

# Trajétória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil

Historical trajectory of the psychiatric reform in Portugal and in Brazil  
Trayectoria histórica de la reforma psiquiátrica en Portugal y Brasil

Antonio José de Almeida Filho\*; Fabíola Lisboa da Silveira Fortes\*\*; Paulo Joaquim Pina Queirós\*\*\*; Maria Angélica de Almeida Peres\*\*\*\*; Telma Sofia dos Santos Vidinha\*\*\*\*\*; Manuel Alves Rodrigues\*\*\*\*\*

## Resumo

**Contexto:** Os cuidados psiquiátricos, quer no Brasil quer em Portugal, exigem iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas com a finalidade de transformarem positivamente a relação da sociedade com o doente mental.

**Objetivo:** Analisar a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e Portugal.

**Metodologia:** Investigação histórico. Utilizaram-se documentos escritos (Leis, Decretos-Lei, relatórios) como fontes primárias e artigos publicados sobre o tema para a análise, tendo-se construído duas subcategorias: Trajetória Histórica da Reforma Psiquiátrica em Portugal e no Brasil; e Criação dos dispositivos extra-hospitalares implantados em Portugal e no Brasil.

**Resultados:** A desospitalização e a criação de dispositivos extra-hospitalares foram, desde o seu início, um grande desafio nos dois países. Este exigiu o investimento em recursos económicos e humanos com o objetivo de reformular um modelo considerado ultrapassado.

**Conclusão:** Os dois países defenderam a desospitalização e a promoção dos cuidados psiquiátricos ao nível da saúde primária, acreditando que esta seria a melhor forma de integrar a pessoa com transtorno mental na sociedade e de resgatar a sua identidade social.

**Palavras-chave:** história; saúde mental; enfermagem psiquiátrica; Portugal; Brasil.

## Abstract

**Background:** Both in Portugal and in Brazil, psychiatric care require political, social, cultural, administrative and legal initiatives so as to positively transform the relationship between society and the mental patient.

**Objective:** To analyse the historical trajectory of the Psychiatric Reform in Portugal and in Brazil.

**Methodology:** Historical research. Written documents (Laws, Decree-Laws, reports) and articles published on the topic were used as primary sources for analysis, and two subcategories were created: Historical Trajectory of the Psychiatric Reform in Portugal and in Brazil, and Creation of the extra-hospital devices implemented in Portugal and in Brazil.

**Results:** Dehospitalisation and the creation of extra-hospital devices were a great challenge for both countries right from the beginning. This required the investment in human and economic resources with a view to reformulate a model considered to be outdated.

**Conclusion:** Both countries advocated for the dehospitalisation and the promotion of psychiatric care in primary healthcare settings, as they believed that this would be the best way to integrate people with mental disorders in society and rescue their social identity.

**Keywords:** history; mental health; psychiatric nursing; Portugal; Brazil.

\* Ph.D., Professor/Investigador, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 21941-901, Rio de Janeiro, Brasil [ajalfilhos@gmail.com]. Contribuição no artigo: levantamento de documentos escritos; análise e interpretação das fontes; elaboração do texto final. Morada para correspondência: Rua General Polidoro, 58/ 1306, Botafogo, 22211-110, Rio de Janeiro, Brasil.

\*\* Pós-Graduação, História da Enfermagem. Enfermeira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 20211-110, Brasil [fabylisboa@bol.com.br]. Contribuição no artigo: levantamento de documentos escritos; análise preliminar e interpretação das fontes; elaboração textual.

\*\*\* Pós doutorando ICBAS-UP. Doutoramento em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica. Mestre em Saúde Ocupacional. Licenciatura em História e em Enfermagem de Reabilitação. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Departamento de Enfermagem, 3016-851, Coimbra, Portugal [pauloqueiros@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: análise e interpretação das fontes; Revisão textual.

\*\*\*\* Agregação, História da Enfermagem. Enfermeira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, CEP 20211-110, Brasil [angelica.ufj@uol.com.br]. Contribuição no artigo: análise e interpretação das fontes; Revisão textual.

\*\*\*\*\* RN, Investigadora, UICISA: E, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3016-851, Coimbra, Portugal [telmavidinha@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: Análise preliminar e interpretação das fontes; elaboração textual.

