

BREVE BALANÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas¹

Rachel Gouveia Passos

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)/Universidade de Coimbra

Sílvia Portugal

Universidade de Coimbra

BREVE BALANÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas

Resumo: O presente artigo visa apresentar alguns elementos analíticos para uma análise comparativa da política de saúde mental no Brasil e em Portugal, dando destaque aos serviços residenciais terapêuticos. Expõe o percurso histórico e legislativo do processo de desinstitucionalização e dos dispositivos substitutivos nas duas realidades. Pretende contribuir para a reflexão e análise do desenvolvimento das políticas de saúde mental, destacando os impasses decorrentes da atual crise do capital e das ações neoliberais.

Palavras-chave: Saúde mental, reforma psiquiátrica, residências terapêuticas.

BRIEF ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH POLICY: comparative analysis Brazil and Portugal from the experience of the therapeutic residences

Abstract: This article aims to present some analytical elements for a comparative analysis of the mental health policy in Brazil and Portugal, highlighting the residential care. Exposes the historical and legislative process of the deinstitutionalization process and the substitute devices in both realities. The aim is to contribute to the reflection and analysis of the development of mental health policies, highlighting the dilemmas arising from the current crisis of capital and neoliberal actions.

Key words: Mental health, psychiatric reform, therapeutic residences.

Recebido em: 28.02.2014. Aprovado em: 20.03.2015.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta algumas problematizações acerca do panorama das políticas de saúde mental no Brasil e em Portugal, dando destaque às experiências dos serviços residenciais terapêuticos. O texto enquadra-se numa investigação de Doutoramento², e se beneficia das pesquisas e revisões bibliográficas realizadas durante uma estadia no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, para a realização de um estágio doutoral. O diálogo entre a pesquisadora e a orientadora do estágio permitiu desenvolver algumas indagações relativas ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica nos respectivos países.

Ambas as reformas se pautam pelo princípio da desinstitucionalização e ambas as experiências vêm passando por inúmeras dificuldades em relação à sua efetivação, apesar das distintas realidades e trajetórias e da diferenciação de percursos. É das semelhanças e das diferenças que se pretende, sinteticamente, dar conta, neste artigo.

Em Portugal, a atual proposta de reforma psiquiátrica se baseia na criação de respostas no território a nível local e regional com intuito de acompanhar as pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. Desde os anos 1960, que Portugal, em termos legais, possui a temática da desinstitucionalização em suas diretrizes e propostas. Todavia, a efetivação prática dessas diretrizes não vêm ocorrendo, o que tem promovido uma desresponsabilização do Estado português e uma sobrecarga para as famílias (HESPANHA et al., 2012).

No Brasil, é de fundamental importância localizar as experiências que vêm se consolidando na saúde mental desde meados dos anos 1980. O Movimento da Luta Antimanicomial tem sido um potencial instrumento para que as mudanças no campo da saúde mental possam avançar e se consolidar. Entretanto, não tem sido uma tarefa fácil construir alternativas e caminhos em tempos de crise, já que, no caso brasileiro, as políticas

públicas têm sido alvo das ações neoliberais, o que tem ocasionado um engessamento e retrocesso na produção do cuidado na saúde mental.

O presente texto tem por objetivo contribuir com elementos analíticos acerca do panorama da política de saúde mental em ambos os países, dando destaque às experiências dos serviços residenciais terapêuticos. Nos dois países foram criados dispositivos para acolher pessoas em sofrimento psíquico grave que estão sendo desinstitucionalizadas dos hospitais psiquiátricos e que necessitam de moradia, denominadas, no Brasil, residências terapêuticas e, em Portugal unidades de vida. Apesar dos mesmos propósitos, há disparidades em relação a organização, financiamento, modelos e gerenciamento. Pretende-se, portanto, dar destaque à legislação que regula e estabelece os serviços; apresentar um breve levantamento dos dispositivos existentes em ambos os países e, também, realizar uma análise das dificuldades existentes para a efetivação e consolidação do processo de desinstitucionalização.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: um princípio, duas experiências

Os questionamentos em relação às condições de tratamento, aos saberes e às práticas psiquiátricas instituídas, iniciaram o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Foi a partir da influência basagliana³ que se adotou o caminho da desinstitucionalização e da erradicação dos hospitais psiquiátricos, princípio que tem norteado as novas diretrizes e ações para a constituição da política de saúde mental.

