amigos, comunidade) como parte dos cuidados na comunidade.

Por outro lado, 14 artigos demonstram evidências de serem Programas Baseados no Recovery com Características do Modelo Médico-Biológico, dentre estes, 4 relataram utilizar

especificamente o método ACT (*Assertive Community Treatment*) para o processo de desinstitucionalização e integração das pessoas com experiência de doença mental; e 2 artigos eram à respeito de práticas humanizadas de cuidados, mas ainda dentro das instituições psiquiátricas. Por fim, 16 artigos evidenciaram o fenómeno da Transinstitucionalização em seus respectivos contextos como alternativa à institucionalização.

A seguir, os resultados foram divididos de acordo com os países representados por seus respectivos artigos, para depictar os diferentes processos, perspectivas e modalidades de desinstitucionalização, de modo a dar uma idéia geral histórica e reactivamente actual do panorama da desinstitucionalização.

Canadá

Morrow et al., 2008, Sealy & Whitehead, 2014 e Reinharz, 2000 (a; b) foram os artigos encontrados na revisão de literatura, que passaram pelo escrutínio e foram analisados para avaliar a situação da desinstitucionalização da saúde mental no Canadá.

A desinstitucionalização da saúde mental canadiana, começou na década de 50, com a mudança dos serviços públicos psiquiátricos para os cuidados na comunidade (Lesage, 2000; Morrow et al., 2008). Segundo Sealy & Whitehead, 2008, o que aconteceu foi um rápido movimento de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, ao mesmo tempo que houve um lento crescimento dos serviços de saúde mental comunitária. Esta discrepância procedimental, fez com que acontecesse o fenómeno chamado commumente de transinstitucionalização, na maioria de suas províncias. Ao longo dos anos, os gastos em serviços de saúde mental de base comunitária aumentaram consideravelmente (Sealy & Whitehead, 2003), porém há evidências de que este processo esteja ameaçado, em parte pela opinião pública e pelo imaginário mediático criado em torno da possível correlação entre a desinstitucionalização e o aparecimento de pessoas sem-abrigo, visivelmente afectadas psicologicamente ou a abusarem de substâncias (Morrow, et al., 2008). Sealy & Whitehead,

2003, curiosamente descreveu o fenómeno da transinstitucionalização no Canadá como um componente intermediário de transição, situado entre o estado de institucionalização e a desinstitucionalização em efectivo e que, segundo os autores, deu-se principalmente nas décadas de 1980 e 1990.

O artigo de Morrow et al., 2008, em especial, traz a atenção para múltiplas forças que podem atrapalhar o estado do processo da desinstitucionalização no Canadá, iniciado na década de 50 e que actualmente, em muitas regiões, encontra-se ainda em suas fases finais. O autor discorre sobre como a desinstitucionalização no Canadá, bem como em outros países, não foi um processo linear, mas que desenvolveu-se (e retrocedeu) ciclicamente. Neste sentido, os autores relatam uma pressão comum, actual e pública, para a re-institucionalização de pessoas que por vezes demonstram-se ‘visivelmente angustiadas’ nas ruas, entre estes, principalmente sem-abrigos com experiência de doença mental e também usuários de drogas.

Para além disto, no que cabe aos serviços de cuidados na área da saúde mental, disponíveis às pessoas, Morrow et al., 2008, também aponta para evidências de transinstitucionalização, uma vez que em algumas instâncias, a suposta desinstitucionalização significou o movimento dos internos em pacientes de hospitais psiquiátricos para alas específicas em hospitais gerais, também marcadas por cuidados análogos aos cuidados institucionais, portanto ‘coercivos’ e ‘paternalistas’, apesar de não serem hospitais exclusivamente psiquiátricos.

Em British Columbia, região do Oeste canadiano, também suportado pelo artigo de Friedlander (2006), apesar de também representar uma fase “final” de desinstitucionalização, em muitos sítios, para a maioria das pessoas com experiência de doença mental, o que se vê, é na verdade uma situação de transinstitucionalização, uma vez que estas pessoas foram transferidas de um grande hospital psiquiátrico, o Riverview Hospital para outras unidades

menores e menos desagradáveis, mas também caracterizadas pelos mesmos tratamentos e rotinas institucionais.

O artigo de Morrow et al., (2008), também denuncia o desejo da opinião pública e a consequente possibilidade de re-institucionalização das pessoas com experiência de doença mental, como uma solução atractiva para políticas higienistas, ou seja, políticas com objectivo de fazer dos desabrigados e da pobreza presente nos centros urbanos do Canadá, menos visível.

No caso específico da região de British Columbia, uma unidade com 100 camas para pessoas com experiência de doença mental e usuários de drogas foi recentemente aberta (Morrow et al., 2008). O argumento do autor é de que, apesar da aceitação destas medidas pela população local e também pelos profissionais de saúde mental, este tipo de abordagem pode impedir o *recovery* das pessoas, se estas unidades também reproduzirem mais dos mesmos “estilos” de cuidados institucionais. Na opinião do autor, há necessidade de um cuidado contínuo que ofereça suporte social, habitação, direitos, cidadania, cuidados na comunidade e fortalecimento do *advocacy*. Vale dizer que em Friedlander (2006), o autor também descreve outras opções de habitação disponíveis na província, como “morar com a família” e habitações semi-independentes, para além das residências compartilhadas.

Dos motivos principais citados pelos autores, que podem interferir na obtenção dos cuidados ideais para as pessoas com experiência de doença mental no Canadá, dois especificamente foram referidos. O actual modelo neo-liberal canadiano, e a abordagem médico-biológica, corrente com mais crédito popular actualmente, para cuidados de saúde em geral.

O neoliberalismo, modelo de governo adoptado pelo Canadá, favorece a redução do Estado e com esta também, principalmente, a redução dos gastos sociais e de programas públicos de suporte (Morrow et al., 2008). Para além disto, cita a crença reforçada pelo

neoliberalismo, de que problemas (sociais) são de responsabilidade de cada um individualmente, deixando de levar em conta a diversidade e as desigualdades.

O modelo médico-biológico, também de domínio do discurso público majoritário, tende a ver a doença mental como qualquer outra doença (Albee & Joffe, 2004). O que não é necessariamente apropriado ao falar de doença mental (Albee & Joffe, 2004). Sob os olhos do senso comum, por exemplo, quanto mais uma pessoa está doente, mais ela precisa ir ao hospital e permanecer no hospital, o que definitivamente não é o caso ao lidar com pessoas com experiências de doença mental. Dado o problema multifacetado que é, a melhor solução também é aquela que considera terapêuticamente múltiplas dimensões da vida do paciente, como direitos, cidadania, vida económica, estudantil e o contacto e construção de relações com amigos, conhecidos próximos e familiares (Christens & Perkins 2008; Prilleltensky, 2005; 2008; 2011; 2013; 2021) o que os autores neste estudo (Morrow et al., 2008), chamaram de abordagem social e sistémica.

Para Reinharz, (2000, a, b), pacientes desinstitucionalizados no Canadá, ao longo das décadas de desinstitucionalização, tiveram benefícios inegáveis. Os efeitos foram notados nas suas relações sociais, na saúde mental e também nos custos dos serviços de cuidados, apesar de uma necessidade maior em intensidade do uso destes serviços para a integração social destas pessoas. Deve-se notar também, relata o autor, que um aumento nos custos deve ser esperado, proporcional ao nível de gravidade ou da persistência da experiência de doença mental dos indivíduos. Estes custos estão associados a necessidade de pessoas encarregadas de actividades dentro e fora das acomodações, como profissionais da saúde, técnicos, staff não-profissional, enfermeiras, entre outros. Um factor diferencial observado, para a qualidade de vida e o potencial de reabilitação das pessoas desinstitucionalizadas, foi o grau de autonomia permitida ao indivíduo. A adaptação às necessidades do utilizador, por parte dos serviços é um factor causal, que permite dar aos usuários dos serviços de saúde, a maior qualidade de vida possível.

