

## Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão.

*Fátima Alves\* e Luísa Ferreira da Silva\**

### Resumo

Em Portugal, a legislação definiu a desinstitucionalização dos doentes mentais na segunda metade do século XX mas, na prática, as condições definidas como suporte de tal mudança da instituição hospitalar para a vida na comunidade nunca se efectivaram, apesar de sucessivamente legisladas. Esta contradição entre 'o mundo da lei' e 'o mundo da vida' revela o papel do Estado, os poderes profissionais e a sociedade providência como compensação das deficiências da produção estatal.

**Palavras-chave** - saúde mental; psiquiatria; políticas sociais; sociologia.

### Introdução

A análise histórico-filosófica de Foucault (1987) mostra como o entendimento da loucura ao longo dos tempos é resultado das concepções dominantes sobre o mundo. Aquilo que hoje, nas sociedades ocidentais, a psiquiatria designa por doença mental foi, ao longo dos séculos, entendido com recurso a interpretações diferentes, como sejam a de sinal de sabedoria, capacidade de comunicar com os espíritos, acções pecaminosas, influência de forças estranhas, entre outras (Benedict, 1934; Bastide, 1965; Devereux, 1970; Fábregas et al., 1978; Foucault, 1987). Não é igual dizer que a loucura é possessão ou que é uma doença; que é um comportamento desviante face aos padrões dominantes, ou que é maldade. Por detrás de cada uma destas denominações encontram-se, em cada momento histórico de cada sociedade, significados culturais produtores de sentidos (Berger e Luckman, 1999).

Foi no final do séc. XVIII que, na Europa, surgiu essa “nova” categoria social para as pessoas que apresentavam comportamentos estranhos e incompreensíveis, que rompiam com as normas sociais. O doente mental veio ocupar o lugar do louco enquanto marca do desvio, da exclusão (Foucault, 1987).

No século XX, o conceito de doença mental foi alargado a uma grande variedade de comportamentos humanos num movimento de psiquiatrização das sociedades ocidentais (Castel, 1976), complemento da medicalização da vida (Illich, 1975). Na segunda metade do século XX assiste-se aos movimentos de desinstitucionalização que, nos EUA e na Europa, tentaram a implementação de filosofias de intervenção comunitária. Foi o período de "regresso" da "loucura" à comunidade, mas em outros termos: não mais ela circulará livremente.

Analisaremos a Política de Saúde Mental em Portugal e os seus impactos na prática (sempre que tenhamos informação para tal), recorrendo ao seu enquadramento a partir do final do século XIX, uma vez que é a partir deste período que se confere à loucura o estatuto de doença e à medicina a função de a tratar. Em Portugal, a "história da loucura" que se pode fazer pela via da documentação legislativa é semelhante à do resto da Europa. No entanto, a análise comparada do que é legislado e do que é implementado evidencia fortes contradições que reflectem a fraqueza do Estado face aos poderes profissionais (médico-psiquiátricos) e a pouca capacidade reivindicativa da sociedade civil.

---

\* Docentes da Universidade Aberta e investigadoras do CEMRI (Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais).

## 1. Do asilo à comunidade - que desinstitucionalização da psiquiatria em Portugal?

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 tónica da intervenção, primeiro no Hospital e, posteriormente, na Comunidade. A análise da legislação permite situar dois grandes períodos: o período da psiquiatria nos 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. Em Portugal, estas correntes não tiveram manifestação visível enquanto movimentos, mas a reestruturação dos serviços a que elas deram azo veio a manifestar-se a partir do início da década de setenta. Marcado pela necessidade de desinstitucionalizar dos doentes, com inserção em estruturas comunitárias descentralizadas, este período pode dividir-se em quatro fases de acordo com as principais alterações legislativas e respectiva organização dos cuidados: a sectorização (décadas de 60 e 70), a integração nos cuidados primários (década de 80), a integração hospitalar (década de 90) e a reforma (1998).

### 1.1 Os grandes hospitais psiquiátricos da segunda metade do século XIX até 1963.

O primeiro período inicia-se no final do séc. XIX com a criação dos grandes hospitais psiquiátricos que traduz uma mudança no entendimento da loucura, quer em termos científicos, como doença mental, quer em termos sociais, como necessidade de locais apropriados para o seu tratamento. Os hospitais psiquiátricos surgem com as primeiras classificações das doenças mentais<sup>1</sup> e o reconhecimento científico da psiquiatria enquanto ciência médica<sup>2</sup>. Os hospitais psiquiátricos substituíram pelo tratamento médico o controlo repressivo e moral, característico dos asilos. Apesar desta mudança na forma de compreender a loucura (enquanto doença), a ciência aparece, lado a lado com a moral nesta produção de sentido sobre a doença mental.