A partir do final dos anos 1970, ocorreu a *Crise da Dinsam* (Divisão Nacional de Saúde Mental), proporcionando o grande estopim da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse período, especificamente no Rio de Janeiro, iniciou-se uma série de reuniões e organizações para pensar novos rumos para a política de saúde mental, tendo como resultado, em 1978, o surgimento do Movimento

de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse movimento buscava aquecer os questionamentos para proporcionar as transformações na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Em meados dos anos 1980 e 1990, tiveram início as mudanças no campo legislativo, no qual diversos projetos de leis estaduais e municipais buscavam a legitimação dos direitos dos usuários da saúde mental. Para a saúde pública brasileira, o auge do contexto reformista, tanto sanitário quanto psiquiátrico, deu-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que teve um imenso marco com a participação popular, reunindo em torno de quatro mil pessoas. Em 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ao mesmo tempo que ocorria nesses espaços legitimados pelo Estado a grande participação política da população e dos trabalhadores, o MTSM, também crescia. Nesse mesmo ano, na cidade de Bauru, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, o MTSM deixa de ser uma organização meramente de trabalhadores da saúde mental para assumir-se enquanto um movimento social com participação dos usuários, familiares e simpatizantes. Nesse evento demarcou-se o seguinte lema do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: *Por uma sociedade sem manicômios*.

Já em 1988, com a nova Constituição, tem-se instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade. Em 1989, o Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT/MG), deu entrada no Congresso Nacional com o projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Contudo, foi apenas em 6 de abril de 2001, que a Lei 10.216, foi aprovada e regulamentada, dispondo da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental e do redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental.

Em dezembro de 2001, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe

enquanto lema: *Cuidar Sim. Excluir não!*, tendo a participação de 1500 pessoas. Foi durante essa conferência que se potencializaram politicamente os personagens da reforma psiquiátrica. De acordo com Alves e Valentin (2003, p. 221),

[...] não se aprovou nenhuma recomendação que não fosse coerente com a nova lei antimanicomial e se constatou que tampouco ocorreu abertura de novos hospitais psiquiátricos.

No caso da experiência brasileira o modelo central de atendimento no território, junto à comunidade, tem-se instituído através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui diversos serviços substitutivos para atender as múltiplas demandas em saúde mental que não se restringem meramente à demanda do tratamento: ambulatórios, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, cooperativas, hospitais-dia, etc. Todos esses dispositivos possuem uma lógica de operacionalizar o cuidado em saúde mental de forma diferenciada ao modelo anterior que estava restrito a uma lógica hospitalocêntrica. Por esse motivo, a experiência da reforma psiquiátrica brasileira não se restringe apenas à mudança de modelo legislativo ou operacional, mas implica, também, uma transformação técnica/ científica e sociocultural.

Em Portugal, de acordo com Alves e Silva (2004, p. 57, grifo dos autores),

[...] a evolução das políticas de saúde mental traduz duas grandes tendências que manifestam, com atraso, os avanços científicos e sociais que se foram fazendo sentir sobretudo a nível europeu. Elas vão colocar a tônica da intervenção, primeiro no Hospital e, posteriormente, na Comunidade. A análise da legislação permite situar dois grandes períodos: o período da psiquiatria dos grandes hospitais (até à década de sessenta do século passado) e o da desinstitucionalização. Este último,

a nível internacional, assenta em duas correntes de pensamento que, filosoficamente, se contrariam: por um lado, as novas possibilidades da indústria farmacêutica que permitem a “libertação” dos doentes, controlados, na comunidade; por outro, a contestação da psiquiatrização que esses mesmos avanços produzem ao estenderem os seus efeitos para além do hospital.

Portugal foi, no entanto, pioneiro, na definição de um modelo de intervenção comunitária. A primeira Lei de Saúde Mental, Lei 2.118, aprovada em 3 de abril de 1963, define, de acordo com Hespanha (2010), uma forma de organização assistencial fundada a partir dos princípios da psiquiatria de setor, fazendo de Portugal um dos países pioneiros nessa nova perspectiva.

A efetivação dessa legislação deveria ocorrer através da implantação e implementação dos Centros de Saúde Mental, que seriam as unidades básicas de intervenção, tendo como responsabilidade a promoção e a viabilização do cuidado à população no território de abrangência. Segundo Hespanha (2010, p. 141),

[...] a criação de, pelo menos, um Centro de Saúde Mental por distrito, prevista em Lei [...], permitiria a descentralização dos serviços de saúde mental, até aí concentrados nos três hospitais psiquiátricos do país (Lisboa, Coimbra e Porto).