\*\*\*\*\* Ph.D, Agregação, Professor Coordenador Principal com Agregação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Departamento Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3016-851, Coimbra, Portugal [demar72@gmail.com]. Contribuição no artigo: revisão final do texto

## Resumen

**Contexto:** La atención psiquiátrica, tanto en Portugal como en Brasil, requiere un conjunto de iniciativas políticas, sociales, culturales, administrativas y jurídicas para cambiar positivamente la relación entre la sociedad y los enfermos mentales.

**Objetivo:** Analizar la trayectoria histórica de la Reforma Psiquiátrica en Brasil y en Portugal.

**Metodología:** Investigación histórica en la que se utilizaron documentos escritos (leyes, decretos leyes, informes) como fuentes primarias y, para el análisis, se utilizaron artículos publicados sobre el tema, formando así dos subcategorías: Trayectoria histórica de la Reforma Psiquiátrica en Portugal y en Brasil y Creación de los dispositivos extrahospitalarios implantados en Portugal y en Brasil.

**Resultados:** La desinstitucionalización y la creación de dispositivos extrahospitalarios fueron, desde el principio, un gran desafío en los dos países que requirió invertir en recursos económicos y humanos con el fin de reformular un modelo considerado obsoleto.

**Conclusión:** Los dos países defendieron la desinstitucionalización y la promoción de la asistencia psiquiátrica en la atención primaria, creyendo que esta sería la mejor forma de integrar a la persona con trastorno mental en la sociedad y de rescatar su identidad social.

**Palabras clave:** historia; salud mental; enfermería psiquiátrica; Portugal; Brasil.

Recebido para publicação em: 05.11.14

Aceite para publicação em: 20.01.15

## Introdução

A presente investigação tem como objetivo analisar a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Portugal. Apesar de adotarem abordagens diferentes relativamente à desospitalização da pessoa com transtorno mental, estes países partilham da crítica em relação ao modelo manicomial.

A doença mental começou a ganhar destaque e a ser considerada como objeto de estudo a partir do final do século XIX, quando surgiram as primeiras instituições psiquiátricas, cujo objetivo era cuidar e/ou isolar a pessoa com algum tipo de transtorno mental. Houve uma proliferação destas instituições em diferentes continentes, nomeadamente a Europa, onde prevalecia o discurso da necessidade do afastamento social destas pessoas para a realização de um tratamento adequado e para a proteção da população de alguma peculiaridade intrínseca que lhes era atribuída. Os hospitais psiquiátricos eram vistos como uma solução para a loucura, embora este modelo de tratamento fosse desde cedo objeto de críticas (Alves, 2011).

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com o doente mental. Trata-se de um processo complexo que traz como desafio uma mudança nas práticas sociais sob um novo olhar ao portador de transtorno mental, pelo que a reforma vai desde as transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até às práticas sociais com estas pessoas (Amarante, 1995). Em Portugal, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1960 e a Lei de Saúde Mental n.º 2118, de 1963, lançou os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos com a criação dos setores de serviços psiquiátricos e de Centros de Saúde Mental, tendo como objetivo a desospitalização e a integração dos utentes com transtorno na comunidade (Siqueira-Silva, Nunes, & Moraes, 2013).

Assim, em Portugal, havendo a proposta de aliar a psiquiatria à comunidade, diminuindo ao máximo a segregação e o isolamento do doente mental, a responsabilidade do tratamento não deveria ser toda imputada ao hospital. O convívio social passa a ser considerado como relevante para a recuperação da pessoa com doença mental, surgindo assim, o discurso da inclusão social interligado à desospitalização (Alves, 2011).

No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica surgiu no final da década de 1970, num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados, centrado no hospital psiquiátrico, e se verificava a eclosão do surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. O ponto de partida da crise foi as denúncias de maus tratos não esclarecidas que ocorriam nos hospitais psiquiátricos brasileiros, o que levou à mobilização de vários profissionais e, consequentemente, ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Silva & Fonseca, 2005).

No ano de 1989, o Projeto de Lei, do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicómios no país, tramita no Congresso Nacional. Depois de vários anos é promulgada a Lei 10.216, a 06 de abril de 2001. Esta previa o redirecionamento dos cuidados em saúde mental, em que só as pessoas em situação de crise aguda deveriam ser internadas num hospital psiquiátrico, pelo que todas as outras deveriam receber tratamento alternativo, ficando junto das famílias e privilegiando-se o tratamento em serviços comunitários (Silva & Fonseca, 2005).