Em 1848 o Hospital de Rilhafoles foi construído à imagem dos asilos que existiam pela Europa. A sua organização tinha subjacente uma concepção dualista da doença mental: por um lado atribuía-a a causas orgânicas (lesões cerebrais, hereditariedade) e por outro a causas morais (prostituição, ociosidade, vagabundagem). Em 1883, seguindo os mesmos princípios, foi fundado no Porto o Hospital Conde de Ferreira, primeiro hospital que, em Portugal, é criado exclusivamente para receber “alienados”.

Em 1889, a primeira lei de assistência psiquiátrica (que ficou conhecida por lei de António Maria de Sena) afirmava a necessidade de construção de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões, bem como a obrigatoriedade de exame médico em todas as situações de crimes cujos autores fossem suspeitos de doença mental e ainda a criação de um fundo de beneficência pública destinada aos alienados (Fleming, 1976). Estes Hospitais viriam apenas a ser criados 50 anos mais tarde: em 1942, o Hospital Júlio de Matos; em 1945, o Manicómio de Sena; em 1946, o Hospital Sobral Cid; e em 1953, a autorização para a construção do Hospital de Magalhães Lemos<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Pinel, Kraepelin e outros formaram as primeiras categorizações psicopatológicas de doença mental com base no método experimental.

<sup>2</sup> A partir de 1837, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, debate a concepção da loucura como doença e a psiquiatria como ciência médica.

<sup>3</sup> Em 1893, a Ordem de S. João de Deus estende a Portugal a sua acção de prestação de cuidados aos “alienados” fundando a Casa de Saúde do Telhal e, em 1895, a Casa da Idanha, destinada exclusivamente a mulheres.

Em 1911, uma reforma da 'assistência aos alienados' previa a criação de colónias agrícolas as quais, na prática, só viriam a ser criadas em 1959, assim como previa a criação de serviços específicos, para doentes 'agudos' e para 'crónicos', e ainda de serviços de consultas para doentes externos (que nunca viriam a ser criados).

É nesse mesmo ano que é criado o ensino oficial de psiquiatria em Lisboa (no Manicómio Bombarda, novo nome do Hospital de Rilhafoles), no Porto (no Hospital Conde Ferreira) e em Coimbra (no Hospital da Universidade de Coimbra). A aura internacional da psiquiatria portuguesa, sobretudo conhecida a nível das terapêuticas orgânicas, surge quando um neurologista, Egas Moniz, faz descobertas no campo da angiografia cerebral e realiza a primeira lobotomia pré-frontal (1936) com o que angaria o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949.

O movimento que, no séc. XIX, ficou conhecido por “no-restraint”<sup>4</sup> viria a influenciar Barahona Fernandes na direcção do Hospital Júlio de Matos, inaugurado em 1942 e onde tentou introduzir uma nova atitude e postura perante a doença mental: janelas sem grades, abolição das medidas repressivas, tónica na comunicação. Esta primeira tentativa de mudança de atitude falhou e o Hospital voltou a orientar-se pela filosofia de estilo asilar que caracterizou os hospitais psiquiátricos até à década de 70 (séc. XX) e cujos traços podemos ainda hoje encontrar. Foi nesta filosofia que, em 1943 e 1945, foram criados dois novos hospitais, respectivamente o Manicómio Sena e o Hospital Sobral Cid, ambos em Coimbra.

É ainda deste período a primeira grande reforma da assistência psiquiátrica com a publicação, no ano de 1945, da Lei n.º 2006 (e os Dec. Lei 34.502 e 34.534 que a regulamentam). Pela primeira vez é proposta uma abordagem profiláctica e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos. Para o efeito, o País é dividido em três zonas de assistência psiquiátrica - Norte, Centro e Sul. Entre 1945 e 1947 são criados os respectivos Centros de Assistência Psiquiátrica e alguns dispensários a eles ligados.