Apesar do avanço legislativo precoce, a reforma psiquiátrica portuguesa nunca conseguiu avançar na implantação e consolidação dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, tendência que persiste até a actualidade (HESPANHA et al., 2012). A reforma psiquiátrica em Portugal faz-se, sobretudo, através de alterações legislativas e de desenhos de reorganização dos serviços, que, na execução, ficam muito aquém dos planos traçados. Alves e Silva (2004) identificam quatro fases do processo: a setorização (décadas de 1960 e 1970); a integração nos cuidados primários (década de 1980);

a integração hospitalar (década de 1990) e a reforma (1998).

Nas décadas de 60 e 70, a psiquiatria portuguesa seguia mais a psiquiatria de setor e, por isso, o modelo italiano de Basaglia teve pouca influência. O movimento de psiquiatria social, interessou a alguns profissionais (psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais), mas ficou confinado a eles. Talvez por isso a Lei de 1963 teve uma aplicação reduzida no que respeita à desinstitucionalização e à abertura à comunidade e, na prática, as mudanças que se foram verificando não alteraram a supremacia hospitalar nem deram lugar ao aparecimento de serviços alternativos (ALVES; SILVA, 2004; HESPANHA, 2010). Saliente-se que, até 1989, não havia nenhum Centro de Saúde Mental em nenhum dos 3 distritos que estavam localizados os hospitais psiquiátricos do país (HESPANHA, 2010).

Os anos 1980 ficaram marcados com a construção da ligação entre a saúde mental e os cuidados na atenção primária. Além disso, foi criada em 1984, a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, na Direção Geral de Saúde. Entretanto, nenhuma dessas ações de fato chegou a se efetivar na realidade. Apesar das incessantes defesas da reorganização do modelo de atendimento, não houve nenhuma mudança na prática, sendo o cuidado traduzido e reduzido à lógica ambulatorial.

No início dos anos 1990, apostou-se no cuidado *integralizado* da saúde mental nos serviços gerais de saúde. Foi por meio do decreto de Lei 127/1992, que foram extintos os

Centros de Saúde Mental (que, na altura, eram 20 para adultos e 3 infanto-juvenis), transferindo as suas atribuições para os hospitais gerais, centrais e distritais, passando, a partir de então, quase todos os hospitais a ter departamentos de psiquiatria. (HESPANHA, 2010, p. 144).

Mantiveram-se como hospitais centrais especializados alguns dos existentes e que tinham sido

intitulados Centros de Saúde Mental. Por exemplo, o Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto – CSMOP, passa a Hospital Central Especializado, com a designação de Hospital de Magalhães Lemos que era a sua antes de 1976 (ano em que passou a CSMOP). O mesmo aconteceu com o Hospital Conde Ferreira, o Hospital Sobral Cid e o Hospital Miguel Bombarda. Esta medida que, parcialmente, integrou os cuidados de saúde mental no sistema geral dos cuidados de saúde, fê-lo pela via da integração hospitalar e não nos cuidados primários como a legislação anterior definia. As urgências psiquiátricas passaram a integrar as dos hospitais gerais (Despacho 25/11/93). (ALVES; SILVA, 2004, p. 61)

Nos anos 1990, foi publicada a nova Lei de Saúde Mental, Lei n. 36, publicada em 24 de julho de 1998, que contempla a necessidade de criação de uma rede de atendimento diversificada que atenda as necessidades dos usuários da saúde mental e que seja articulada entre si por meio da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias (ALVES; SILVA, 2004). Essa lei, além de estabelecer os princípios e diretrizes gerais para as ações em saúde mental, regulamenta as formas de internamento compulsivo (HESPANHA, 2010).

Aos poucos e estimuladas por alguma legislação entretanto surgida no final da década, vão aparecendo algumas iniciativas da sociedade civil, territorialmente dispersas e sem qualquer tipo de programação que visam dar resposta à carência de equipamento especializado ou de cuidados de reabilitação com que as famílias se defrontam. É o caso de modalidades de intervenção articulada de apoio social e cuidados de saúde continuados a pessoas dependentes por doença mental que foram regulamentadas pelo Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/6/24 e concebidas para operar no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária – fóruns ocupacionais, unidade de

vida protegida e unidade de vida autônoma. É o caso das empresas de inserção criadas ao abrigo da Portaria nº 348- A/98 de 18 de Junho para promover a inserção de doentes no mercado de trabalho através de modalidades de emprego protegido e é o caso ainda do designado acolhimento familiar de doentes ao abrigo do Despacho Conjunto nº 727/99 de 25 de junho. (HESPANHA, 2010, p. 147).

