

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

DO HOSPÍCIO À COMUNIDADE:
Políticas Públicas de Saúde Mental

Nelson Afonso Garcia Santos

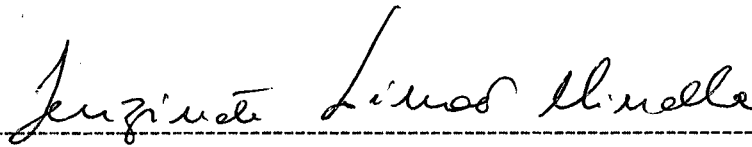
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Sociologia Política da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do grau de Mestre em
Sociologia, sob a orientação da Dra.
Luzinete Simões e co-orientação do Ms.
Pedro Bertolino.

Florianópolis, SC - BRASIL

Agosto de 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Esta dissertação foi julgada e
aprovada em sua forma final pela
Orientadora e membros da Banca
Examinadora, composta pelos
professores:



Profª. Dra. Luzinete Simões - Orientadora



Profª. Dra. Tamara Benakouche - Membro

Profª. Dra. Maria de Lourdes de Souza - Membro

Florianópolis - agosto de 1992

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser realizado sem o incentivo e colaboração de várias pessoas.

A todos eles os meus sinceros agradecimentos, especialmente a João Weber e Rosa Maria Garcia.

Aos orientadores, Profa. Dra. Luzinete Simões e Prof. Ms. Pedro Bertolino, cujas críticas e sugestões foram de grande proveito.

Aos meus pais pela sublime paciência e ajuda.

De coração, à inestimável dedicação da companheira Ana Lídia Brizola.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de investigação as políticas públicas na área da saúde mental, no período de 1960 a 1987, relacionando-as com o processo de psiquiatrização do social.

Para investigar este objeto, resgatamos, em primeiro lugar, as abordagens teóricas presentes na relação do Estado com a "doença mental", interpretadas através das noções de Tese, Antítese e Síntese psiquiátrica. Em segundo lugar, analisamos decretos, portarias, resoluções e diretrizes que nortearam as políticas públicas em nível nacional, e finalmente, através de documentos oficiais do estado de Santa Catarina, apresentamos a efetivação das políticas nacionais neste estado em particular, com suas consequências.

Compreendendo a "doença mental" como pertinente ao meio cultural e não natural, isto é, historicamente condicionada, buscamos contextualizar as políticas públicas para esta área, observando diferentes momentos e tendências.

ABSTRACT

This research deals with public health policies from 1960 to 1987, relating them to the tendency to treat social questions with a psychiatric bias.

We first analyze different theoretical approaches dealing with the relationships between the State and mental illness, interpreting them via the notions of thesis, antithesis and synthesis.

Next we analyze decrees, official documents, resolutions and directives that guided public policies at the national levels. Finally, we use official documents from Santa Catarina state to demonstrate how national policies were carried out in this particular State, and their consequences.

Understanding "mental illness" as belonging to the cultural rather than natural realm (i.e. as historically conditioned), we seek to contextualize public policies in this area, emphasizing different moments and tendencies.

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| Agradecimentos | iii |
| Resumo | iv |
| Abstract | v |
| Introdução | 1 |
| 1. Psiquiatrização da Sociedade: Solução ou Problema? | 11 |
| Notas | 24 |
| 2. História da Psiquiatria Brasileira: Momentos e Tendências (1850-1950) | 27 |
| 2.1. O Poder Psiquiátrico: do Asilo para os Hospícios | 27 |
| 2.2. Do Hospício Colônia para a Comunidade | 45 |
| Notas | 55 |
| 3. Novos Momentos e Tendências da Psiquiatria: Prática Asilar ou Desospitalização (1960-1987) | 59 |
| Notas | 94 |
| 4. Políticas Públicas de Saúde Mental em Santa Catarina | 100 |
| Notas | 120 |
| Considerações Finais | 123 |
| Bibliografia | 133 |
| Anexos | 145 |

INTRODUÇÃO

A realização de uma tarefa que pretende analisar sociologicamente a atuação psiquiátrica coloca-nos, sem dúvida alguma, diante de um tema complexo. Por isto, sabemos que nossa abordagem, longe de esgotar o tema, apenas indica alguns elementos importantes para sua compreensão.

Através da abordagem sociológica, é possível analisar o processo de psiquiatrização do social sob vários aspectos. Neste trabalho, tento resgatar a institucionalização do modelo psiquiátrico brasileiro através das Políticas Públicas de Saúde Mental, cuja responsabilidade está centralizada nas esferas do Estado.