Em 1953 (decreto-lei nº39306/53), o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte autoriza a criação do Hospital de Magalhães Lemos, cuja organização pavilhonar (inspirada no 'sector' francês) já reflecte a abertura para a comunidade circundante.

Em 1958, o decreto-lei n.º 41759/58 cria o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), órgão coordenador dos serviços, definindo como suas competências o enquadramento dos estabelecimentos e serviços oficiais. A estes se atribui como objectivos gerais a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica no domínio das doenças e anomalias mentais e ainda a orientação e fiscalização das iniciativas particulares. A acção do IAP vai recair sobre as três zonas de assistência psiquiátrica (norte, centro e sul).

Este período da criação de grandes hospitais psiquiátricos (que ainda hoje se mantêm em funcionamento) correspondeu à institucionalização da assistência médica psiquiátrica em relação com os grandes avanços científicos a nível do conhecimento sobre doenças mentais e do seu tratamento.

## **2. A renovação psiquiátrica a partir da década de 60**

Este período pautou-se pela necessidade de lançar as bases da política de saúde mental comunitária. Com efeito, todos os desenvolvimentos verificados nos países centrais e as recomendações internacionais exigiam a alteração da filosofia assistencial que até então tinha dominado.

Esta tendência apareceu inicialmente nos EUA, na Inglaterra e em França, nos anos 50, dando lugar à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária que contrariavam a concepção do hospital como estrutura adequada para esta população (Bachrach, 1978).

---

<sup>4</sup> O “no-restraint”, no século XIX, apresenta-se como um método liberal ou como “sistema de coacção nula” que manifesta a preocupação em diminuir o sofrimento e portanto impõe uma supressão da utilização de meios de coacção corporal. Atribui-se a Conolly na Inglaterra a origem do movimento. Outros autores defendem ter sido Tuke na Inglaterra que no século XIX tendo fundado o “retiro de York” iniciou a implementação dos ideais “no-restraint”.

Este redireccionamento da psiquiatria resultava de vários factores, nomeadamente dos progressos psicofarmacêuticos que criaram a possibilidade de tratar grande parte dos doentes sem necessidade de permanência no Hospital. A fase 'louca' da doença mental passa a ser controlável quase desde o momento em que o doente chega à urgência do hospital e a medicação permite que em poucas semanas possa regressar à vida extra-hospitalar. Foi o período de sucesso da psiquiatria comunitária em que, paralelamente, foram desenvolvidas correntes psicoterapêuticas que se propunham “libertar” a loucura do “colete químico” e conseguir a reabilitação / reintegração social do doente através de técnicas psicoterapêuticas.

Foi nesta época de vivos debates por toda a Europa que também em Portugal se veio a fazer sentir a necessidade de evitar a segregação e marginalização do doente, procurando que ele fosse tratado sem o afastar e desintegrar (ainda mais) da família, do emprego, do grupo e da comunidade a que pertence (Leal, 1972).

## **2.1 A sectorização da psiquiatria - décadas de 60 e 70**

Em Portugal, a 'renovação psiquiátrica' iniciou-se, legalmente, nos anos 60. A Lei de Saúde Mental (LSM n.º 2118) de 1963 lançou os princípios reformadores da política de assistência psiquiátrica: sectorização dos serviços psiquiátricos e criação de Centros de Saúde Mental, com o objectivo último de des-hospitalizar a psiquiatria e levá-la às comunidades. Os seus princípios orientadores rompem, a nível conceptual, com as orientações anteriores. Fala-se em promoção de saúde mental o que torna necessária uma “acção profiláctica” (tónica na prevenção) de carácter individual ou colectivo, uma “acção terapêutica” (tratamento) e uma “acção recuperadora” (tónica na reabilitação e integração social através da adopção de medidas psicopedagógicas e sociais).

A Lei de Saúde Mental prevê a criação de duas estruturas: o Instituto de Saúde Mental, órgão coordenador, de estrutura vertical, que divide o país em três zonas hospitalares - Norte, Centro e Sul - a cujas delegações compete orientar e coordenar os centros de saúde mental. Este órgão, na prática, nunca existiu, tendo-se mantido, até 1984, o IAP, criado em 1958. (Caldas et al., 1995).