Este período ficou caracterizado por dois movimentos simultâneos: por um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na hospitalização, e por outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste período que a Reforma Psiquiátrica brasileira se caracteriza como política oficial do governo Federal (Gonçalves, 2001). Mesmo após o início da reforma, os hospitais psiquiátricos continuam a ser a principal forma de tratamento da pessoa com transtorno mental em Portugal. Este facto é alvo de críticas por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a reforma propõe a descentralização dos hospitais e uma assistência direcionada para o ambulatório com tratamento associado à figura do médico e não multiprofissional. Então percebe-se que a proposta de reforma psiquiátrica em Portugal não contempla a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas antes a descentralização dos cuidados no hospital, pelo que se diferencia do modelo de reforma implantado no Brasil.

Acreditamos que este estudo se justifica por abordar a trajetória histórica dos modelos de atuação no campo da saúde mental em Portugal e no Brasil e permitir,

por isso, compreender melhor o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica nestes países. Além disso, a investigação com abordagem histórica tem sido importante para a compreensão aprofundada de fenómenos sócio histórico, o que favorece a evolução do ensino e da investigação e, conseqüentemente, a organização dos cuidados de saúde, oferecendo outras perspetivas sobre a pessoa com doença mental e o seu tratamento.

## Metodologia

Estudo de perspetiva histórica. Como fontes primárias foram utilizados todos os documentos escritos (Decretos, Leis e Portarias) promulgados no decorrer do estabelecimento das políticas públicas referentes às questões da Saúde Mental em Portugal e no Brasil.

Relativamente a Portugal, os documentos foram retirados das páginas eletrónicas da Assembleia da República e do Departamento Geral da Saúde, tendo sido a pesquisa orientada pelo resumo crítico da saúde mental em Portugal disponível do Plano Nacional da Saúde Mental. Outros documentos foram citados em fontes secundárias, tendo sido também pesquisados nas páginas eletrónicas já referidas. Obtiveram-se, no total, 12 documentos publicados entre os anos 1963 e 2006, mas só foram utilizados os que estão citados no presente artigo.

Relativamente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, as fontes primárias foram consultadas na página eletrónica do Ministério da Saúde e constituíram-se em dez documentos publicados entre 1991 e 2011. A seleção dos documentos usados para a elaboração do presente artigo privilegiou aqueles que evidenciavam iniciativas para a desospitalização e desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental.

As fontes secundárias foram constituídas por dissertações de doutoramento e mestrado, artigos de periódicos científicos, e livros da História do Brasil e de Portugal, todas localizadas em bibliotecas públicas e virtuais destes países.

Como preconizado pelo método histórico, o estudo comportou as três etapas essenciais: levantamento dos dados; análise crítica dos dados; e conclusões. Assim, após a etapa de seleção e classificação das fontes documentais procedeu-se à determinação da

qualidade e relevância da informação contida nas fontes para o trabalho historiográfico proposto. Este processo de validação de fontes denomina-se crítica externa e crítica interna (Padilha, 2005). Nesta fase, os documentos foram examinados detalhadamente e comparados com as fontes secundárias; e em seguida, foram agrupados de acordo com a cronologia e a temática que abordavam.

Em continuidade, os dados foram organizados e analisados à luz do referencial teórico-metodológico. O conjunto de factos políticos e sociais também foi considerado para a interpretação dos dados históricos, o que permitiu a exposição histórica a partir da documentação selecionada. Como exposto, a confiabilidade dos dados foi realizada mediante a triangulação das fontes documentais.

## Resultados e Discussão

### Trajectoria Histórica da Reforma Psiquiátrica em Portugal e no Brasil

O início do século XX ficou marcado como o período do regresso da loucura à sociedade, onde se inicia o processo de desinstitucionalização. Nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa ocorreu a tentativa de implementação das filosofias de intervenção comunitária, que conferia à loucura e à sua transformação um objeto de conhecimento que atribuía à medicina a responsabilidade de tratá-la (Alves, 2011).