A desinstitucionalização, foi uma solução a nível de cuidados e *recovery* de pessoas com os mais variados níveis de intensidade e persistência de experiência de doença mental, ao mesmo tempo que é instrumental, na disputa de poderes entre as mais diversas partes interessadas na reforma da saúde mental canadiana. O papel do Médico Psiquiatra no Canadá, demonstrou-se ainda mais consolidado, ao tomarem parte não apenas dos cuidados via medicamentos psiquiátricos, mas também a partir do momento que estes passaram a sugerir os cuidados na comunidade como mais apropriados do que os tradicionais no ambiente hospitalar (Morrow et al., 2008; Reinharz, 2000, a, b; Sealy & Whitehead, 2014).

Reino Unido

A desinstitucionalização no Reino Unido, foi realizada a partir da decisão de desenvolver serviços de saúde mental de base comunitária, inspirados pelo Mental Health Act de 1959, em conjunto com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, seguindo a decisão do então Ministro da Saúde Enoch Powell, de fecha-los por completo, em 1961 (Long, 2016; Cohen, 2020). Apesar do feito, grandes dificuldades ainda tomam parte nos dias de hoje, como insatisfação dos usuários dos serviços (Macdonald, et al 2018), insatisfação dos profissionais e técnicos da saúde, a exclusão social por conta do estigma e uma tendência de evitar a liberação de pacientes institucionalizados por longos períodos de tempo (Rothbard & Kuno, 2000; Johnson et al 2001). Na Inglaterra especificamente, os hospitais começaram a fechar na década de 70 e estudos começaram a reportar melhoras dos pacientes em ‘habilidades de vida’ e em ‘qualidade de vida’ a partir do estudo compreensivo conduzido pelo projecto TAPS (Team for Assesment of Psychiatric Services) nas décadas de 80 e 90 (Leff et al., 2000; Kunitoh, 2013).

O estudo conduzido por Csipke et al., (2013), avaliou o estado dos cuidados dos pacientes dentro dos hospitais 50 anos depois do início do processo de desinstitucionalização em Londres. Apesar destes cuidados serem dentro dos hospitais, a hospitalização para episódios agudos ainda faz parte dos serviços de saúde mental e, portanto, estes também não

devem deixar de serem avaliados (Csiple et al., 2013). O autor argumenta a pertinência do estudo, uma vez que estudos passados (Wing & Brown, 1970) indicaram que hospitais que podem prover ambientes e oportunidades sociais, fazem com que as pessoas apresentem menos sintomas ‘negativos’ e melhor comportamento verbal e social. O estudo demonstrou que as actividades nos hospitais melhoram a percepção dos pacientes sobre as alas psiquiátricas.

O autor também reporta que as admissões de pacientes diminuíram e conseqüentemente restaram aos hospitais casos agudos, muitas das vezes de pessoas admitidas compulsivamente. Por esta razão, evidências apontam que estes ambientes servem hoje mais como custódia, do que como ambientes terapêuticos.

Pouca actividade foi observada nos hospitais em Londres de hoje, comparadas aos hospitais da década de 50 do estudo de Wing & Brown, (1970). Um quarto dos pacientes observados reportou nenhuma actividade disponível no hospital, apesar do número de profissionais do staff dos hospitais ter aumentado e os mesmos expressarem o tédio e o desejo por actividades. Isto, demonstra que não é mais uma prática comum engajar os pacientes em actividades nos hospitais. Por fim, o estudo reitera a importância de envolver os usuários, clientes dos cuidados dos serviços de saúde mental, uma vez que a expertise dos mesmos é de grande valia para a qualidade dos serviços e a melhora do quadro clínico dos próprios.

O estudo de MacDonald et al., 2018 é especificamente importante por tratar-se de um artigo que contém experiências biográficas de consumidores/sobreviventes, sobre um período de desinstitucionalização de aproximadamente 40 anos (1945-2014). O estudo examina como o fechamento dos hospitais psiquiátricos do serviço nacional de saúde do Reino Unido mudou a vida destas pessoas. Esta perspectiva, que da voz aos utilizadores dos serviços de saúde mental, confronta estes mesmos serviços, a que referem como uma forma de medicalização da vida quotidiana.

O artigo supracitado, também estabelece um contraponto ao argumento de que a psiquiatria é uma corrente apolítica e estritamente científica. E também, assim como Morrow et al., (2008) – artigo sobre o contexto canadiano – chama a atenção para o neo-liberalismo preponderante no Reino Unido. A Psiquiatria, segundo o autor, beneficia-se e alimenta o modelo neo-liberal comum a países como Canadá e Estados Unidos, que é em grande parte guiado pelo mercado de maneira mais livre. Segundo MacDonald et al., (2018), e sustentado por outros autores (Szasz, 2005, 2007), isto pode ser uma crescente preocupação uma vez que a psiquiatria, os serviços públicos de saúde e a indústria farmacêutica fortalecem-se entre si, sendo a saúde-pública portanto um grande mercado, os “doentes mentais” os principais clientes e sendo assim, cumpre-se o objectivo de capitalização através da medicalização de massas.

O estudo de MacDonald et al., (2018), também demonstra evidências de transinstitucionalização no Reino Unido, uma vez que as narrativas dos consumidores/sobreviventes reportam um movimento dos hospitais psiquiátricos tradicionais para outras instituições, menores e residenciais, porém sem grandes mudanças à nível dos cuidados para os indivíduos entrevistados. Os cuidados residenciais de longo prazo, para as pessoas com experiência de doença mental participantes do estudo, não são mais geridos por hospitais, porém por instituições particulares de cuidado.

O estudo de Long, (2017), por sua vez, aponta para similaridades e (principalmente) disparidades entre os processos de desinstitucionalização ingleses e escoceses. O processo inglês precedeu o escocês de maneira que é observável a desconfiança escocesa, segundo Long, 2017, sobre o *modus operandis* inglês, da desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, de maneira que a Escócia tarda até a última década do século XX, ainda a manter cuidados predominantemente institucionais.

Ao notar a taxa muito maior de hospitalização na Escócia comparada a Inglaterra, oficiais do departamento argumentavam que os hospitais psiquiátricos na Escócia estavam

melhor adaptados e colocados para as populações que serviam e que portanto continuariam a funcionar, como continuaram. Os cuidados escoceses eram predominantemente medicamentosos e em contexto hospitalar. Os números de pacientes psiquiátricos em Inglaterra e Wales caiu para mais de 50% duas décadas depois da decisão de fechar os hospitais psiquiátricos, enquanto na Escócia para o mesmo período o declínio foi de apenas 30%. Apesar destes números durante este período, no contexto escocês os hospitais que diminuíram a quantidade de pacientes que mantinham de início, puderam aprimorar-se para humanizar os ambientes hospitalares, alterando as disposições destes hospitais e através da utilização de terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e também da utilização de recursos externos aos hospitais. O que caracteriza, portanto, uma abordagem de reabilitação das pessoas, porém com atributos predominantemente médico-biológicas muito presentes, principalmente porque estas pessoas mantiveram-se em situação de institucionalização. O argumento dos oficiais responsáveis por este departamento, era de que este serviço era o mais adequado aos pacientes sob seus cuidados. Isto é discrepante com o artigo tratado anteriormente, de MacDonald et al., (2018) por exemplo, onde as pessoas entrevistadas, utilizadoras dos serviços de saúde mental no Reino Unido, advocam em favor da desinstitucionalização total e da vida na comunidade.

Países Baixos

Nos Países Baixos, uma desinstitucionalização parcial aconteceu, com a diminuição dos hospitais psiquiátricos e a introdução de centros de saúde mental, serviços ambulatoriais, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e abrigos, que funcionam de maneira integrada (Cohen, 2020; Ravelli, 2006).

A velocidade em que a Desinstitucionalização aconteceu e ainda acontece nos Países Baixos, foi de certa maneira lenta, ao comparar com outros países europeus (Pijl, 2001). Isto se dá, em razão da maneira em que foi instituída. A Desinstitucionalização não foi imposta pelo governo, mas suportada através do incentivo à iniciativas experimentais de cuidados na

comunidade. As funções de implementação dos serviços de base comunitária foram deixadas aos próprios provedores destes serviços (Pijl, 2001). As residências comunitárias, por exemplo, foram iniciadas por organizações criadas pelos próprios pacientes, enquanto os hospitais psiquiátricos não foram fechados, mas tiveram a função de receber pacientes durante o dia e prover tratamentos à casa destas pessoas.