A Lei de Saúde Mental estabelece, como unidade fundamental dos serviços de saúde mental, o(s) Centro(s) de Saúde Mental (de que o Dec.Lei n.º 46102/64 de 28 de Dezembro vem definir a criação por zona geográfica - Distrito), nos quais se incluíam um conjunto de instituições extra-hospitalares. Mas nunca foram criadas grande parte dessas estruturas extra-hospitalares previstas (Ferreira, F. A., 1988). Estes Centros de Saúde Mental foram sendo criados ao longo dos anos 70, mudando os nomes dos hospitais para centros de saúde mental. Apesar da legislação e desta mudança de designação, na prática as respostas de saúde mental continuaram centradas na lógica hospitalar.

O Dec. Lei n.º 413 de 1971 novamente aproximou, do ponto de vista legislativo, a política de saúde mental das correntes europeias na medida em que definiu a articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços de saúde - psiquiatria de ligação - e integrou a então definida Direcção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção Geral de Saúde. Essa integração era já prática de alguns países da Europa e defendida no âmbito de organizações europeias (ONU - 1991- Resolution 46/119 from December 17th) . Outros princípios definidos internacionalmente e que Portugal ainda não previa, diziam respeito à reabilitação psicossocial, à desinstitucionalização e aos direitos dos doentes mentais, como sejam o consentimento do tratamento e direito à informação, entre outros (Almeida, Caldas (coord.) et al., 1995). Esta integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, várias vezes tentada desde 1971 (também em 1984, 1987 e 1989), apenas nos anos 90 (Dec-lei 127/92 de 3 de Julho) se irá efectivar. Isto foi legitimado oficialmente chamando "cuidados primários" aos serviços de saúde mental especializados e separados; "ambulatório às consultas nos hospitais; e "centros de saúde mental" às divisões artificiais dos hospitais.

A continuidade de cuidados era contemplada por lei, contudo não funcionava devido a uma organização contraditória que, embora sectorizando os serviços de ambulatório, mantinha a hospitalização concentrada em grandes hospitais psiquiátricos.

Com a revolução de Abril de 1974, devido às alterações políticas inerentes, a aplicação do Decreto-Lei n.º 413 de 1971 fica comprometida, sobretudo no que respeita à integração nos

cuidados de saúde primários. A necessidade de democratizar o acesso à saúde mental marca este período revolucionário visto que as estruturas estavam concentradas nas três grandes cidades do país.

## **2.2 A saúde mental nos cuidados de saúde primários - década de 80**

A partir de 1984 (decreto-lei n.º 74 de 1984) a tónica é colocada na ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários- criação de algumas valências de saúde mental em alguns centros de saúde.

Este é um período em que sucessivas legislações novamente definem a aproximação da psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e integração dos cuidados. A proliferação destas determinações legais é esclarecedora sobre a sua não implementação na prática, apesar de (e por isso) sucessivamente legislada. Define-se novamente a criação de uma rede de serviços comunitários, a reestruturação e expansão dos CSM Distritais, a criação de unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, a implantação de programas de reabilitação e de desinstitucionalização de doentes crónicos e o estabelecimento de cooperação com instituições privadas.

O despacho nº5/87 de 3 de Julho novamente preconiza a integração funcional dos cuidados de saúde mental com os cuidados de saúde primários a que faz corresponder as mesmas áreas geodemográficas, à excepção das urgências. Dá-se assim a sectorização definitiva dos hospitais psiquiátricos de Lisboa e do Porto.

Em 1989 é novamente tentada a reorganização dos serviços de saúde mental, assente na descentralização e na deslocalização dos recursos e estruturas do hospital psiquiátrico para a comunidade (Dias A. (coord.), et al., 1995). É novamente preconizado o desenvolvimento, em todo o país, de uma rede de serviços integrados, designados por Centros de Saúde Mental, que, em cada área geodemográfica, se responsabilizem pela prestação dos cuidados, desde o tratamento à reabilitação. Mas a realidade continuou a traduzir-se num sistema de cuidados ambulatoriais assente, em grande parte, nos grandes hospitais.

## **2.3 A integração da saúde mental - década de 90**

Em 1992, a 'integração' da saúde mental nos serviços de saúde geral foi finalmente posta em prática: o decreto-lei 127 de 3 de Julho extinguiu os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis, que foram integrados nos hospitais gerais, centrais e distritais (Portaria 750/92 de 1 de Agosto). Desde então, quase todos os hospitais têm departamentos e urgência psiquiátricos. O mesmo documento cria (novamente) três estruturas regionais de gestão dos serviços, designados também por CSM (no Norte, Centro e Sul).