Simultaneamente a estas transformações ocorreu a evolução das Políticas de Saúde Mental que tendiam a considerar os avanços científicos e sociais. A partir destas transformações, a Europa, principalmente, experimentou dois movimentos distintos: o primeiro período, no qual os cuidados psiquiátricos eram desenvolvidos nos grandes hospitais, permanecendo assim até meados de 1960; e posteriormente, o período da desinstitucionalização, com abrangência internacional (Alves, 2011).

Em Portugal, no início da década de 1960, iniciaram-se as críticas ao modelo manicomial existente e às suas formas de tratamento à pessoa com doença mental, caracterizando um enfoque político-revolucionário. Os hospitais psiquiátricos, até então centralizadores, começaram a ser questionados e influenciados pelos pensamentos de Goffman e de Foucault, entre outros, que defendiam a liberdade, os direitos e melhores

tratamentos (Siqueira-Silva, Nunes, & Moraes, 2013). Estes pensadores, através das suas ideias, propunham alterações nos cuidados psiquiátricos defendendo uma abordagem à pessoa com doença mental mais digna e com procedimentos terapêuticos mais adequados. Este movimento foi caracterizado como o precursor da desinstitucionalização. Foi nesta época de forte debate em toda a Europa, que ocorreu em Portugal a necessidade de se evitar a segregação e a marginalização da pessoa com doença mental, tentando realçar outras formas de tratamento que não a afastassem do convívio social e a aproximassem cada vez mais da comunidade (Hespanha, 2010).

Assim, inicia-se oficialmente em Portugal, na década de 1960, a renovação psiquiátrica, onde a Lei de Saúde Mental n.º 2118 de 1963 lançou os princípios reformadores da política de cuidados psiquiátricos, cuja política fundamental se pautava na continuidade dos cuidados, na facilidade no acesso sem discriminação, no controlo e na implicação da comunidade onde vive a pessoa com transtorno mental (Lei n.º 2118 de 3 de Abril, 1963). No Brasil, a territorialidade dos cuidados de saúde primária é um dos pressupostos básicos para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde da Família (PSF), proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo de cuidados baseada no trabalho de equipas multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em Portugal, estas equipas deveriam ser responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita, localizada numa área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e sua condição clínica (Pereira & Barcellos, 2006).

Começava-se então, em Portugal, a considerar-se a promoção da saúde mental, com ênfase nas ações preventivas de caráter individual ou coletivo. Assim, tinham-se ações de tratamentos terapêuticos juntamente com ações recuperadoras. A proposta seria então a de implicar a comunidade em iniciativas importantes à integração social da pessoa com transtorno mental, pois o hospital psiquiátrico não deveria ser o único responsável pelo seu tratamento. Face a isto, a Lei n.º 2.118 de 03 de abril de 1963 estabelecia os Centros de Saúde Mental como unidades fundamentais dos serviços de saúde mental (Lei n.º 2118 de 3 de Abril, 1963), onde se incluiria um conjunto de instituições extra-hospitalares, preconizando um modelo de cuidados que pretendia

ser mais adequado às pessoas com transtorno mental (Alves, 2011). Constatou-se que em Portugal, a Lei da Saúde Mental teve pouca repercussão, pois mobilizou poucos profissionais e, apesar de existirem serviços ambulatoriais no país, o tratamento continuava centrado na hospitalização psiquiátrica (Alves, 2011). As tentativas de reforma no campo dos cuidados psiquiátricos em Portugal ocorreram durante um período histórico marcado por mobilizações sociais e políticas com consequências para a sociedade e para o campo da saúde em geral. Tratava-se do fim de um regime ditatorial que perpassou por mais de quatro décadas, pelo que se iniciava um processo revolucionário que transformaria profundamente a sociedade portuguesa, além de influenciar a subseqüente normatização democrática (Hespanha, 2010).

Com a revolução de abril de 1974 e a iminente crise política decorrente, a aplicação do Decreto-Lei n.º 413 de 1971 ficou comprometida, sobretudo no que diz respeito à integração do cuidado ao utente psiquiátrico nas unidades de saúde primária. Neste período, evidencia-se a necessidade de se democratizar no território português o acesso à saúde mental, pois as estruturas para este fim estavam concentradas nas cidades de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei n.º 413 de 27 de Setembro, 1971). Foi a partir de 1984, através do Decreto-Lei n.º 74, que são retomadas as discussões de associar a saúde mental à saúde primária (Decreto-Lei n.º 74 de 2 de Março, 1984). Neste período ocorrem as criações de sucessivas legislações que aproximam a psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e pela integração dos cuidados. Estava então novamente prevista a criação de uma rede de serviços comunitários, juntamente com a reestruturação dos Centros de Saúde Mental Distritais e a criação de unidades de psiquiatria nos Hospitais Gerais (Alves, 2011).