Os números de pessoas institucionalizadas nos Países Baixos ainda são altos (Pijl, 2001). Isto também se dá de acordo com a forma de financiamento escolhida, dos serviços de base comunitária que não de substituir os tratamentos institucionais tradicionais. O financiamento destes serviços de cuidado na comunidade, vem directamente da redução dos gastos com pacientes nos hospitais psiquiátricos e da redução de gastos com o uso dos departamentos psiquiátricos em hospitais gerais e não de financiamentos extraordinários (Pijl, 2001).

Devido ao reconhecimento do impacto do estigma, por pacientes e profissionais, do impacto no bem-estar psicológico e de que a exclusão da pessoa em actividades económicas e sociais também são catalizadores de doença mental, as intervenções institucionais são evitadas nos Países Baixos, conforme as possibilidades estruturais. O decréscimo, portanto, nas admissões de pacientes nos hospitais é acompanhado da descentralização dos serviços de saúde mental providos. As consequências negativas da desinstitucionalização holandesa são, desta maneira, segundo Pijl, (2001), altamente improváveis.

Em Pijl, (2001), vemos descritos os cuidados dentro dos hospitais, tanto psiquiátricos quanto hospitais gerais, residências colectivas, onde pacientes moram em grupo, serviços ambulatoriais, centros de saúde mental, tratamento em casa e a combinação destes serviços (e.g. cuidados no hospital e no abrigo, cuidados diurnos e cuidados em casa, etc.). Portanto, estão evidenciadas no artigo tanto tratamentos psiquiátricos tradicionais institucionais; quanto a transinstitucionalização, que representa o movimento de pacientes dos hospitais para os

abrigos; e também soluções comunitárias inovadoras, como no caso do tratamento em casa. Vale ressaltar também que o número de pacientes em cuidados comunitários aumentou significativamente durante o período de estudo, enquanto o número de pessoas em cuidados institucionais diminuiu. Sendo que o tipo de tratamento que mais aumentou em número de pacientes, foi justamente a categoria de tratamento em casa.

Em Pijl 2004, vemos como os custos menores dos serviços de base comunitária podem prover, cuidados desde antes (prontidão de cuidado) e por um período prolongado de tempo comparado aos cuidados institucionais, o que favorece o acompanhamento destas pessoas de maneira mais flexível e efectiva. O artigo também destaca o foco em inclusão das pessoas com experiência de doença mental em actividades sociais e económicas, o que favorece de maneira integral o processo de *recovery* dos mesmos.

Grécia

A saúde pública grega avançou na desinstitucionalização dos serviços de saúde mental a partir de reforma de saúde mental que se deu na Grécia a partir de 1983 (Madianos, 2002). Antes disso, no início da década de 80, os cuidados de saúde mental se davam através de nove hospitais psiquiátricos públicos, descritos Madianos (2002), como ‘totalmente inadequados’ e ‘superlotados’.

A partir da reforma da saúde mental grega, no contexto do novo sistema nacional de saúde (NHS), uma variedade de serviços de saúde de base comunitária, antes inexistentes, foram criados para servir às necessidades da população (Madianos, 2002). Ao fim dos primeiros dez anos de programa, alternativas como centros de saúde mental comunitária, alternativas residenciais variadas (como hostels e abrigos) e unidades psiquiátricas em hospitais gerais foram criadas (Madianos, 2002; Cohen et al 2020).

Dos nove hospitais psiquiátricos existentes no início da década de 80 na Grécia, todos ainda existem, embora apenas cinco deles ainda recebam pacientes (Christodoulou et al., 2010;

Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Os quatro que descontinuaram seus serviços hoje funcionam provendo serviços na comunidade em unidades extra-muros como unidades móveis, centros de cuidados diurnos, hostels e em centros de saúde mental comunitária e reabilitação psicossocial (Christodoulou et al., 2010; Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Os cinco que ainda funcionam também provem estes mesmos serviços administrativos para além dos pacientes que recebem nos hospitais. A taxa de admissão involuntária nestes hospitais é muito alta. (Christodoulou et al., 2010). Em 2010 de 52 a 55% no Hospital Psiquiátrico de Atenas, de 50 a 52% no Hospital Psiquiátrico de Dromokaition, de 26 a 20% no Hospital Psiquiátrico de Thessaloniki, de 59 a 63% no Hospital Psiquiátrico de Tripolis e de 31 a 31% no Hospital Psiquiátrico de Leros (Christodoulou et al., 2010).

É também relevante notar que muitos hospitais psiquiátricos particulares ainda existem e funcionam com lotação perto da máxima na Grécia, sendo doze em Atenas, nove na Macedônia e nove em Thessaloniki, totalizando mais de 4300 camas (Christodoulou et al., 2010).

Programas alinhados com diretrizes internacionais de Direitos Humanos, como programas anti-estigma e de prevenção, foram implementados na Grécia a partir dos anos 2000 (Christodoulou et al., 2010; Cohen et al., 2020), e portanto estão a funcionar em conjunto com as iniciativas de base comunitária e as demais práticas em saúde mental tradicionais supracitadas.

O caso dos serviços de saúde mental na Grécia, ficou internacionalmente conhecido no início da década de 80 devido principalmente ao Hospital Psiquiátrico de Leros, na ilha de Leros, uma vez que este funcionava em superlotação constante e condições desumanas que mais se assemelhavam ao cárcere, a segregação e a tortura do que a um (mais próximo do desejável) centro terapêutico de reabilitação de pessoas com experiência de doença mental (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Entre as dificuldades principais atuais do processo de desinstitucionalização e da reforma da saúde mental grega citadas, maioritariamente são dificuldades no âmbito do financiamento estrutural e de staff especializado (Christodoulou et al., 2010), e também existem evidências de resistência às políticas públicas vigentes por parte de hospitais de relevância, que funcionaram historicamente de maneira independente desde a sua concepção, como é o caso do Hospital Psiquiátrico de Dromokaition (Fiste et al., 2015).

Austrália

O processo de desinstitucionalização na Austrália iniciou-se na década de 50, com forte velocidade até 1992, quando foi desenvolvido um plano estratégico para a desinstitucionalização, o National Mental Health Strategy (Doessel et al., 2005). Antes do plano, segundo Doessel et al., (2005), a desinstitucionalização na Austrália deu-se através de duas políticas, a de ‘abrir a porta de trás’ (de saída dos hospitais) e a de ‘fechar a porta da frente’ (de entrada dos hospitais). A desinstitucionalização deu-se portanto, de maneira rápida, mas as pessoas encontraram-se em situações similares ao abandono, sem o devido suporte na comunidade. Através do National Mental Health Strategy, houve uma desaceleração do processo da desinstitucionalização na Austrália (Doessel et al., 2005), porém com um planeamento maior e com uma execução mais assertiva. A estratégia, vigente desde 1993, recomenda a redução do tamanho ou o encerramento dos hospitais psiquiátricos, na medida em que é possível prover a receção de pacientes agudos ainda em ambientes hospitalares, a criação de serviços de base comunitária e acomodação suficiente (Doessel et al., 2005). No âmbito das acomodações, o plano estratégico australiano prescreve que o ambiente seja o menos restritivo possível (Hobbs et al., 2000). Apesar disto, através da revisão de literatura, observou-se que as residências comunitárias compartilhadas, são a solução mais comum à institucionalização.