Face a esta decisão governamental, assistiu-se a um período de grande contestação por parte da profissão médico-psiquiátrica que argumentou que a psiquiatria nos hospitais gerais significava um retrocesso na medida em que reforçava a institucionalização. Mas o facto de que os mesmos que contestaram esta integração aceitaram pacificamente que os grandes Hospitais psiquiátricos tenham continuado a existir enquanto hospitais especializados, evidencia a fragilidade daquele argumento. Talvez este tenha sido o período da história recente da psiquiatria portuguesa em que mais directamente foi confrontado o poder médico-psiquiátrico pelo poder político. Retirar, ao saber psiquiátrico, o espaço administrativo-profissional autónomo (saúde mental separada da saúde geral), consiste numa perda efectiva de poder para a psiquiatria como profissão. Mostra a sociologia das profissões que é em nome da autonomia justificada pelo reconhecimento da exclusividade do saber que o poder profissional se organiza e reproduz (Carapinheiro, 1993). Face à ameaça (que desta vez não conseguiu impedir) de perder o seu espaço, o poder psiquiátrico manifesta-se e contradiz o que, até então, sempre afirmou defender: a integração. E não é senão quando se decide que os hospitais psiquiátricos se mantêm como hospitais especializados com uma maior diversificação de serviços (unidades de psicogeriatría, consultas de toxicod dependência, etc.) que cessa a contestação. O hospital, centro nevrálgico da estrutura do poder médico, é o local onde se organizam as hierarquias no saber, nas mais das vezes em submissão às carreiras universitárias, onde se desenvolve a reprodução do saber pela

formação das gerações seguintes e onde se desenrola a investigação. Defendendo a profissão e os seus objectivos de assistência à população, a luta pela manutenção do hospital especializado entrelaça-se na defesa da autonomia e da exclusividade do poder profissional.

Portanto, 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).

### **3. A reforma da saúde mental - final da década de 90**

A nova Lei, publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei n.º 36/98 - Lei de Saúde Mental) oficializa a necessidade de criação de uma rede diversificada de respostas articuladas entre si pela via da colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias.

Oficialmente, por Despacho do Director Geral da Saúde (de 17 de Outubro de 1994), foi iniciado um debate sobre as contradições do sistema, sendo nomeada uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM) com o objectivo de promover uma discussão alargada sobre a saúde mental, com a colaboração dos serviços e dos diferentes grupos profissionais, tendente a elaborar propostas de orientação da política e portanto de reformulação da Lei da Saúde Mental.

Inequivocamente, os quatro grupos de trabalho criados aparecem concordantes com a necessidade de reformulação da política de saúde mental, quer na sua vertente económica onde se verifica que os custos com o actual sistema são muito elevados, quer na sua vertente legislativa, pela incongruência e contradição do sistema existente com o novo quadro dos serviços de saúde regionalizado. São apresentados os princípios organizacionais de base que deverão incorporar todos os serviços de saúde mental modernos: "sectorização, que garanta a responsabilização pelos cuidados prestados em cada unidade geodemográfica; continuidade de cuidados; desenvolvimento de cuidados a nível da comunidade; diversificação e coordenação comum dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector; articulação funcional dos serviços especializados de saúde mental com os outros serviços de saúde; reestruturação da hospitalização psiquiátrica, no sentido da hospitalização dos doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada; envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental" (CESM, 1995:151).

Neste contexto, é considerada indispensável a integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral e desenhado um modelo organizacional de saúde mental com as seguintes características: criação de dispositivos de saúde mental nas unidades de saúde para uma área geodemográfica de 250.000 habitantes; criação de unidades de saúde mental infanto-juvenis nas unidades de saúde respeitando o mesmo rácio; criação de serviços a nível regional capazes de apoiar os serviços locais implantados em cada unidade de saúde e ainda os Centros Regionais de Alcoologia; a nível regional estes serviços deverão incluir também serviços de psiquiatria forense, de psicogeriatrics (a criar) e de toxicoddependência.