É importante realçar que apesar de todos estes Decretos e Leis, apenas no ano de 1992, através do Decreto-Lei n.º 127 de 03 de julho, é que ocorreu a integração da saúde mental nos serviços de saúde. Este decreta a extinção dos centros de saúde mental e transfere as atividades, até então realizadas nestes, para 24 hospitais centrais e distritais, próximos de cada um desses centros (Decreto-Lei n.º 127 de 03 de julho, 1992). Assim, quase todos os hospitais passaram a ter departamentos psiquiátricos e serviços de urgência psiquiátrica (Alves, 2011). As mudanças

previstas neste período tinham afinidades com o modelo de reforma que se iniciava no Brasil.

No Brasil, os modelos assistenciais substitutivos ao hospitalocêntrico surgiram num determinado contexto histórico. O tratamento psiquiátrico adotado nos países ocidentais baseava-se no internamento em manicômios por tempo indefinido. Esta prática vigorou por muitos anos até que fosse adotado o modelo manicomial proposto desde a Revolução Francesa, onde as pessoas que não seguiam um padrão normativo de pensamento deveriam ter um espaço livre de exclusão social (Saraceno, 2001).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, embora baseada em modelos internacionais, sobretudo o da Psiquiatria Democrática italiana, possui uma trajetória marcada por uma forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (Delgado et al., 2007). Assim, o início deste processo é contemporâneo, uma vez que partiu da eclosão de um movimento político no campo da saúde, denominado de Movimento Sanitário e que ocorreu na década de 1970. Este movimento lutava por mudanças nos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e pelo protagonismo dos profissionais e utentes dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Ministério da Saúde, 2005).

O cenário da saúde mental no Brasil antes da reforma psiquiátrica era considerado desolador, pois estava inserido em práticas constantes de internamentos, com os profissionais responsáveis pelo cuidado submetidos às péssimas condições de trabalho, num ambiente cuja estrutura física era opressiva. Além disso, havia o isolamento social e os maus tratos no cuidado às pessoas com transtorno mental. Para agravar, o direito de escolha era negado ao doente, pois não havia uma oferta de cuidados alternativa à hospitalização (Silva & Fonseca, 2005).

Logo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil caracterizava-se por um processo político e social complexo, composto por diversos atores, instituições e forças de diferentes origens, que incidiam em diversos territórios, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos mercados de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais juntamente com os seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública. Portanto, envolveu um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais

e sociais, marcadas por impasses, tensões, conflitos e desafios (Ministério da Saúde, 2005).

Cabe ressaltar que o início da reformulação da Atenção à Saúde Mental no Brasil aconteceu aquando uma crise política, económica e social, sob um regime ditatorial militar que gerou desigualdade social e baixa remuneração imposta aos profissionais, sindicatos sob intervenção, repressão política e censura da imprensa (Yasui, 1999).

O Movimento Social pelos direitos dos utentes psiquiátricos no Brasil teve início em 1978 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este foi integrado por trabalhadores do movimento sanitário, juntamente com associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e por pessoas com várias histórias de hospitalização psiquiátrica. Inicia-se então um movimento que, por um lado, se caracteriza pela luta para denunciar a violência nos manicômios, os maus tratos, a desumanização, o isolamento social, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de cuidados, e que por outro, se caracteriza pelo desenvolvimento coletivo de uma visão crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2005). Este período merece destaque, sobretudo o ano 1989 pelo projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores do estado de Minas Gerais (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, sendo esta Lei considerada o início das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Cabe destacar que o referido projeto ocorreu no contexto de discussão e promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo de saúde para o país, formado pela articulação entre as esferas Federal, Estadual e Municipal, sob controlo social exercido através dos Conselhos Municipais de Saúde (Neto, 1997).