Por fim, foi em 2006, que foi Criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), pelo Despacho nº 11.411, de 26 de abril de 2006, com objetivo de realizar um mapeamento da situação dos dispositivos de saúde mental a nível nacional, propondo um plano de ação e de recomendações para a implementação real da reforma psiquiátrica. Enquanto resultado da Comissão, foi publicado o documento *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental de Portugal - Plano de Ação 2007-2016*, que foi aprovado e está em execução.

A persistente ausência de respostas por parte do Estado produziu uma enorme sobrecarga do cuidado para as famílias, colocando as pessoas com doença mental e os seus familiares em condições de fragilidade e vulnerabilidade, em relação à promoção do cuidado especializado. Neste contexto, para Portugal e Nogueira (2010, p. 223), “[...] o trabalho associativo tem surgido como forma de resposta às necessidades de apoio das famílias, preenchendo o vazio de intervenção [...]”, ou seja, localiza-se nas

[...] associações da sociedade civil, [...] um espaço dinâmico de procura de soluções, ao nível comunitário, para os desafios colocados pela doença mental.

Ao contrário do Brasil, em Portugal o processo de desinstitucionalização não foi marcado por movimentos ou manifestações de perspectivas de contestação antimanicomiais (ALVES; SILVA, 2004; HESPANHA et al., 2012), havendo apenas uma demanda pela reestruturação dos serviços nos

anos 1960. A falta de pressão social neste domínio, a escassez de movimentos sociais, a orientação das associações da sociedade civil para a prestação de serviços, em detrimento da reivindicação de direitos (PORTUGAL; NOGUEIRA, 2010) produzem um contexto favorável à persistência do modelo hospitalocêntrico, em detrimento do acolhimento comunitário.

3 “DE VOLTA PARA CASA”?: a questão das moradias

Habitar, morar, é enraizar-se, é reconhecer-se num espaço onde a sua singularidade é apropriada para viver a mais absoluta intimidade. (FERREIRA, 2009, p. 1).

Para se retratar o processo de desinstitucionalização em saúde mental é preciso refletir acerca dos impactos sociais que estão implicados nesse processo, não se tratando meramente sobre a alta hospitalar, mas de um processo de *ressocialização* para as pessoas em sofrimento psíquico grave com longo tempo de reclusão nos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Ferreira (2009), para as pessoas que possuem transtorno mental severo, que por tantas vezes sofrem com o processo de isolamento causado pelo abandono familiar, pela cultura excludente e pela sociedade indiferente, é necessário que na atenção psicossocial sejam reconstruídas três instâncias: moradia, trabalho e lazer. Essas instâncias, no caso daqueles usuários que estão há longo tempo internados, foram-lhes totalmente retiradas, já que, o hospital psiquiátrico virou sua moradia, o ócio o seu trabalho e o abandono o seu lazer.

Na construção dessa nova forma de reabilitação, cujo usuário deve ser o principal interlocutor, surge um outro contrato na compreensão da loucura, no qual é dado lugar, não mais para a doença, mas

para a existência sofrida e suas diversidades. Espaço de circulação do afeto que reconstrói o cotidiano, incluindo as três instâncias (moradia, trabalho e lazer) como referências primordiais. Princípios que devem ser assegurados junto à comunidade, transformando valores e mentalidade da cultura instituída. (FERREIRA, 2009, p.1).

Essas instâncias fazem parte das estratégias do processo de desinstitucionalização, problemáticas, todas elas, em tempos de crise. Todavia, vamos tratar, especificamente, aqui, sobre a questão da moradia.

Em relação ao caso brasileiro, Ferreira (2006), destaca que um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios ainda hoje se dá pela questão da moradia. De acordo com o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2007-2010), são fechados ao ano 1700 leitos psiquiátricos. Já no Informativo da Saúde Mental⁴, no Brasil, existiam, no ano de 2002, 51.393 leitos psiquiátricos, sendo que, no ano de 2011, se contabilizavam 32.284 leitos. Tais dados nos apresentam um número relevante de pessoas que ainda se encontram institucionalizadas (PORTUGAL, 2007).

Enquanto estratégia para a questão da moradia, foram criados os serviços residenciais terapêuticos ou moradias assistidas,

[...] que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradias de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (BRASIL, 2004, p. 6).

Esses dispositivos são regulamentados pela Portaria nº 106/2000 e devem estar localizados nas cidades, fora dos espaços hospitalares, destinados prioritariamente àquelas pessoas que têm longa data de internação e/ou perderam o vínculo familiar.