Hobbs et al., (2000), relata sobre o encerramento de um grande Hospital Psiquiátrico em Sidney, que como solução à institucionalização, utilizou de 4 residências comunitárias,

localizadas perto dos serviços de saúde mental, com 10 quartos (alguns compartilhados) por residência. A cada residência foi fornecido um veículo e os residentes tinham acesso facilitado às lojas e ao transporte público. O estudo de Hobbs et al., (2000), também reporta a utilização de uma adaptação do ACT (Assertive Community Treatment), onde o suporte é dado conforme a necessidade do paciente. Uma equipa multidisciplinar foi formada para atender e dar apoio 24 horas para as pessoas que assim o necessitam. Programas para o desenvolvimento de habilidades da vida cotidiana, programas vocacionais e educacionais também eram dinamizados nas residências e fora das residências, segundo às vontades dos residentes de participar. O serviço relatado por Hobbs et al., (2000), portanto é um serviço de saúde mental humanizado, que desenvolve-se na comunidade, porém em residências compartilhadas. Os resultados demonstraram, que destas 47 pessoas, 7 voltaram permanentemente para os hospitais. Após 2 anos, o índice de satisfação dos residentes aumentou, para além disto, o estudo cita que muitos dos residentes expressaram, no final dos dois anos de acompanhamento, o desejo de mudarem-se para habitações mais independentes (Hobbs et al., 2000; Newton et al., 2000). O estudo de Hobbs et al., (2000) e o estudo qualitativo complementar de Newton et al., (2000), evidenciam, o carácter complexo da desinstitucionalização. As residências, por mais bem equipadas, e por mais “humanizadas” que fossem, nunca podem garantir por completo a autonomia, e o bem-estar psicológico que uma habitação independente pode garantir a uma pessoa, tenha esta experiência de doença mental ou não. Dividir uma residência com 10 ou mais pessoas, desconhecidas, com comportamentos desorganizados, não pode ser um ambiente completamente terapêutico, por mais humanizado que este seja. Os artigos de Hobbs et al., (2000) e Newton et al., (2000), evidenciam portanto a transinstitucionalização no contexto australiano, porém com valores fortes de *recovery*, com características do modelo médico-biológico presentes, dado a utilização da metodologia do ACT.

Um ponto positivo inegável observado em Hobbs et al., (2000) e também em Lapsley et al., (2000), artigo complementar sobre o mesmo caso que trata do aspecto financeiro, foi o

planeamento do encerramento deste hospital. Havia neste caso, do hospital de Sidney, um financiamento definido e estruturas prontas para receber os pacientes, no momento do encerramento do hospital. Portanto, apesar das residências comunitárias não traduzirem-se em uma desinstitucionalização por completo, isto é, mantêm-se a filosofia institucional em contexto de comunidade, a execução do fechamento do hospital foi certamente organizada e eficaz. Para além disto, em Lapsley et al., (2000), observou-se que os custos destes serviços de base-comunitária fornecidos, eram de aproximadamente a metade dos custos dos cuidados tradicionais hospitalares.

O processo australiano, assemelha-se com os métodos de desinstitucionalização inglesa, no aspecto da humanização de serviços, que traz resultados palpáveis na qualidade de vida dos utilizadores dos serviços, porém com um certo conservadorismo, dado a adoção de uma perspectiva médico-biológica acentuada que orienta os serviços fornecidos. A marca da adoção desta perspectiva, é a transição incompleta, pode-se dizer, das pessoas para a comunidade, visto que as pessoas com sintomatologias mais fortes, continuam em ambientes institucionais (Hobbs, 2000) e as que retornam para a comunidade, retornam com autonomia e liberdade limitadas. As pequenas conquistas de autonomia são relatadas no estudo de Newton et al., (2000), como grandes vitórias para os utilizadores dos serviços na comunidade e a transição para habitações independentes como um desejo último, remanescente da maioria dos utilizadores.

Por fim, os cursos educacionais ‘para adultos’, conforme citado em Hobbs, (2000), não deixam claro de que processos educacionais estas pessoas tem acesso. Não fica claro, se estas pessoas tem acesso a uma gama de cursos específicos das quais podem escolher, ou se tem acesso a educação formal, com apoio à entrada nas universidades, de acordo com o nível educacional e os anseios de cada pessoa. Programas vocacionais são citados também no artigo, porém o acesso ao emprego em si, não é relatado como uma realidade disponível e possível de apoio à integração efectiva destas pessoas na comunidade.

Hong Kong

Apesar da tendência internacional de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, Hong Kong até hoje não fechou nem mesmo um hospital psiquiátrico (Lee et al., 2015; Yip, 2000). Pelo contrário, ainda em 1999 criou mais um hospital psiquiátrico com capacidade para o internamento de 500 pessoas (Yip, 2000), totalizando 3 grandes hospitais psiquiátricos ainda a funcionar e um hospital psiquiátrico forense, estruturado em forma de prisão de segurança máxima, para pessoas diagnosticadas com doença mental que cometeram algum crime violento (Yip, 2000). A maioria dos pacientes institucionalizados em Hong Kong, estão sob supervisão do órgão Hospital Authority (HA), financiado pelo governo. O HA, gere 15 hospitais públicos em Hong Kong, e todos contém profissionais de Psiquiatria, porém pela capacidade de internamento dos hospitais psiquiátricos em Yip, (2000), mais de 4000, comparado ao número de camas disponíveis a psiquiatria em Lee et al., (2015) – 6.39 camas para cada 10.000 habitantes – considerando que Hong Kong, tem cerca de 7 milhões e 291 mil pessoas (HKSAR, 2022), o número de camas disponíveis a psiquiatria estaria por volta de 4660 camas. Portanto, é fácil perceber que os pacientes institucionalizados estão maioritariamente nos hospitais psiquiátricos e não em hospitais gerais. Vale ressaltar que estes números, embora menores, não são muito diferentes dos 5000 pacientes institucionalizados em Hong Kong, descrito no estudo em Tang, (1997).

Os hospitais psiquiátricos, em Hong Kong, para além de receber pacientes, também são dedicados às funções de desenvolver times que trabalham na comunidade em conjunto com clínicas (psiquiátricas) extra-muros. Trabalham portanto. em colaboração com as soluções comunitárias que provém (Hospital Authority, 2022). Em Yip, (2000), algumas soluções de base comunitária foram descritas detalhadamente.

As chamadas *Half-way houses*, residências comunitárias para cerca de 40 residentes, foram descritas em Yip, (2000), como “*institutionalized and large*” (p. 2), e os cuidados como ‘controle’ de residentes através de ‘regras’ e ‘regulações’, vistas como ‘intervenções’.

Outra solução comunitária citada em Yip, (2000), foram as *Long-stay care homes*, residências ainda maiores para cerca de 200 pessoas, com um número muito limitado de staff, cerca de dois assistentes sociais, seus respectivos assistentes e três enfermeiras, por residência. As rotinas são altamente estruturadas com actividades ocupacionais e restritas, deixando pouca ou nenhuma autonomia aos residentes. As camas e mobília foram descritas como “*institutional style*”.

Por fim, Yip (2000), descreveu o que chamou de *Multi-Purpose Psychiatric Service Complexes*. Financiado pelo governo de Hong Kong e por instituições particulares, os complexos são prédios enormes, que contém em si, *half-way houses*, *long-stay care homes*, para pacientes forenses ou não, um centro de cuidados diários e empresas sociais. Vale dizer, que estes ficam em regiões afastadas da comunidade, ainda mais segregados, para não causar ‘atrito’ com outros residentes locais. Estes prédios, normalmente, funcionam com capacidade perto de 500 pessoas.

Desde 2009, entretanto, Hong Kong adoptou um plano de saúde mental, o Mental Health Services Plan, que enfatiza práticas mais individualizadas, com soluções de base comunitária, e orientadas para o *recovery* (Hospital Authority, 2009; Lee et al., 2015). Organizações não governamentais, também contribuem para os casos específicos dos pacientes liberados dos hospitais na comunidade, através do programa Integrated Community Centre for Mental Wellness (ICCMW), que atribui assistentes sociais ao cuidado destas pessoas.

A integração das pessoas com experiência de doença mental, fica pouco evidente através dos artigos lidos nesta revisão, pelo contrário, a perpetuação de práticas institucionais na comunidade, demonstra-se muito presente no caso de Hong Kong. Mesmo com a evolução

do seus programas de saúde mental (Hospital Authority, 2009), atribuída a aplicação do ACT, esta prática, orientada para o *recovery*, revela-se neste caso um *recovery*, baseado maioritariamente no modelo médico-biológico, onde nas palavras de Lee et al., (2015), “*More patients were being prescribed newer antipsychotics over time.*”. Embora, o autor referir também a utilização de antipsicóticos de segunda-geração, entre outras características do programa de ACT, que contém elementos de uma abordagem ecológica da Saúde Mental, como orientar os pacientes a escolher sobre seu próprio tratamento, habitação (o artigo não especifica os tipos de habitação), a procura de emprego e a disponibilidade de um staff de apoio 24 horas (Lee et al., 2015).