Este é aqui entendido de acordo com a "Teoria Ampliada do Estado" de Antonio Gramsci, que interpreta o seu surgimento a partir da divisão da sociedade em classes, comportando duas esferas principais: Sociedade Política e Sociedade Civil.

A sociedade política é caracterizada pelo "conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executivas e policial-militar. Seus portadores materiais são os aparelhos repressivos do Estado" (Gramsci/Coutinho, 1981) - exército, prisões, manicômios etc.

Ferrei q. e Teor do do D. p. e.

Já a sociedade civil se caracteriza pelo "conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais" (destacando-se a organização psiquiátrica), e "a organização material da cultura (meios de comunicação)". Seus portadores materiais são os organismos sociais coletivos, voluntários e relativamente autônomos em face da sociedade política (idem).

Desta forma, entendemos a prática psiquiátrica, com seus aparatos institucionais, como parte da sociedade política - em que integra o aparelho repressivo, excluindo determinados comportamentos sociais - e também como parte da sociedade civil, pela construção e divulgação de ideologias que legitimam a sua ação repressiva. A mesma inserção ocorre quando constrói um campo de representações e de normas que explicam as doenças com base numa concepção "natural" de ciência, de Estado, das desigualdades, dos conflitos, da exploração e da dominação.

Sob a ótica dessa construção ideológica, também a "doença mental" estaria, pois, enquadrada no conjunto do natural, sendo, então, interpretada a partir de princípios universais. Nossa hipótese fundamental, no entanto, nos indica que, a "doença mental" se encontra histórica e existencialmente condicionada, dependendo a sua interpretação da relação que o Estado e a sociedade como um todo mantêm com a loucura - individual ou coletiva. Tal relação, por sua vez, muda de acordo com o momento histórico, podendo ser abordada de diferentes formas.

Dessa maneira, nossa intenção nesse trabalho foi rastrear a relação Estado/"doença mental" em diferentes momentos de sua concretização histórica, tentando perceber, nesse percurso, as diferentes "leituras" de que a "doença

mental" foi alvo, bem como a dimensão das diferentes políticas públicas que, em decorrência, foram implementadas.

Essa postura levou, por sua vez, à exposição do conteúdo do presente trabalho sob a seguinte forma:

a) no capítulo 1, abordaremos os diferentes momentos de construção teórica do conhecimento psiquiátrico, interpretados através da análise de três momentos, aos quais denominamos "Tese", "Antítese" e "Síntese" psiquiátrica.

Na Tese, são arroladas as primeiras formulações teóricas da psiquiatria e sua evolução, as quais sustentavam o trancafiamento do considerado "doente mental". Na Antítese, veremos o seu processo de negação e superação, caracterizado pela Antipsiquiatria, que apresenta novas propostas para o entendimento da "doença mental" e, também, forte crítica ao modelo de gestão asilar proposto pela Tese Psiquiátrica. Já na Síntese, trataremos da negação da negação psiquiátrica, que tem como meta construir um processo de desinstitucionalização da loucura.

b) No capítulo 2, são contextualizadas as Políticas Públicas de Saúde Mental no período de 1850 - início da atuação psiquiátrica brasileira, quando foi inaugurado o primeiro hospício - a 1950, quando já é perceptível o início da "crise de hegemonia" no interior das políticas públicas. Tal crise, como veremos, se inicia através da tentativa de se buscar a efetivação das políticas preventivistas ou comunitárias, em substituição ao modelo de gestão asilar da loucura.

Neste capítulo, assim como no terceiro e no quarto, nos permitimos um "vôo" que nos remete a um passado onde tudo começou.

Este "tudo", no entanto, é quase nada, frente à complexidade em que está inserido. Mesmo assim, entendemos

que é através deste "vão" que podemos entender o surgimento e a passagem de uma psiquiatria "leiga" para uma psiquiatria médica. A partir daí, é possível entender também a elaboração de políticas públicas que visam à propagação e à ampliação dos hospícios-colônias para o tratamento dos "doentes mentais", fundamentado teóricamente na Tese Psiquiátrica.

Podemos, também, perceber o processo de incrementação do discurso e da prática psiquiátrica através do conhecimento psicanalítico, o que possibilitou, no mínimo, aos executores das políticas públicas de saúde mental, reunir, sob as mesmas características, os "neuróticos", os "poetas" e os "criminosos". Dava-se assim, aos mentores e executores das políticas, a possibilidade de trabalharem com a generalização e a universalização, deixando de lado as particularidades e/ou individualidades de cada um.