A proposta de implantação das residências

terapêuticas (RT) está vinculada diretamente com a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para cada pessoa com transtorno mental que é desinstitucionalizada e inserida em uma RT, o leito deve ser fechado e o recurso financeiro realocado ao Sistema de Informação Hospitalar (SAI). A inversão do modelo assistencial é acompanhada também pelo deslocamento do financiamento, *desinvestindo* no manicômio, para investir na rede de atenção psicossocial. Nesse caso, não se trata de dinheiro novo, e sim, de uma reorientação do recurso (FREIRE, 2008). Apesar da expansão do número de serviços, desde a regulamentação da portaria, o número ainda é reduzido e insuficiente. De acordo com o Informativo de Saúde Mental, no Brasil⁵, percebe-se um determinado avanço durante os anos de 2002-2010, onde se tem implantado 625 RT's.

Em 2011, foi acrescida uma nova portaria acerca das RT's. Segundo a Portaria nº 3.090/2011, são estabelecidas diretrizes de funcionamento e definido o incentivo financeiro para a implantação das RT's nos municípios. As diretrizes de funcionamento e organização definem dois modelos de RT: tipo I e II⁶.

Com relação ao valor do financiamento, o Ministério da Saúde repassa diretamente para o fundo municipal de saúde: 20.000,00 (vinte mil reais) para implantação e/ou implementação; 10.000,00 (dez mil reais) para custeio mensal de cada grupo de 8 moradores de RT tipo I e 20.000,00 (vinte mil) para cada grupo de 10 moradores de RT tipo II.

No caso de Portugal, o Plano de Ação 2007-2016, prevê ações que incluam a saúde mental na agenda da saúde pública e visa assegurar a toda a população serviços modernos e de qualidade. Em relação a ações e programas para a reabilitação e a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico grave, o Plano prevê algumas respostas: Residências protegidas, de pequena dimensão (5 a 7 pessoas) de forma a criar um ambiente semelhante ao meio familiar; Centros Comunitários para a socialização, treino de competências sociais e promoção da integração social; Serviços de orientação,

formação e reabilitação profissional; Sistemas de emprego apoiado e apoios à contratação no mercado de trabalho; Cooperativas ou empresas de inserção; Serviços de apoio domiciliário associados a respostas habitacionais independentes e individualizadas; Grupos de auto-ajuda para promoção de autonomia e empowerment; e Grupo psico-educacionais para doentes e famílias (HESPANHA, 2010).

No caso das residências em Portugal, as mesmas devem estar situadas nas comunidades e não mais nas instituições psiquiátricas asilares. De acordo com o Despacho Conjunto do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e do Ministério da Saúde nº 407, de 18 de junho de 1998, regulamentam-se ações de intervenção articulada de apoio social e de cuidados de saúde continuados às pessoas em situação de dependência, nesse caso, não se restringe apenas a pessoas em sofrimento psíquico grave, mas também abrange os idosos e as pessoas com deficiência. Segundo o Despacho Conjunto nº 407/1998, no item 3.1.2, há quatro modelos de apoio social em regime de residências para as pessoas com transtorno mental:

- 1. Unidade de Vida Apoiada:** habitação que possui capacidade máxima para 20 utentes. É destinada a pessoas que, por limitação mental crônica e por fatores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as atividades da vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente;
- 2. Unidade de Vida Protegida:** habitação que possui capacidade para cinco a sete utentes, destinada, sobretudo para o treino da autonomia de pessoas adultas com transtorno mental grave e de evolução crônica, clinicamente estável desde que se verifique que: potencialidades possíveis de desenvolvimento, pela integração de programas de reabilitação psicossocial e ausência de alternativa residencial, ou,

que ao tê-la, são rejeitados ou rejeitam os conviventes (os familiares diretos);

3. **Unidade de Vida Autônoma:** habitação de dimensão e localização na comunidade com capacidade para cinco a sete utentes destinada a pessoas adultas com transtorno mental grave e estabilizado e de evolução crônica, com boa capacidade de autonomia, permitindo a integração em programa de formação profissional ou emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória;
4. **Fórum Sócio-ocupacional:** equipamento de pequena dimensão destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua inserção sócio-familiar e/ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido.