O estigma da doença mental e a manutenção de estereótipos discriminatórios, também parece ser um problema muito presente, como já citado anteriormente, em Yip (2000), foi descrito o ‘atrito’ de residentes com o estabelecimento de residências comunitárias, independente da natureza institucional destas mesmas. Em Lee et al., (2022), este problema é explorado afundo. As anteriormente citadas ICCMW, centros que provém serviços de saúde mental comunitária para mais de 25.836 utilizadores (Lee et al., 2022) sofrem muita resistência por parte de líderes das comunidades onde estão permanentemente estabelecidos. Um fenómeno descrito em Lee et al., (2022), como efeito “*Not in My Backyard*”. Evidência forte de discriminação de pessoas com experiência de doença mental. Para além disto, evidencia a tendência de segregação de pessoas com experiência de doença mental e a forte cultura institucionalista de Hong Kong.

O artigo de Lee et al., (2022), discute estratégias para consultar e convencer os principais stakeholders da comunidade, de que pessoas com experiência de doença mental podem morar nos mesmos bairros e freguesias que os residentes destas regiões. A ideia de objeção de um ser humano, cidadão, viver na mesma região que outros seres humanos, igualmente cidadãos, simplesmente por estigma e medos irracionais, é render-se ao absurdo, sujeitar um grupo de pessoas sistematicamente à discriminação. É a mesma linha de raciocínio

que levou a criação do primeiro gueto da história, em Veneza, Itália. É a segregação, a separação, o fim do sentido de humanidade e de viver em comunidade.

Os artigos em Hong Kong, são preocupantes, apesar da discreta evolução dos serviços e abordagens de saúde mental escolhidas pelas autoridades locais. Evidenciam a institucionalização muito presente e a transinstitucionalização, mesmo em seus serviços mais progressistas. Nas últimas duas décadas, avanços consideráveis no sentido de direitos humanos, parecem ter sido alcançados (Lee et al., 2015), porém com muitas ressalvas, notáveis ao ponto de Fakhoury & Priebe (2007) referir os serviços providos em Hong Kong como de um modelo “pseudo-comunitário” de cuidados (Fakhoury & Priebe, 2007, p. 2). A transição em Hong Kong, não parece ser das pessoas à comunidade, mas (quando muito) dos hospitais, de dentro para fora de seus próprios muros.

Discussão

A presente Tese, percorreu diversos temas relacionados à desinstitucionalização da Saúde Mental, aproveitando, por vezes, da multidisciplinariedade ao longo da construção de seus argumentos, que nos permitem contextualizar os resultados obtidos, prover uma interpretação geral do mesmos e refletir sobre alguns pontos específicos.

À começar por 3 pontos, que talvez sejam as questões mais importantes levantadas para estudos posteriores 1. A pressão para a re-institucionalização, que apareceu em alguns artigos da revisão, apoiada pela cultura discriminatória do estigma de doença mental. Fortemente observada principalmente em (Lee et al., 2022; Morrow et al., 2008; Yip, 2000). 2. Desinstitucionalização para quem? O fenómeno da transinstitucionalização, que mascara através de números e do nome ‘desinstitucionalização’, cuidados análogos aos institucionais, na comunidade. Quanto a isso, Fakhoury & Priebe (2007), brilhantemente descreveu do seguinte modo “(...) ao invés de Psiquiatria Comunitária, as reformas estabeleceram uma comunidade psiquiátrica” (p. 2). 3. O carácter intocado dos hospitais psiquiátricos particulares,

muitas das vezes à funcionar em capacidade máxima, como demonstrado em (Christodoulou et al., 2010). Ainda, talvez, um 4º ponto pode ser objecto de indagação. Visto o fenómeno da transinstitucionalização e do carácter intocado dos hospitais psiquiátricos particulares, até que ponto o indicador de “número de camas em hospitais públicos”, normalmente escolhido em artigos e em relatórios internacionais, é realmente um bom indicador para medir a desinstitucionalização.

É de se pensar, também, que os serviços de saúde mental não podem mais tratar da doença mental de maneira reducionista e simplificada, uma vez que não convém tratar problemas complexos de maneira unidimensional. 16 artigos de 27 da revisão, demonstraram evidências de cuidados maioritariamente orientados por uma perspectiva médico-biológica, em que o principal “remédio” à experiência de doença mental é mesmo por via medicamentosa. Cabe nesta discussão, questionarmos se isto advém da nossa aclimação cultural com a ideia de que a doença mental é, a princípio, como qualquer outra doença física. Isto é, que advém de disfunções orgânicas e que portanto deve ser tratada com intervenções químicas.

É importante salientar, que todos os fenómenos que experimentamos, independentemente da forma em que são rotulados (e.g. bons ou maus, “normais” e “anormais”), exibem correspondências à nível cerebral (British Psychological Society, 2000; Albee & Joffe, 2004) e que portanto, meras exibições de correlações em ‘*sexy [brain] images*’, como descrito pelo Neurocientista Carl Hart, (2021, p. 330), não são necessariamente determinações de causalidade. Hart, que também é Professor e Presidente do departamento de Psicologia da Universidade de Columbia acrescentou, ‘*some scientists believe that using brain pictures increase the credibility of the science and findings. It doesn’t. (...) [brain pictures] rarely show any actual data (...) and scientific claims disseminated by authoritative sounding figures without data are not science.*’. As conclusões assumidas, por vezes extrapolam os limites dos métodos utilizados e dos resultados, o que é inapropriado, ainda mais quando estes não são replicados, o que é crucial em investigação científica de qualidade (Hart, 2021).

Novamente Albee & Joffe (2004), pontuou sobre o assunto sumariamente da seguinte forma, *“The basic fact is that most functional mental disorders do not yet have an identifiable underlying and invariable organic marker, and perhaps none exists.”*.

Apesar da maioria dos profissionais da saúde, concordar que o que chamamos de doença mental é uma interação de múltiplos factores, orgânicos e contextuais (Albee & Joffe, 2004), ainda assim, dá-se que intervenções em saúde mental, tendem a seguir o mesmo racional médico-hospitalar do século passado, que estigmatiza o indivíduo com diagnósticos abstratos, imprecisos, sobre supostas doenças mentais, medicalizam de acordo com o diagnóstico e perpetuam os estados mentais e comportamentos indesejáveis em um contexto hospitalar (ou similar ao hospitalar) opressivo.

Conclusões e Síntese dos Resultados

A revisão sistemática de literatura apresentada, de certo, traz algumas limitações em seu procedimentos e em suas evidências. Ao começar pelas limitações procedimentais, o modelo PRISMA 2020 de revisões sistemáticas de literatura (Page et al., 2021), aconselha a utilização de ao menos 3 bases de dados para conduzir uma revisão deste tipo, no caso da presente revisão foram utilizadas apenas 2 bases de dados, o Psychinfo e o Web of Science. Para além disto, também é uma limitação procedimental, o facto de apenas um revisor, ter conduzido o processo de escrutínio dos artigos, sendo o ideal, que haja sempre mais de uma pessoa a conduzir este processo de maneira independente. Além do mais, por ser uma revisão de literatura, para além de suas limitações próprias, esta compartilha também das limitações procedimentais e das evidências trazidas de cada artigo incluído e analisado por esta revisão.

As limitações das evidências podem ser atribuídas ao facto de que por vezes, 1. Os países comparados, apresentam aspectos sócio-económicos, políticos e sistemas de saúde muito diferentes. O que faz difícil a comparação por regiões. Entretanto, para diminuir os viéses e atenuar este problema, informações contextuais políticas, sociais e económicas foram incluídas para evitar comparações inapropriadas. Outra limitação, liga-se com o facto de que

2. nem todos os países dão informações precisas sobre seus processos de desinstitucionalização e principalmente no que concerne à detalhes específicos sobre soluções de base-comunitária, visto que muitos artigos apresentam estas soluções de maneira simplista, como se sinónimas, pertencentes a uma única categoria geral de soluções de base-comunitária (Fakhoury & Priebe, 2007), ou de desinstitucionalização (Novella, 2010). Por estes motivos, por vezes, faz-se difícil comparar os processos de desinstitucionalização. A tentativa de elucidar diferentes abordagens que informam a prática dos serviços de base-comunitária fortalecem a revisão neste sentido, esclarecendo os atributos dos serviços e as razões que os fazem ser da maneira que são e funcionar da maneira que funcionam. As 3 dimensões portanto, de processos, programas e perspectivas, em conjunto, contribuem para diversificar os ângulos dos quais vemos a desinstitucionalização e tornar a revisão uma mais robusta, ou mais próxima do ‘anti-frágil’ (Taleb, 2012).