Analisamos, também, a sustentação legal - decretada por Getúlio Vargas em 1934 - da ação psiquiátrica no território brasileiro, em vigor até os dias atuais.

Finalmente, ainda no capítulo 2, interpretamos a ampliação do poder psiquiátrico, o qual, extrapolando os muros dos asilos, passa a agir sobre toda a comunidade. Isto se dá a partir do momento em que a política psiquiátrica se volta para o discurso de prevenção da "doença mental", tentando, assim, seguir os mesmos passos da medicina somática.

Tais mudanças buscam solucionar ou amenizar os problemas decorrentes do aumento da demanda psiquiátrica por parte da população. No entanto, como veremos, tal demanda tendeu a aumentar, por vários fatores. Entre estes, adiantando, destaca-se o fato de que a utilização dos referenciais teóricos, pelos elaboradores e executores das políticas de saúde mental, que servem de sustentação à

separação e polarização entre corpo e mente, tem levado a uma prática que, ao invés de resolver o problema, vem atuando no sentido de agravá-lo, tendo como consequência o aumento da demanda.

c) No capítulo 3, continuamos a analisar este processo histórico das políticas públicas em saúde mental do período entre 1960 e 1987, período que merece maior atenção já que serve de corte temporal para este trabalho, justamente por estar a década de 60 marcada por vários acontecimentos decisivos não só para a psiquiatria, como também para o país como um todo.

Nesta década, aconteceu o "Ano Mundial da Saúde Mental", e a divulgação e ação, em âmbito internacional, do movimento da Antipsiquiatria. Tivemos no Brasil a visita de vários intelectuais - Foucault, Sartre, entre outros - que discutiram questões como prisões, manicômios etc, e que apresentaram novas formas de abordagem destes problemas sociais.

Ocorreu, ainda, neste período, o Golpe de Estado que instituiu o regime de exceção assumido pelos militares, representantes dos interesses do bloco financeiro-industrial, multinacional e associado (Dreifuss, 1981), proporcionando a continuidade do desenvolvimento dependente. Já no final desta década, aconteceu na Itália, com Franco Basaglia, a radical abertura das portas dos manicômios, o que levou este país a construir o seu processo de desinstitucionalização da loucura, e a apresentar para o mundo uma nova relação entre loucura e sociedade.

Será a partir dos anos 60, também, que as políticas públicas de saúde mental incrementarão a sua ação, através do discurso da prevenção - baseando-se na psiquiatria norte-americana -, da racionalização - baseando-se nas reuniões de Ministros da Saúde da América-Latina - e do

planejamento - que tem seus antecedentes no movimento da medicina preventiva, proveniente também dos Estados Unidos da América.

Nesta década ocorrerá, ainda, o processo de privatização da assistência aos "doentes mentais", incrementado durante os anos 70.

Perseguindo os rumos tomados pelas políticas de saúde mental, chega-se, por fim, a 1987, quando se vivencia a implantação da "Nova República", paralelamente à ocorrência da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, marco para um novo período da psiquiatria brasileira. Esta Conferência, além de reunir diferentes categorias ligadas à saúde mental, reuniu, também, setores da sociedade civil organizada para discutir e apresentar novas propostas para as políticas públicas de saúde mental.

A partir desta Conferência, começa a emergir uma "guerra de posições" no controle das políticas de saúde mental, estando elas, atualmente, ainda em luta.

Assim, concluímos a análise das políticas de saúde mental em âmbito nacional e avançamos nos caminhos pouco trilhados das políticas públicas de saúde mental no Estado de Santa Catarina, o que nos permitiu relacionar os efeitos da ação federal num estado em particular.

d) O capítulo 4 contextualiza, justamente, tais políticas estaduais. Aqui, busca-se resgatar historicamente a ação psiquiátrica catarinense, formalmente iniciada na década de 40, com a construção do primeiro hospício colônia do estado, estendendo a análise até 1987, quando tem início o processo que visa à desospitalização da "doença mental" em Santa Catarina. Entre estes dois pólos, identificamos a política de interiorização da ação psiquiátrica, desenvolvida a partir da década de 70, baseada nos

pressupostos da psiquiatria preventivista ou comunitária. Vale ressaltar que uma das dificuldades encontradas para realizar este capítulo foi a falta de bibliografia sobre o tema. Daí que a análise se fundamenta na consulta a documentos das instituições oficiais estabelecidas em Santa Catarina.

Se se encontraram dificuldades em levantar dados sobre Santa Catarina, em particular, cabe destacar, a esta altura, o percurso de pesquisa que nos possibilitou a realização deste trabalho como um todo.