É concretizada uma proposta de Lei que veio a ser publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei n.º 36/98 - Lei de Saúde Mental). Nos seus princípios gerais, esta Lei não constitui de forma alguma uma ruptura com os princípios (retóricos) aceites anteriormente, correspondendo a uma nova articulação e definição das necessidades. De certa forma, o próprio enunciado da lei é disso um reconhecimento, na medida em que apenas consagra 5 dos seus 49 artigos à definição dos princípios gerais da política de saúde mental e dos direitos e deveres dos utentes (definidos pela primeira vez). Os restantes 44 artigos são dedicados à regulação do internamento

compulsivo<sup>5</sup>, necessidade que se foi fazendo sentir ao longo do tempo em que cresceram as contradições entre a psiquiatria definida de acordo com os princípios da sectorização mas organizada numa actuação centrada no hospital. A 'integração na comunidade' resultava, na prática, numa desresponsabilização do hospital sem que, paralelamente, alguma outra estrutura, comunitária, fosse responsabilizada pelos cuidados aos doentes e a assistência aos familiares.

No mesmo ano, (despacho conjunto do Ministério do Trabalho e Solidariedade e pelo Ministério da Saúde nº407/98 de 18 de Junho, IIª Série), foi criado o enquadramento legal para a criação de dispositivos sócio-ocupacionais e residenciais que operem no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida e unidade de vida autónoma) cuja execução deve ser regulada por acordos de cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social, as Administrações Regionais de Saúde, IPSSs, ONGs e as Autarquias. Foram também definidos (Portaria 348-A de 18 de Junho de 1998) programas no âmbito do mercado social de emprego (empresas de inserção). Uma outra medida, já existente mas agora actualizada, é a de famílias de acolhimento<sup>6</sup>.

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir à efectiva organização de equipamentos sociais com actividade nos níveis que têm sido negligenciados pelo Estado: residências, centros de actividades ocupacionais, centros de formação, emprego protegido, cooperativas de inserção laboral, inserção laboral em mercado normal de trabalho (acompanhamento da inserção por equipas), etc. A sua implementação corresponde à iniciativa da sociedade civil secundária o que se traduz numa localização geográfica com assimetrias regionais importantes.

## Nota conclusiva

Em Portugal, o sistema de saúde mental em geral e da psiquiatria em particular seguiu, com atraso, a evolução da psiquiatria europeia, ao nível dos conceitos, ao nível organizativo, e ao nível dos métodos terapêuticos (Alves, 1998). No entanto, apesar de, desde os anos 60, as sucessivas legislações reflectirem as recomendações internacionais no que respeita à desinstitucionalização e à abertura à comunidade, na prática, as mudanças que se foram verificando não alteraram a supremacia hospitalar na psiquiatria.

Estas contradições ou "descoincidências" que caracterizam a política de saúde mental portuguesa entre o que está legalmente definido e o que realmente vigora e orienta as práticas traduz a tolerância aos interesses corporativos que tem pautado a actuação do Estado (Santos, (1990), descreveu a racionalidade do estado paralelo enquanto estratégia de dominação informal mas efectiva). Nesse sentido, a história recente da psiquiatria portuguesa é paradigmática do 'pouco Estado' na sociedade, incapaz de impor as orientações políticas que legisla, ao poder médico e sua mescla de interesses profissionais em que as ambições da própria profissão se sobrepõem aos objectivos de reinserção dos doentes. Assim, a dispersão geográfica dos serviços e sua regionalização, opondo-se à valorização do hospital especializado, foi sendo sucessivamente adiada pelo recurso a 'cosméticas' que a apresentavam como existente. Mais recentemente, são de novo os interesses da profissão psiquiátrica e da médica no seu conjunto que fazem a acomodação à integração da psiquiatria por via hospitalar, integração decidida politicamente por razões de economia. Com efeito, a integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, várias vezes decretada desde 1971 (em 1984, 1987 e 1989), apenas se começou a efectivar na década de 90 (Dec-lei 127/92 de 3 de Julho), numa orientação hospitalo-cêntrica que contraria o próprio espírito do movimento de desinstitucionalização. No confronto entre poder político

<sup>5</sup> Trata-se da definição de responsabilidades na prestação de cuidados aos doentes mentais, nos quais importa garantir a articulação entre a área da saúde, justiça, educação, emprego e segurança social, autarquias e ONG. Têm particular ênfase a actividade médico-legal e a necessidade de dinamizar os serviços de psiquiatria forense a nível regional, a cooperação saúde mental / justiça na aplicação de medidas de segurança a doentes designados por "inimputáveis perigosos" e a actuação da psiquiatria forense na área da toxicod dependência.