Existe de facto, uma heterogeneidade de resultados, decorrentes dos diferentes processos e estilos de desinstitucionalização, em cada país. As evidências encontradas de programas com características do modelo ecológico de promoção da Saúde Mental; de programas com características mais marcantes do modelo médico-biológico; e por fim, a transinstitucionalização, que resulta da falha, da negligência, ou indolência dos serviços de Saúde Mental, demonstram que há muito a se fazer neste sentido, se é que o sentido da desinstitucionalização, ainda é o rumo que a maioria dos governantes e responsáveis pela Saúde Mental desejam tomar.

Apesar da evidente eficiência de custos (Lapsley et al., 2000; Pijl, 2004; Reinharz, 2000, a; Rothbard & Kuno, 2000), a maior satisfação e benefícios inegáveis aos utentes (Kunitoh, 2013; Leff et al., 2000; Reinharz, 2000, b; Salisbury et al., 2016), o desejo dos utilizadores de serviços de moverem-se para habitações mais independentes (Hobbs et al., 2000; Mac Donald et al., 2018; Newton et al., 2000), as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011; WHO, 2020) e representar uma questão de direitos humanos

(Mikowitz, 2013; UN, 1994), parece haver uma resistência muito grande à desinstitucionalização completa dos serviços de Saúde Mental. Tendências centralizadoras institucionais (Fiste et al., 2015), disputas de poder (Fiste et al., 2015; Lee et al., 2022; Morrow et al., 2008; Yip, 2000) e culturas fortemente marcadas pelo estigma da doença mental (Lee et al., 2022; Morrow, et al., 2008), mantém as pessoas dentro das grandes instituições ainda existentes ou podem também causar um fluxo contrário (das pessoas de volta aos hospitais), apoiado pela opinião pública e portanto suportado pelos governantes ou atendidos à demanda pelo sector privado (Morrow et al., 2008).

Os hospitais psiquiátricos particulares são um fenómeno presente e que quando mencionados nesta revisão, revelaram-se como que intocados pelas políticas públicas (Christodoulou et al., 2010). O desafio do crescimento ou da manutenção das instituições psiquiátricas particulares portanto, que já era relatado por Basaglia na década de 70 (Basaglia, 1979), também apareceu nesta revisão de literatura (Christodoulou et al., 2010; MacDonald et al., 2018). Para além disto, o risco ou a realidade da transinstitucionalização, que foi evidenciado em 16 artigos de 27 desta revisão. Outros estudos relataram desafios de financiamento (Christodoulou et al., 2010) e as melhores soluções neste âmbito, historicamente fizeram-se visíveis nos países (da revisão) Austrália, Canadá e Países Baixos (Lapsley et al., 2000; Pijl, 2004; Reinharz, 2000, a).

Outro componente apontado por múltiplos autores, foi o problema de se ignorar o factor da diversidade, em países com uma cultura individualista (meritocrática) neo-liberal (Morrow et al., 2008; MacDonald et al., 2018). O conflito de interesses entre utilizadores, profissionais e indústria farmacêutica apareceu em MacDonald et al., (2018), assim como a perspetiva da abordagem médico-biológica com intervenções uni ou bidimensionais (medicalização e diagnóstico), que apresenta soluções químicas para problemas multidimensionais e complexos (MacDonald et al., 2018; Novella, 2010). O estigma e a opinião pública discriminatória foi relatado em (Christodoulou et al., 2010; Cohen et al., 2020; Johnson et al., 2001; Lee et al.,

2015, 2022; Morrow et al., 2008; Pijl, 2001; Rothbard & Kuno, 2000; Yip, 2000); a reabertura ou criação (ou o risco da criação) de novas instituições psiquiátricas (re-institucionalização) apareceu em (Morrow, et al., 2008; Yip, 2000); por último a percepção de que pacientes complicados (com sintomatologias mais fortes ou crónicas) não podem ser desinstitucionalizados, ou não são incluídos nos programas de desinstitucionalização, apareceu no estudo de Hobbs, (2000), relativo ao contexto australiano.

Faz-se necessário, tendo em vista, estes pontos em comum supracitados, encontrados como resultado desta revisão de literatura, um olhar sincero e imparcial (o quanto possível) sobre o estado (real) da desinstitucionalização. Aqui referida, por vezes, como desinstitucionalização efectiva, isto é, que não análoga à ambientes institucionais e com real integração das pessoas com experiência de doença mental na comunidade, deve ser o objectivo dos programas de desinstitucionalização e das políticas públicas de saúde mental. A desinstitucionalização, não pode parar apenas no fechamento dos hospitais, mas os serviços oferecidos devem conduzir a uma melhora também efectiva na qualidade de vida das pessoas, utilizadoras destes serviços.

Para aceder a esta melhora, a qualidade dos serviços deve ser informada e reconhecida pelas próprios utilizadores, como na avaliação do caso da desinstitucionalização no Reino Unido, através do estudo de Macdonald et al., (2008). Uma vez que, através deste tipo de estudo, é mais fácil saber sobre o real estado da desinstitucionalização e faz-se possível obter informações mais precisas do que ao observar apenas indicadores (e.g. camas, leitos) em relatórios internacionais. Faz-se necessário, serviços que deem voz aos utilizadores dos serviços (abordagem colaborativa) e que garantam a autonomia destes utilizadores, já que esta mostrou-se factor culminante e directamente proporcional à promoção do bem-estar psicológico ao longo desta revisão (Morrow et al., 2008; Newton et al., 2000). As abordagens baseadas no *recovery* com atributos do modelo médico/biológico revelaram-se avanços consideráveis, principalmente quando comparadas ao TAU (*treatment as usual*) (Lee et al.,

2015), dos cuidados tradicionais em saúde mental, porém, ao mesmo tempo limitados, já que por vezes, acabam por perpetuar cuidados análogos aos institucionais (Morrow et al., 2008). Isto é, cuidados paternalistas e coercivos em residências compartilhadas (ou similares) (Christodoulou et al., 2010; Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016; Madianos, 2002; Morrow et al., 2008), e que representam, por vezes, aumentos na quantidade administrada de antipsicóticos (Lee et al., 2015).

Outro questionamento importante, a ser levado em consideração ao falar de Saúde Mental, é indagar sobre a existência (ou não) de conflitos de interesse, implícitos ou explícitos, neste mesmo campo. Ao tocar neste assunto, podemos considerar que as principais partes interessadas são: 1. Os utilizadores dos serviços de saúde mental; 2. os profissionais de saúde mental; 3. a indústria farmacêutica; 4. o estado; 5. a comunidade como um todo (aqui também estão incluídas famílias, amigos e cuidadores); 6 políticos e governantes. Refletir sobre os interesses de cada uma destas partes, é útil para a organização do papel de cada uma delas como recursos da comunidade e para assegurar que o empenho de cada, esteja em prol da saúde mental individual e comunitária.

Por exemplo, ao indagarmos hipoteticamente, os interesses, podem por sua vez, serem divididos em: o interesse dos pacientes, (e.g. o valor terapêutico, ajuda, suporte, reabilitação, bem-estar psicológico, poder, autonomia, liberdade, entre outros); o interesse dos profissionais de saúde (e.g. pacientes clientes); o interesse da indústria farmacêutica (e.g. clientes; alto número de clientes; perpetuidade do negócio; sucesso do *business-case*; lucro; convencer médicos e pacientes da utilidade dos fármacos; *lobbying* industrial; isenção de responsabilidade; feedback positivo ou ausência de feedback negativo por parte dos médicos e consumidores); o interesse dos políticos e governantes (e.g. reeleição, manter-se no poder, aprovação popular). Esta reflexão, não presume que estes sejam os verdadeiros interesses das partes envolvidas, mas possíveis interesses, dado ao posicionamento de cada parte – como negócio, como cliente/utilizador, como profissional, como “doente”, como família, como

político, como sociedade. A partir disto, como podemos negociar todos estes genuínos interesses, de modo a que estes convirjam ao benefício dos mais nobres interessados?