O cumprimento de nossa tarefa se realizou com base em pesquisas bibliográficas exploratórias, efetivadas em duas etapas. Num primeiro momento, pesquisaram-se vários materiais publicados (livros, teses, revistas, jornais, boletins) que tratam da problemática aqui em pauta. Num segundo, foram pesquisados documentos de circulação interna do Estado, tanto em nível nacional como estadual.

Tal pesquisa foi realizada em Florianópolis, onde as instituições visitadas foram o Instituto Nacional de Previdência Social, a Secretaria da Saúde, a Colônia Sant'Ana, o Centro Administrativo Regional de Saúde (CARS) e a Associação Catarinense de Psiquiatria. Buscaram-se, resumidamente, nestas instituições, documentações, informações e publicações que viessem a contribuir para a compreensão das políticas desenvolvidas no Estado de Santa Catarina.

Em São Paulo, foram visitadas a Escola Paulista de Medicina, onde foram entrevistados coordenadores de pesquisas referentes a "doenças mentais", e a Associação Brasileira de Psiquiatria, seção São Paulo, para pesquisar revistas da instituição que abordam o tema das políticas de

saúde mental. Visitamos também o Hospital Anchieta, na cidade de Santos, onde foi possível entrevistar o diretor clínico da instituição, o diretor artístico, bem como vários pacientes que, atualmente, são considerados "ex-doentes mentais", tendo em vista o tipo de política desenvolvida nesta cidade. Visitamos, também em Santos, a Secretária de Saúde do Município, para obtenção da documentação que norteia as políticas de saúde mental para a cidade. Além disso, visitamos o Centro de Apoio Psicossocial da Zona Noroeste, uma das regiões mais pobres de Santos, onde desenvolvem-se atualmente ações terapêuticas com aqueles que estavam internados no Hospital Anchieta, com seus familiares e, ainda, com outros membros da comunidade que necessitam de algum apoio psicológico.

Continuando o trabalho de pesquisa, estivemos no Rio de Janeiro, onde visitamos a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para buscar documentos e entrevistar os responsáveis pelo tema "doença mental"; foram visitados ainda a Universidade Federal do Rio de Janeiro, bem como a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, para levantar as dissertações de mestrado na área da psiquiatria social, e ainda no Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, onde foram coletados outros dados. Pôde-se, também, conhecer e pesquisar, nesta cidade, alguns documentos na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e, finalmente, visitar o hospital psiquiátrico Juliano Moreira, onde, além de conhecer partes de suas dependências, tivemos a oportunidade de visitar a biblioteca, repleta de material bibliográfico raro, devido a sua antiguidade.

Finalmente, fomos a Brasília, onde estivemos no "banco de dados" do Ministério da Saúde, na sua biblioteca e na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), objetivando obter uma série de documentos e outras informações

relevantes para este trabalho, tais como Decretos, Portarias, Leis e Diretrizes que nortearam as políticas públicas de saúde mental no país. Nesta oportunidade, estivemos também no Congresso Nacional para resgatar o projeto-de-Lei do Deputado Paulo Delgado - que trata de mudanças na prática psiquiátrica. Finalmente, estivemos na Associação Brasileira de Psiquiatria, seção Brasília, para consultar algumas publicações da sua responsabilidade.

Através desta pesquisa exploratória, pretendemos alcançar os seguintes objetivos:

a) comprovar que as políticas públicas na área da saúde mental apresentam certa ambiguidade em termos dos seus resultados, ou seja: por um lado, seu resultado é negativo, porque não realiza, na maioria das vezes, a cura desejada; por outro, ele é "positivo", na medida em que consolida e amplia o poder de ação da psiquiatria sobre toda a sociedade, o que acarretará o aumento da sua demanda, a ampliação do seu aparato institucional, o aumento do seu poder repressivo e, conseqüentemente, a psiquiatrização do social.

b) compreender as transformações ocorridas na prática psiquiátrica a partir das mudanças que aconteceram nas políticas públicas de saúde mental no Brasil e em Santa Catarina.

Resta, agora, conhecer os resultados desta "aventura sociológica" para termos uma noção de como o Estado Capitalista Brasileiro contribuiu para este processo conhecido como "psiquiatrização do social", ainda que esta noção apresente limites e dificuldades.

Afinal, quais as origens deste processo? Quais os seus efeitos? Quais as suas características? Quais os agentes envolvidos neste processo de legitimação de mais um

aparelho repressivo e como pôde ele ser tão bem aceito no tecido social? Será que no limiar do século XXI, ainda conviveremos com instituições e práticas do século XVIII e XIX? Ou já se tem indícios de novas tecnologias para o exercício da repressão e exclusão?