Tais ações são desenvolvidas de forma compartilhada, tendo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade a coparticipação financeira e o Ministério da Saúde por meio das ações locais, expressas nos serviços de saúde e cuidado e designados aos médicos e aos enfermeiros. Em relação, ao financiamento e ao funcionamento local, fica a critério dos locais para organizarem a celebração dos acordos de cooperação entre os serviços regionais competentes e das administrações regionais de saúde e as instituições envolvidas.

Em 2014, foi publicado o *Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental* pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). O documento apresenta dados das atividades da reabilitação psicossocial e das internações existentes, destacando que ainda é predominante o atendimento nas unidades de internação (PORTUGAL, 2014).

É possível identificar no relatório o número

de residências existentes no país. Atualmente, tem-se 18 Fóruns Sócio-ocupacionais⁷, 8 unidades de vida protegidas, 4 unidades de vida apoiada e 2 unidades de vida autônoma. A maior parte desses dispositivos está localizada na cidade de Lisboa com a concentração de 19 serviços, depois a cidade de Faro com 6 serviços, a cidade de Coimbra com 5, as cidades de Leiria e Évora apenas com 1 serviço. O total de utentes atendidos em todos os dispositivos soma meramente 571 pessoas.

Conclui-se, assim, que, tanto o Brasil, quanto Portugal, possuem residências terapêuticas e unidades de vida insuficientes para a demanda existente. Ou seja, a insuficiência de dispositivos, de caráter comunitário, alternativos ao hospital, torna praticamente inviável pensar a desinstitucionalização. No caso de Portugal ainda se acentua o problema, já que, os Centros de Saúde Mental não existem no território, impossibilitando a retaguarda do cuidado a ser viabilizado. Como mostra o conhecimento sobre o caso brasileiro, a permanência das pessoas em sofrimento psíquico a longo tempo no manicômio apenas reforça a banalização da vida⁸.

4 CONCLUSÃO

Em ambos os países percebemos ações e diretrizes que vão de encontro à perspectiva da reabilitação psicossocial e da luta antimanicomial, visando proporcionar autonomia e liberdade na comunidade às pessoas em sofrimento psíquico. Apesar das particularidades históricas, sociais e econômicas ambos os países vêm passando por cortes e retrocessos nas políticas de saúde e de saúde mental, o que demonstra o impacto da crise capitalista nas políticas públicas.

De acordo com Ruy Braga (2015), vem ocorrendo um aprofundamento da crise econômica mundial e a reprodução das políticas de austeridade, provocando o aumento da pobreza na Grécia, em Portugal e na Espanha. No caso português, é imensamente emblemático a totalidade da crise e os seus desdobramentos. “Na realidade, trata-se de

uma agressiva política de corte de gastos públicos.” (BRAGA, 2015, p. 18), ou seja, há um grande ataque ao Estado de Bem-Estar de direitos, produzindo impactos e refrações nas políticas públicas.

Com a crise que atinge Portugal, os recursos⁹ destinados às políticas públicas, especificamente no caso da saúde mental, têm sido um enorme problema para a efetivação do Plano Nacional. Além da escassez de meios materiais e humanos para a sua realização e efetivação, tem-se também a oposição dos médicos psiquiatras, do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos e do sindicato dos médicos (HESPANHA et al., 2012).

Em Portugal, os grandes desafios da reforma psiquiátrica são: a descentralização dos cuidados e a organização dos serviços em escala local; a desinstitucionalização com garantias de acompanhamento técnico aos usuários que abandonem o internamento hospitalar; a existência de serviços de retaguarda que complementem a nível regional a ação dos serviços locais e a gestão do processo de transferência das competências e de meios dos hospitais desativados (HESPANHA et al., 2012). Além desses, há a questão das divergências quanto ao processo e à filosofia da condução da reforma e também da resistência e descrédito por parte dos profissionais devido a inércia dos anos anteriores em relação a não efetivação da reforma psiquiátrica.

Se, em muitos casos as causas se prendem com a escassez de meios materiais e humanos, em outros, como se viu, os problemas resultam antes de divergências quanto ao processo e à filosofia das reformas e manifestam o poder de resistências das organizações representativas dos profissionais médicos. Falta de diálogo e corporativismo exacerbado são fatores bem conhecidos de insucesso das reformas e, portanto, deveriam ter sido evitados. A inércia de muitos anos em que a reforma foi sendo sucessivamente adiada consolidou acomodações e defesa de interesses instalados que estão a impedir o avanço planejado

desta reforma e a desgastar os profissionais e a opinião pública. O risco de um novo falhanço, que uma execução limitada da reforma representaria, não está ainda, infelizmente, afastado do horizonte. (HESPANHA, 2010, p. 160-161).