<sup>6</sup> já há muito tempo utilizadas noutros países, foram regulamentadas em Portugal enquanto medida de política social em 1991 (dec-lei n.º 391/91 de 10 de Outubro) e actualizadas em 1999 (com o despacho conjunto n.º 727/99 de 25 de Junho).

e poder profissional, o poder político impôs a sua orientação de integração das estruturas regionalizadas e dispersas, orientação fundamentada em preocupações de cariz económico. Mas o poder profissional conseguiu impor a manutenção do seu espaço simbólico, o 'grande hospital' especializado que atravessou todo o século XX e entrou no XXI.

A 'des-hospitalização', embora lenta e incompleta, foi-se realizando de facto mas sem o concurso de estruturas comunitárias de apoio, fossem elas as estruturas locais de cuidados psiquiátricos (nunca suficientemente distribuídos no terreno), ou as complementares estruturas de enquadramento social (praticamente inexistentes). Do ponto de vista da psiquiatria, essa preocupação era remetida para o seu exterior, como se não competisse ao 'sector psiquiátrico' dinamizar a sua implementação. Subjacente estava a percepção de que tal implementação contribuiria para a desertificação do hospital. Ao mesmo tempo, a realidade do tabu face à doença mental, tabu que historicamente lhe justificou a exclusão, mantém-se nos tempos modernos e nele assenta a rejeição, pelas estruturas não psiquiátricas, nomeadamente pela segurança social, dos doentes mentais nos seus equipamentos e o desinteresse pela criação de equipamentos a eles especificamente vocacionados.

A sociedade civil secundária tem corporizado algumas responsabilidades sociais de apoio na desinstitucionalização, nomeadamente pela organização de equipamentos, mas eles só de forma muito parcial e incipiente respondem às necessidades identificadas como lacunas de política social. A capacidade reivindicativa deste (relativa a este) grupo da população é praticamente inexistente, em grande parte reflectindo a objectivação social do modelo médico de naturalização e individualização da doença mental que dificulta a sua percepção enquanto problema social.

Temos assim que, na realidade, quando entre nós se fala de integração comunitária, dos doentes mentais está-se quase exclusivamente a falar de 'integração' dos doentes nas famílias. Do ponto de vista do Estado, as famílias representam o recurso mais económico da implementação da psiquiatria comunitária. Para a psiquiatria, as famílias são a estrutura extra-hospitalar menos exigente, não tratado como parceiro da estratégia terapêutica e de reabilitação, mas como mera transferência de tutela dependente. O doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a responsabilidade da família, ambos sujeitos (o doente e o familiar) ao cumprimento das determinações médicas.

## Referências bibliográficas

- ALVES, F. em col. (1997) 'Ele não está no seu normal' - A esquizofrenia dita por doentes e seus familiares, *Psiquiatria Clínica*, 18 (3) - pp. 239-250.
- ALVES, F. em col. (1998), *'I just hope he dies before me' - Lay knowledge and experience of schizophrenia by ill people and their relatives in Portugal*, Comunicação apresentada ao XIV Congresso Mundial de Sociologia (26 de Julho a 1 de Agosto), Montreal, Quebec, Canadá.
- ALVES, F. (1998). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Política Social, Porto, ISSSP: 185.
- ALVES, F. L. F. d. S. (2002). *A Família como Suporte da Política de saúde Mental em Portugal*. A. d. C. L.-A. -. B. d. C. Sociais. Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- BASTIDE, Roger, (1967) *Sociologia das Doenças Mentais*, S. Paulo, Ed. Nacio.
- BERGER P. L. AND LUCKMANN (1999) *A Construção Social da Realidade*. Lisboa. Dinalivro.
- CASTEL, Robert (1976) *L'Ordre psychiatrique - l'âge d'or de l'alienisme*. Paris, éditions Minuit.

- DEVEREUX, Georges, (1977) *Essais d'Etnopsychiatrie Générale*, Paris, Ed. Gallimard.
- FERREIRA, F. A., 1988, *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian
- FOUCAULT, M. (1987). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Editora Perspectiva.
- ILLICH, Ivan (1975) *Némésis médicale - L'expropriation de la santé*. Paris. Ed. du Seuil.
- LEAL, Raul, 1972, Psiquiatria social e sectorização dos estabelecimentos psiquiátricos, *Jornal O Médico* (LXXIX), pág. 55-63.