Em meio à tantas incertezas e aparente desordem, parece apropriado acabar a Tese com o otimismo da prática, com esta frase de Basaglia (2000) “Qualquer coisa de novo aconteceu nas últimas décadas, qualquer coisa de especial, que deu a ciência em geral e a alguns aspetos da medicina e da psiquiatria elementos de libertação e não de opressão. Houveram ilusões e houveram certezas, mas permanece, de qualquer forma, a esperança de que o mundo possa ser diferente.“.

Por fim, pode-se concluir que é preconizado e oportuno atender o desejo expresso pelos utilizadores dos serviços, de maior autonomia (Hobbs et al., 2000; Macdonald et al., 2018; Newton et al., 2000), que só pode ser completamente garantido através de habitações independentes, permanentes e não-segregadas da comunidade. Outros factores, como o apoio ao emprego, à educação e programas que promovem o *empowerment*, apareceram em 10 dos 27 artigos da revisão e demonstram ser desafios que enfrentam os países com estados ditos “mais avançados” de desinstitucionalização (Fakhoury & Priebe, 2002). Em realidade, pode-se dizer que, são estes os próprios indicadores e requisitos mais apropriados para a avaliação do real nível de desinstitucionalização, não podendo ser considerada uma desinstitucionalização ‘de facto’, ou efectiva, casos de países que (apenas) fecharam os hospitais, porém trouxeram consigo os métodos hospitalares por de baixo da bata. Há de haver uma verdadeira integração das pessoas na comunidade.

Referências Bibliográficas

- APA. (2022). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Aubry, T., Ecker, J., & Jetté, J. (2014). Supported housing as a promising Housing First approach for people with severe and persistent mental illness. In M. Guirguis, R. McNeil, & S. Hwang (Eds.), *Homelessness and health* (pp. 155–188). Ottawa, Ontario, Canada: University of Ottawa.
- Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(11), 467–474. <https://doi.org/10.1177/070674371506001102>
- Basaglia, F. (1979). *Conferenze Brasiliane*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Basaglia, F. (2018). *Se l'Impossibile Diventa Possibile*. Humana Civilitas Nuova Serie. Edizioni di Comunità.
- Bond, M. A., & Keys, C. B. (1993). Empowerment, diversity, and collaboration: Promoting synergy on community boards. *American Journal of Community Psychology*, 21(1), 37-57. <https://doi.org/10.1007/BF00938206>
- Bond, M. A., Serrano-García, I., Keys, C. B., & Shinn, M. (Eds.). (2017). *APA handbooks in psychology®.APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14954-000>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Brown, B. S. (1975). *Deinstitutionalization and Community Support Systems*. Statement by the Director, Nov, 4, 1975. National Institute of Mental Health. Mimeo.
- Cheng, A. L., Lin, H., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2007). Impact of supported housing on clinical outcomes analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 83. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252313.49043.f2>
- Chi C. Lee, Shu K. Liem, Joey Leung, Vicky Young, Kitty Wu, Kenny K. Wong Kenny, Sui K. Yuen, Wai F. Lee, Tom Leung, Mannix Shum, Patrick Kwong, William Lo. (2015). Deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved. *Psychiatry Research*. Volume 228, Issue 3, Pages 243-250. ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.106>

- Christens, B.D., & Perkins, D.D. (2008). Transdisciplinary, multilevel action research to enhance ecological and psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36, 214-231.
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31-39. <https://doi.org/10.1093/sw/50.1.31>
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493-1496. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1493>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.165>
- Davidson, L., Tondora, J.S., Staeheli, M.R., O'Connell, M.J., Frey, J., & Chinman, M.J. (2006). Recovery guides: An emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In A. Lightburn, & P. Sessions (Eds.), *Community Based Clinical Practice* (pp. 476-501). Oxford University Press.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 35-46. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0021>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97. <https://doi.org/10.1037/h0101301>
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <http://dx.doi.org/10.1037/h0099565>
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59. <https://doi.org/10.2975/32.1.2008.59.62>
- Esposito, F., Ornelas, J., & Arcidiacono, C. (2015). Migration-related detention centers: the challenges of an ecological perspective with a focus on justice. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 1-15.
- Esposito, F., Ornelas, J., Briozzo, E. and Arcidiacono, C. (2019). Ecology of Sites of Confinement: Everyday Life in a Detention Center for Illegalized Non-citizens. *Am J Community Psychol*, 63: 190-207. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12313>

- Foot, J. (2015). *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*. Verso Books.
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. New York: Pantheon Books.
- Fisher, D., (2021). *How We are Connecting, Activating, and Organizing to Heal Society*. Keynote presented to Leadership and Empowerment of People with Experience of Mental Illness. June 23, 2021, via zoom, taking place in Lisbon.
- Goffman, E. (1961). *Funs*. New York: Doubleday.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London: Sage
- Greenwood, R. M., Stefancic, A., Tsemberis, S., & Volker B. (2013). Implementations of Housing First in Europe: Successes and Challenges in Maintaining Model Fidelity. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(4), 290–312. <https://doi:10.1080/15487768.2013.847764>
- Greenwood, R. M., Manning, R. M., O’Shaughnessy, B. R., Vargas-Moniz, M. M. J., Loubière, S., Spinnewijn, F., Lenzi, M., Wolf, J. R., Boksztzanin, A., Bernad, R., Källmén, H., & Ornelas, J. (2020). Homeless adults’ recovery experiences in housing first and traditional services programs in seven European countries. *American Journal of Community Psychology*, 65(3–4), 353–368. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12404>
- Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S. N. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 171–186.
- Hall, W. (2017). *Coming off Psychiatric Drugs*. National Empowerment Center, Inc.
- Hart, C. (2021) *Drug Use for Grown-ups: Chasing Liberty in the Land of the Fear*. Penguin Books.
- Hersch, C. Social history, mental health, and community control. *American Psychologist*, 27:749-754, August 1972.
- Hobbs, C., Newton L., Tennant C., Rosen, A., Tribe, K. (2002). Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(1), 60–66. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00984.x>
- Jaure, Allison & Sainsbury, Peter & Craig, Jonathan. (2008). Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 19. 349-57. 10.1093/intqhc/mzm042.

- Kam-Shing Yip (2000). *Have Psychiatric Services in Hong Kong Been Impacted by the Deinstitutionalization and Community Care Movements?* , 27(6), 443–449. doi:10.1023/a:1021346410494
- Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist*, 21, 535–539. <http://dx.doi.org/10.1037/h0023598>
- Kelly, J. G. (1968). Toward an ecological conception of preventive interventions. In J. R. Carter, Jr. (Ed.). *Research contributions from psychology to community mental health* (75–99). New York: Behavioral Publications.
- Kelly, J. G. (2006). *Becoming ecological: An expedition into community psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195173796.001.0001>
- Kelly, J. G. (2010). Ecological thinking: Four qualities. *Análise Psicológica*, 28(3), 389-393.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P., Amano, N., & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <http://doi.org//10.1002/14651858.CD008297.pub2>
- Kunitoh, N. (2013). *From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384–396. doi:10.1111/pcn.12071
- Lamb, H. & Bachrach, L. (2001). *Some Perspectives on Deinstitutionalization*. *Psychiatric services* (Washington, D.C.). 52. 1039-45. 10.1176/appi.ps.52.8.1039.
- Lee, Chi C.; Liem, Shu K.; Leung, Joey; Young, Vicky; Wu, Kitty; Wong Kenny, Kenny K.; Yuen, Sui K.; Lee, Wai F.; Leung, Tom; Shum, Mannix; Kwong, Patrick; Lo, William (2015). *From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved*. *Psychiatry Research*, 228(3), 243–250. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.106
- Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. (2000) The TAPS project: A report on 13 years of research, 1985–1998. *Psychiatr. Bull.* 24: 165–168.
- LeFrancois, B., R. Menzies, and G. Reaume. 2013. *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Levine, M., Perkins, D. D., & Perkins, D. V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med.* 2009;6:e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

- Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(5), 487-496. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.5.487>
- Macdonald, Stephen J.; Charnock, Anne; Scutt, Jane (2018). *Marketing 'madness': conceptualising service user/survivor biographies in a period of deinstitutionalisation (1975–2014)*. *Disability & Society*, 33(6), 849–865. doi:10.1080/09687599.2018.1463195
- MacLeod, Timothy. (2014). The Capabilities Approach, Transformative Measurement, and Housing First. *Global Journal of Community Psychology Practice*. 5. 10.7728/0501201405.
- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004>
- Muñoz, D. C., Amador, P. M., Llamas, L. M., Hernandez, D. M., & Santos Sancho, J. M. (2017). Decentralization of health systems in low and middle income countries: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 62(2), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0872-2>
- Miller, S. G. (2016). 1 in 6 Americans Takes a Psychiatric Drug. *Scientific American*.
- Nelson, G., Ochocka, J., Griffin, K., & Lord, J. (1998). “Nothing about me, without me”: Participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors. *American Journal of Community Psychology*, 26(6), 881-912. <https://doi.org/10.1023/A:1022298129812>
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 125-142. <https://doi.org/10.1002/casp.619>
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave Macmillan.
- Nelson, G. B., Kloos, B., & Ornelas, J. (Eds.). (2014). *Community psychology and community mental health: Towards transformative change*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199362424.001.0001>
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (2017). Creating transformative change in community mental health: Contributions from community psychology. In M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys, & M. Shinn (Eds.), *APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues* (pp. 377–392). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14954-022>

- Novella, E. J. (2007). *Modernity and mental health care: A social systems account on deinstitutionalization and the reform of mental health services*. Hamburg: University of Hamburg.
- Novella, E. J. (2010). Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. *Health Care Anal* 18, 222–238 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0138-8>
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ornelas, J. (1997). *Psicologia comunitária Origens, fundamentos e áreas de intervenção*. *Análise Psicológica*. 15.
- Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, M. T., & Duarte, T. (2014). Housing first: An ecological approach to promoting community integration, *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M, & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. Retrieved <date>, from <http://www.gjcpp.org/>
- Ornelas, J., Vargas Moniz, M., Duarte, T., & Jorge-Monteiro, M. F. (2019). The role of community integration and empowerment for the transformative change in community mental health. *Community Psychology in Global Perspective*, 5(1), 38-55. <https://doi.org/10.1285/i24212113v5i1p38>
- Padgett, D. K., Henwood, B., & Tsemberis, S. (2016). *Housing First: Ending homelessness, transforming systems and changing lives*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199989805.001.0001>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 10, 89 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Paulson, G. (2012). *Closing the Asylums*. Jefferson, NC: McFarland.
- Paulson, G. (2019). *Closing the Asylums: The Causes and Continuing Consequences*. Torch Magazine.
- Platt JM, Keyes KM, McLaughlin KA, Kaufman AS (2019). Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. *Psychological Medicine* 49, 952–961. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001605>
- Prilleltensky, I., & Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. Red Globe Press.

- Prilleltensky, I. (2005). Promoting well-being: Time for a paradigm shift in health and human services. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 53–60
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: An integration of psychological and political dynamics. *Journal of Community Psychology*, 36, 116–136.
- Prilleltensky, I. (2011). Wellness as fairness. *American Journal of Community Psychology*, 49, 1-21.
- Prilleltensky, I. (2013). Wellness without fairness: The missing link in psychology. *South African Journal of Psychology*, 43(2), 147-155.
- Prilleltensky, I. (2021). Wellness, Fairness, and Worthiness: Psychosocial Foundations for the Common Good. Keynote address presented to European Conference on Community Psychology. June 3, 2021, via zoom, taking place in Oslo.
- Ralph, R. O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3), 480-517. <https://doi.org/10.1080/10973430008408634>
- Ralph, R. O., Lambert, D., & Kidder, K. A. (2002). The recovery perspective and evidence-based practice for people with serious mental illness. The Behavioral Health Recovery Management Project. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis. <https://isps-us.org/blog/wp-content/uploads/2011/10/The-Recovery-Perspective-for-People-with-Serious-Mental-Illness.pdf>
- Ralph, R. O., & Corrigan, P. W. (2005). Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10848-000>
- Rappaport, J. (1992). Researching community psychology. In P. Tolan, F. Chertok, & L. Jason (Eds.), *Research in community psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rappaport, J., & Seidman, E. (Eds.). (2000). *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6>
- Ravelli DP. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care*. 2006;6(1):None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.146>
- Reinharz, D., Lesage, A. D., & Contandriopoulos, A.-P. (2000, a). *II. Cost-Effectiveness Analysis of Psychiatric Deinstitutionalization*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 533–538. doi:10.1177/070674370004500603

- Reinharz, D., Contandriopoulos, A.-P., & Lesage, A. D. (2000, b). III. Organizational Analysis of Deinstitutionalization in a Psychiatric Hospital. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 539–543. <https://doi.org/10.1177/070674370004500604>
- Ridgway, P., & Zipple, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11–31. <http://dx.doi.org/10.1037/h0099479>
- Rog, D. J., Marshall, T., Dougherty, R. H., George, P., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65, 287–294. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300261>
- Rothbard, A. B., & Kuno, E. (2000). *The Success of Deinstitutionalization*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4), 329–344. doi:10.1016/s0160-2527(00)00042-x
- Ryan, W. (1976) *Blaming the Victim* (Rev., updated ed.) New York: Vintage Books
- Sá-Fernandes, L., Jorge-Monteiro, M. F., & Ornelas, J. (2018). Empowerment promotion through competitive employment for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 49(2), 259-263.
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, Gomez SC, Lachapelle Y, Luckasson R, Reeve A, Shogren KA, Snell ME, Spreat S, Tasse MJ, Thompson JR, Verdugo-Alonso MA, Wehmeyer ML and Yeager MH (2010) *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*, 7th Edn. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sen, A. K. (1982). *Choice, welfare and measurement*. Cambridge, MA: The MIT Press
- Sen, A. K. (1999). *Development as freedom*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sen, A. K. (2004). *Rationality and freedom*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Shen, G. C., & Snowden, L. R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-47>
- Szasz, T. (1974) *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (Rev. Ed.). New York: Harper & Row.
- Szasz, T. 2005. “‘Idiots, Infants, and the Insane’: Mental Illness and Legal Incompetence.” *Journal of Medical Ethics* 31 (2): 78–81.
- Szasz, T. 2007. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. London: Transaction Publishers.
- Taleb, N. N. (2012). *Antifragile: things that gain from disorder*. Random House New York.

- Terry, R., & Townley, G. (2019). Exploring the Role of Social Support in Promoting Community Integration: An Integrated Literature Review. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 509-527. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12336>
- Townley, G., Brown, M., & Sylvestre, J. (2018). Community psychology and community mental health: A call for reengagement. *American Journal of Community Psychology*, 61(1-2), 3-9. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12225>
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651- 656. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.651>
- Tsemberis, S. (2010). *Housing first manual: The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders*. City Center, MN: Hazeldon.
- United Nations. (2006). *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol*. Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. (2019). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health : report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*. Human Rights Council. United Nations Digital Library.
- Vogel, W. (1991). A personal memoir of the state hospitals of the 1950s. *Hospital and Community Psychiatric*, 42, 593-597.
- Watson, D. P., Shuman, V., Kowalsky, J., Golembiewski, E., & Brown, M. (2017). Housing First and harm reduction: A rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. *Harm Reduction Journal*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0158-x>
- World Health Organization. (2011). *Mental health atlas : 2011*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44697>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Watkins, M. (2019). *Mutual Accompaniment and the Creation of the Commons*. Yale University Press.
- Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28. <https://doi.org/10.1023/a:1014093008857>

- Yohanna, D. (2013). *Deinstitutionalization of People with Mental Illness: Causes and Consequences*. AMA Journal of Ethics.
- Zahniser, J. H. (2004). Psychosocial rehabilitation. In C. E. Stout & R. A. Hayes (Eds.), *The evidence-based practice: Methods, models and tools for mental health professionals*. John Wiley & Sons.
- Zahniser, Ahern & Fisher. (2005) How the PACE Program Builds a Recovery- Transformed System: Results from a National Survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Zimmerman, M. A., Israel, B. A., Schulz, A., & Checkoway, B. (1992). Further explorations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 20(6), 707-727. <https://doi.org/10.1007/BF01312604>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2