Nesse sentido, em Portugal não ocorreu a implementação da Reforma Psiquiátrica. Ela ficou ao longo dos anos sofrendo um severo engessamento, o que provocou inúmeros retrocessos e impactos na própria credibilidade da sua efetividade e possibilidade de realização. A idealização da mesma permanece na legislação e na busca incansável dos familiares por meio de estratégias para enfrentarem a sobrecarga do cuidado.

No caso brasileiro, as refrações sofridas pelas políticas públicas também vêm se dando em relação aos impactos da crise capitalista, que são acentuadas pela gestão atual, que direciona suas ações para os interesses do Banco Mundial, expressos por meio da privatização e da precarização dos serviços públicos. O que demonstra um retrocesso na conquista da Seguridade Social e dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988.

Apesar dos impactos neoliberais no avanço e na consolidação do processo de desinstitucionalização, o mesmo vem ocorrendo, ainda que a passos lentos¹⁰. Nos últimos anos, temos observado a busca do desmonte de grandes hospitais psiquiátricos, dando destaque à Região de Sorocaba, que fica no interior de São Paulo e que tem o maior Polo manicomial do país¹¹. Entretanto, somente através da visibilidade dada pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) -, foi possível a intervenção por parte do Ministério da Saúde. Isso demonstra a importância do Movimento Antimanicomial na construção e na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e na desconstrução da ética e dos valores manicomiais.

O panorama atual da reforma psiquiátrica brasileira requer cautela, mas está em evolução. O principal problema além do subfinanciamento

do SUS, é a cultura manicomial enraizada nos profissionais de saúde e comunidades assistidas, e a lentidão na modernização de processos de gestão e registro de ações realizadas. (AMARANTE; TORRE, 2010, p.131).

Assim, os desafios da realidade brasileira na efetivação do cuidado na saúde mental são atravessados, não apenas pela questão orçamentária, mas, também, pela lógica manicomial que ainda perpassa nas relações cotidianas. Um exemplo emblemático é aquele que tem se dado na luta da consolidação dos serviços substitutivos que atendem usuários que façam uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal questão é acentuada não apenas pelas expressões da questão social que envolvem a temática, mas principalmente pelas divergências existentes entre duas políticas públicas: a Política de Redução de Danos do Ministério da Saúde e a Política sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça. Ou seja, em uma mesma realidade tem-se duas perspectivas: a proibicionista e a antiproibicionista.

Por fim, a luta pela efetivação e concretização da utopia *Por uma sociedade sem manicômios* ainda está distante de se realizar, mas não tão remoto quanto possa parecer. A existência de sujeitos que hoje questionam a centralidade do manicômio enquanto modelo de vida, já possibilita, a construção de novos rumos e sonhos. Por isso, conforme dizia Basaglia, “[...] a lei foi aprovada, isto é bom, mas agora é que se começa o verdadeiro trabalho.” (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 132). Vamos ao trabalho!

REFERÊNCIAS

ALVES, Fátima. Dos Hospitais Psiquiátricos às Famílias: contributos para a história das políticas de saúde mental em Portugal. In: PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (Eds.). **I Jornada de História da Psiquiatria e Saúde Mental**. Coimbra: Centro de

Estudos Interdisciplinares do Século XX/Universidade de Coimbra, 2010. p. 41-43.

_____; SILVA, Luísa Ferreira da. Psiquiatria e Comunidade: elementos de reflexão. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5., 2004, Lisboa. **Anais...** Lisboa: Universidade do Minho, 2004. p. 56-64. Sociedades contemporâneas: reflexividades e acção Atelier.

_____; VALENTIN, W. Política de Saúde Mental no Brasil. In: MORRAL, P.; HAZELTON, M. (Eds). **Mental health: global policies and human rights**. London: Whurr Publishers, 2003. p. 26-41.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____; TORRE, Eduardo Henrique. 30 Anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno A. S. M.; FONTE, Eliane M. M. de. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

BRAGA, Ruy. **A pulsão plebeia: trabalho, precariedade e rebeliões sociais**. São Paulo: Editora Alameda, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3.090 de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, DE 11 de fevereiro de 2000 e, dispõe sobre o repasse dos recursos dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2011.

_____. _____. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. **Psicanálise e Barroco – Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.

_____. As instâncias sociais na prática psiquiátrica: uma questão ética - reflexões e prática de um projeto de Lar Abrigado. **Revista Saúde Virtual**, [S. l.],

2009, p. 1-3. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/artigos/instancias.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

FREIRE, Flávia Helena. Residência Terapêutica: inventando novos lugares para se viver. **Banco de textos - Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html>. Acesso em: 20 fev. 2015.