A criação da Lei Federal 10.216 representou um instrumento importante para a Reforma Psiquiátrica brasileira, mesmo com poucos avanços, pois no campo jurídico a única legislação existente até então era o Decreto 24.559 de 1934. A Lei tinha como finalidade redirecionar o modelo de cuidados psiquiátricos no Brasil, prevendo dentre outros

direitos, o acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde de acordo com as necessidades da pessoa e a recuperação pela integração na família, no trabalho e na comunidade. Além disto, esta lei regulamentava os cuidados especiais aos utentes de longa permanência, sem descartar a possibilidade de punição para o internamento involuntária e/ou desnecessária (Luzio, 2003).

A partir do ano de 1992, através dos movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado, conseguiu-se aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que as políticas do Ministério da Saúde para a saúde mental ganham contornos mais definidos, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em construção no Brasil.

### **Criação dos dispositivos extra hospitalares implantados em Portugal e no Brasil**

Em Portugal a criação de novos dispositivos extra-hospitalares ocorreu pela necessidade de se inserir a pessoa com transtorno mental na comunidade. Este movimento foi marcado por um processo descontínuo que tinha o hospital como referência de tratamento. Este período perpassou quatro fases, de acordo com as principais alterações legislativas e respetiva organização dos cuidados, sendo elas: a setorização (décadas de 1960 e 1970); a integração nos cuidados primários (década de 80); a integração hospitalar (década de 1990); e a reforma no serviço (1998) (Alves, 2011).

Foi a partir do ano de 1984 que a associação da saúde mental com a atenção primária foi retomada e revista, juntamente com a criação de uma rede de serviços comunitários e com o desenvolvimento de programas de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crónicos, para além do estabelecimento de cooperação com instituições privadas. Ocorre neste período a tentativa de reorganização dos serviços de saúde mental em todo o país (Alves, 2011).

O período de 1984 a 1990 ficou conhecido pelo desenvolvimento de uma rede de serviços integrados, que eram designados por Centros de Saúde Mental e que foram inseridos em cada área geográfica com a responsabilidade de prestarem atendimento desde a fase do tratamento até à reabilitação, e pelo

estabelecimento de cooperações com instituições privadas. Verifica-se uma diferença comparativamente ao modelo brasileiro, pois em Portugal os serviços são compartilhados com as corporações privadas desde a sua fase inicial. No entanto, o que ainda se vivenciava neste período era a predominância dos cuidados hospitalares à pessoa com transtorno mental (Siqueira-Silva, Nunes & Moraes, 2013).

Somente em 1992 é que ocorreu a integração do serviço de saúde mental nos serviços de saúde geral. Isto deu-se em função da promulgação do Decreto-Lei n.º 127, que preconizava o fim dos Centros de Saúde Mental juntamente com os Centros de Saúde Mental Infanto-juvenil, sendo estes integrados nos serviços dos hospitais gerais que passariam a oferecer, na sua grande maioria, departamentos e urgências psiquiátricas. Surge, a partir desta integração, o que ficou conhecido na história da psiquiatria portuguesa, como o período em que houve de forma direta um confronto com os médicos psiquiatras e as suas associações. Este grupo considerava estas mudanças um retrocesso, uma vez que reforçaria, segundo os seus argumentos, a institucionalização das pessoas com transtorno mental. No entanto, o mesmo grupo que contestava a integração proposta pelo referido Decreto-Lei aceitava que os grandes hospitais psiquiátricos continuassem a existir (Siqueira-Silva, Nunes & Moraes, 2013).

Ocorreu a criação de várias Leis que objetivavam valer o que era considerado mais significativo e adequado nos cuidados à pessoa com doença mental pelos profissionais. Porém, essa ideia de adesão descentralizadora gerou conflitos e, efetivamente, não aconteceu. Não houve uma disseminação ampla desta ideia entre os profissionais, familiares e utentes. As conexões que se pretendiam não produziram a tão almejada descentralização (Alves, 2011).

Somente em 1998, com a criação da Lei de Saúde Mental n. 36/98, é que ocorreu a oficialização da necessidade de se criar uma rede diversificada com respostas articuladas entre si pela via da colaboração interministerial, juntamente com as organizações sociais comunitárias, levando a um debate sobre as contradições e fragilidades do sistema. Neste sentido foi instituída uma Comissão designada para estudar a situação da Saúde Mental em Portugal (CESM), cujo objetivo era promover uma ampla discussão sobre a saúde mental, tendo como colaboradores os serviços e diversos profissionais, na tentativa de se elaborarem

propostas de orientação da política e de reformulação da Lei da Saúde Mental (Siqueira-Silva, Nunes, & Moraes, 2013).