HESPANHA, Pedro. A Reforma Psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses. In: FONTES, Breno A. S. M.; FONTE, Eliane M. M. de. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

_____ et al. **Doença mental, instituições e famílias: os desafios da desinstitucionalização em Portugal**. Coimbra: Editora Almedina, 2012.

PORTUGAL. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental – Plano de Acção 2007-2016**. Lisboa, 2007.

_____. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. **Despacho conjunto nº 407 de 1998**. Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos à pessoas em situação de dependência. Lisboa, 1998.

_____. _____. **Despacho nº 3250, de 19 de fevereiro de 2014**. Relatório do grupo de trabalho para a avaliação da situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental. Lisboa, 2014.

PORTUGAL, Sílvia; NOGUEIRA, Cláudia. Se não o hospital, então onde? Respostas societárias para a desinstitucionalização da doença mental. In: FONTES, Breno A. S. M.; FONTE, Eliane M. M. de. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

NOTAS

¹ O presente artigo é resultado do estágio doutoral realizado no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra. Bolsista da CAPES – Processo nº BEX 9476/14-8.

² A pesquisa de doutoramento encontra-se em desenvolvimento e tem o título: *Cuidado e cuidadoras: o 'care' no contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira*, que vem sendo desenvolvido no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social na PUC/SP.

³ Franco Basaglia foi médico psiquiatra na Itália e precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana.

⁴ Ano VII, março de 2012. Acesso em: 20/02/2015.

⁵ Ano VII, março 2012. Acesso em: 20/02/2015.

⁶ Tipo I: deve acolher no máximo 8 moradores, não podendo exceder esse número. Tipo II: deve acolher no máximo 10 moradores, não podendo exceder esse número. Cada módulo deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que deve dar suporte técnico especializado.

⁷ Cabe assinalar, que nos dados do Relatório, o Fórum sócio-ocupacional, dependendo da localidade chega a possuir uma capacidade de 50 pessoas, como é o caso do Fórum sócio-ocupacional gerenciado pela Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, localizado em Lisboa. Apesar de ter essa capacidade, essa unidade atende apenas 30 utentes. Para maiores informações buscar Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental do Sistema de Saúde (ACSS) (2014).

⁸ No blog do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba, FLAMAS, é possível localizarmos diversas notícias que expressam a banalização da vida, por meio de denúncias das mortes de internos de um hospital psiquiátrico. Disponível em: <<https://flamasorocaba.wordpress.com/negligencia-e-mortes-nos-manicomios-de-sorocaba-e-regiao/>>.

⁹ Cabe assinalar que a internação consome 83% dos recursos financeiros (HESPANHA, 2010).

¹⁰ Segundo Amarante e Torre (2010, p. 130-131, grifo dos autores): “[...] é certo, no entanto, que por estarmos em momento de ‘transição’ na transformação do sistema de saúde mental, muitos municípios brasileiros ainda estão constituindo a possibilidade de recursos humanos e materiais para prestar assistência onde esta era ausente, ou atender em serviços que se constituam fora dos hospitais, onde ainda há assistência manicomial, para que o financiamento seja redirecionado e estes manicômios sejam desativados. E por outro lado, também os instrumentos da legislação e das regulamentações sobre o sistema têm avançado, mas refletem as dificuldades e atrasos do grau de mudanças alcançado pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica que estão sendo implantados.”

¹¹ Estima-se que nessa região encontram-se 2.800 leitos psiquiátricos. Disponível em: <<https://flamasorocaba.wordpress.com/category/textos-e-artigos/>>.

Rachel Gouveia Passos

Assistente Social

Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e Estágio doutoral, sob orientação da professora Dra. Sílvia Portugal, no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra
E-mail: rachel.gouveia@gmail.com

Sílvia Portugal

Socióloga

Doutora em Sociologia pela Universidade de Coimbra
Docente da Faculdade de Economia e Investigadora do Centro de Estudos Sociais (CES) no Núcleo de Estudos sobre Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdades (POSTRADE) da Universidade de Coimbra
E-mail: sp@fe.uc.pt

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP

Rua Monte Alegre, 984, Perdizes - São Paulo/SP
CEP: 05014-901

Universidade de Coimbra

Av. Dias da Silva, 165, Coimbra/Portugal
Caixa Postal: 3004-512