Assim, foram apresentados pela CESM, em 1998, os princípios organizacionais de base que deveriam ser incorporados em todos os serviços de saúde mental que, através da setorização, se designaria a assistência ao serviço de saúde na atenção primária, além de garantir a responsabilidade pelos cuidados prestados em cada unidade. A continuidade dos cuidados prestados também foi destacada, sendo que estes deveriam ser desenvolvidos na comunidade, com a diversidade e coordenação comum dos dispositivos que integrariam a rede de serviços de cada setor. Para isto previa-se uma reestruturação da hospitalização psiquiátrica, onde os doentes agudos seriam encaminhados para os hospitais gerais e, para facilitar a reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada, recomendava-se a criação de dispositivos, sendo que tudo isto exigia o envolvimento do profissional de saúde com o utente, família e comunidade (Alves, 2011).

Desta forma torna-se-ia indispensável a integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral, de modo a concretizar a proposta de Lei n. 36/98, que atribuía a responsabilidade do cuidado da pessoa com transtorno mental à comunidade, através da integração do serviço, que retirava ao hospital essa responsabilidade (Alves, 2011).

O serviço de saúde no âmbito dos cuidados primários em Portugal tem passando por constantes organizações estruturais, no que diz respeito ao campo da psiquiatria, e todas as tentativas de mudança até não foram em vão e não serão necessariamente enfraquecidas. As leis são concretizações importantes, que apoiadas por outras iniciativas e interesses, podem ajudar nas conquistas que se referem ao processo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental. Os familiares contribuem para este processo e são parte essencial deste, pois anseiam o melhor para seus parentes com transtorno mental.

Já no Brasil, as iniciativas de desconstrução do modelo manicomial começaram pelos profissionais de saúde e por outros que discordavam do modo de funcionamento dos hospícios, que iniciaram uma discussão política e um movimento que deflagrou a Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 1995).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas

com longo histórico de hospitalização passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2005).

Deste modo, a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de hospitalização psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, dentre os quais destacamos alguns programas e ações de saúde: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residências Terapêutica (SRT) (Ministério da Saúde, 2005).

O PNASH tinha como objetivo vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país e os leitos de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas da qualidade dos cuidados e respeito aos direitos humanos fossem inativados (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPS, serviços abertos e comunitários, tinham como objetivo melhorar a qualidade do cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais para que pudessem prescindir do internamento psiquiátrico, e os SRT, espaço de moradia e ressocialização após a alta dos hospitais psiquiátricos, pretendiam acolher os indivíduos indicados para a desospitalização. Estes últimos deveriam estar localizados em espaços urbanos, cabendo-lhes um papel fundamental na desinstitucionalização dos indivíduos internados por longos períodos nos hospitais psiquiátricos (Amarante, 1995).

Estas iniciativas permitiram a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o encerramento de hospitais psiquiátricos. Assim, a partir do início da década de 1980 desdobra-se uma série complexa de acontecimentos em todo Brasil, principalmente nos Estados da federação, que haviam elegido governos democráticos. Embora em ritmos diferenciados nas diversas regiões do país, a redução do número de leitos psiquiátricos foi-se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma (Ministério da Saúde, 2005).

Instaura-se assim, um período de mudanças na assistência e, conseqüentemente, a reorientação do modelo assistencial quando se inauguram novos serviços substitutivos, inicialmente alternativos ao asilo, tais como os Centros de Atenção Psicossocial e Centro de Convivência, na cidade de São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial, na cidade de Santos. Estas iniciativas traziam a expectativa de serem de facto substitutivas ao hospital psiquiátrico (Amarante, 1995).

A partir da criação dos serviços substitutivos no Brasil foi necessário ocorrerem, gradualmente, mudanças nas relações entre o trabalhador e o objeto de trabalho, uma vez que o utente passava a ser mais importante que a doença. Emerge a necessidade de se avaliar e inserir uma nova forma de se produzirem cuidados à pessoa com transtorno mental e no processo de organização dos serviços especializados e não especializados em saúde mental, que também faziam parte da rede de assistência em saúde.

Torna-se essencial para o avanço do processo e o sucesso da desinstitucionalização, juntamente com a ampliação da rede de assistência em saúde mental, o comprometimento dos profissionais de saúde com a promoção da vida e saúde da pessoa com transtorno mental, uma vez que o utente possui o direito de receber atenção fundamentada nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e descentralização. A pessoa com transtorno mental traz, na sua história de vida, o peso do estigma da periculosidade e da necessidade de exclusão do meio, o que tem como consequência o asilamento e isolamento, ou seja, a negação da cidadania dessa parcela da população (Terra, Ribas, Sarturi, & Erdmann, 2006).

Não podemos entender o processo da desinstitucionalização como sendo apenas uma transferência do utente do hospital psiquiátrico para um dos dispositivos de cuidado extra-hospitalar, mais sim, como uma construção de novos saberes e práticas de cuidados, aparatos científicos e códigos de referência, desejando a produção e sentido de vida e a socialização. Portanto, um processo que se reflete no quotidiano dos serviços através da prática de cuidados baseados nessa clínica da atenção psicossocial e nesses novos dispositivos de cuidados (Rezende-Alves, 2012).

## Conclusão

Este estudo permitiu compreender melhor a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Portugal e os fatores que desencadearam a criação dos dispositivos extra-hospitalares em saúde mental. Desta forma, foi evidenciado que no Brasil, após a criação dos dispositivos extra-hospitalares, ocorreu uma redução significativa dos leitos psiquiátricos e o encerramento de vários hospitais. Já em Portugal, o modelo tradicional continua a consumir a maioria dos recursos e é alvo de crítica pela hegemonia, na maior parte do país, dos hospitais psiquiátricos, sendo a desospitalização realizada de forma lenta e incompleta.

Constatamos que em Portugal a saúde mental seguiu com atraso a evolução europeia quando comparada a nível conceitual, organizacional e terapêutico. O Brasil já sofreu influência do modelo italiano e teve o processo de reforma inserido num contexto de luta social e político.

Percebemos que os dois países defendem uma desospitalização e desejam uma assistência pautada na atenção primária, onde a pessoa com transtorno mental terá a melhor forma de integração na sociedade e o resgate da sua identidade social.

## Agradecimento:

Este estudo é parte das atividades planeadas para o Estágio Pós-Doutoral e teve o apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Órgão do Ministério da Educação do Brasil).

## Referências bibliográficas

- Alves, F. A. (2011). *Doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: Um estudo no norte de Portugal*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Amarante, P. D. C. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

- Decreto - Lei n.º 127/92 de 03 de Julho. *Diário da República nº 151/92 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto - Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. *Diário da República nº 228/71 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto - Lei n.º 74/84 de 02 de Março. *Diário da República nº 53/84 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Delgado, P. G. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., ... Pôrto, K. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Gonçalves, L. (2001). *Integralidade e saúde mental*. São Paulo, Brasil: Editora Manelli
- Hespanha, P. (2010). A reforma psiquiátrica em Portugal: Desafios e impasses. In B. A. S. M. Fontes & E. M. M. Fonte (Eds.), *Desinstitucionalização, redessociais e saúde mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal* (pp. 137-162). Recife, Brasil: UFPE
- Lei nº 2118/63 de 3 de Abril. *Diário da República nº 79/63 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Luzio, C. A. (2003). *A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da reforma psiquiátrica* (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Padilha, M. I. C. S., & Borenstein, M. S. (2005). O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4), 575-584. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a15v14n4.pdf>
- Pereira, M. P., & Barcellos, C. (2006). O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, 2(2), 47- 55.
- Rezende-Alves, K. (2012). *Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
- Salomão Neto, A., Ribeiro, M. S., Stroppa, A. L. P. C., Bastos, M. O., & Costa, D. M. T. (1997). *Plano municipal de saúde mental*. Juiz de Fora, Brasil.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro, Brasil: Te Corá/Instituto Franco Baságlia.
- Silva, A. L., & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449.
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J. A., & Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 475-496.
- Terra, M. G., Ribas, D. L., Sarturi, F., & Erdmann, A. L. (2006). Saúde mental: Do velho ao novo paradigma: Uma reflexão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(4), 711-717. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>
- Yasui, S. (1999). *A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico* (Dissertação de Mestrado). Faculdades de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (Assis), Brasil.