Várias outras perguntas poderiam ser feitas sobre este complexo problema da psiquiatrização do social. Existem - e nas páginas seguintes trataremos deste tema - aqueles que questionam e aqueles que até negam radicalmente a existência dessa "doença". Por outro lado, há os que afirmam categoricamente a sua existência. Observando tal polaridade, uma questão, no entanto, sobressai entre as demais, estabelecendo, entre elas, um nexu comum: o que haverá por detrás do discurso ideológico da psiquiatria social? O que ele pretende, curar, prender ou excluir?

Estas são, enfim questões que nortearam a realização deste trabalho, e que merecerão especial atenção nas páginas que seguem.

Vale, finalmente, ressaltar que as doenças mentais a que nos referimos neste trabalho não são pertinentes ao conjunto de doenças cerebrais, ou do sistema nervoso tratados pela ciência neurológica. Nos referimos, sim, às "doenças" que foram historicamente "criadas" pela psiquiatria psicanalítica e que não se encontram em nenhuma parte do cérebro ou do organismo humano, mas no chamado "aparelho mental". O que, esperamos, fique suficientemente claro no corpo do trabalho proporcionalmente dito.

1. PSIQUIATRIZAÇÃO DA SOCIEDADE: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

"Nada sem dúvida é tão cativante como avançar sobre caminhos pouco trilhados, como abrir rotas nas fronteiras indecisas entre duas ciências, a psiquiatria e a sociologia; até os erros aí são preciosos, pois cada erro é a promessa de uma conquista".

Roger Bastide

Vários são os agentes envolvidos no processo de psiquiatria em que a sociedade moderna, desenvolvida ou subdesenvolvida, está inserida.

Entre esses destacam-se a psiquiatria e o Estado, já que ambos são os responsáveis diretos por uma política segregadora e reguladora de comportamentos sociais.

O Estado é entendido aqui como "produto e manifestação do antagonismo inconciliável das classes sociais" ^{<1>}, que atua como "órgão de dominação" de uma classe sobre outra através do poder público, o qual compreende não só "homens armados, como também elementos materiais, prisões e instituições coercitivas de toda espécie" ^{<2>}.

A psiquiatria, por sua vez, é - e sua história nos mostra isso - uma dessas instituições que atuam como "aparelho de Estado".

Assim, a psiquiatria, por um lado, faz parte do conjunto do que Gramsci denominou "sociedade política" ⁽³⁾, agindo repressivamente. Por outro, ela é também componente da sociedade civil, já que integra o "conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias" ⁽⁴⁾.

Esta ideologia é aqui interpretada - utilizando-me da idéia de Thomas Szasz - como "ideologia da doença mental". Se aproximada à concepção gramsciana de ideologia, veremos que é uma das "ideologias historicamente orgânicas", ou seja, necessárias a uma certa estrutura ⁽⁵⁾.

A construção histórica dessa "ideologia orgânica", ou "ideologia da doença mental", pode ser identificada na história da loucura, que está presente na história do homem assim como a pobreza, a mendicância, o isolamento, a exclusão de muitos por uns poucos, a guerra, a paz, o amor e o ódio.

A sua relação com a sociedade não foi e não é única, linear, simples. Pelo contrário, ela se apresenta de forma variada, descontínua, e é muito mais complexa do que se costuma mostrar.

Isso porque a loucura nem sempre foi o que a sociedade moderna pensa sobre ela. A loucura já foi "razão", assim como "não razão". Houve períodos em que a loucura era parte do cenário e da linguagem comum. Era livre, formulava o seu próprio discurso e era aceita pelos que com ela conviviam. A loucura vista como "doença mental" é uma construção histórica recente, que não tem dois séculos de existência. Sua afirmação social recebeu grande contribuição da sociologia positivista, inicialmente através da perspectiva comteana, onde está implícita a idéia de um consenso funcional inerente tanto ao organismo como à sociedade.

Num segundo momento, tem-se a contribuição de Durkheim, que entendeu a loucura como "anomia social" <4>, estreando uma perspectiva atualmente muito utilizada pela sociologia das doenças mentais e pela psiquiatria norte-americana.

No entanto, fazer o resgate deste processo de transformação da loucura - que era livre - para uma patologia que deve ser tratada, e para isso seu sujeito trancafiado, é, como diz Foucault, fazer a "arqueologia de uma alienação" <7>. Não é este nosso objetivo, mas sim o de descrever a atuação do Estado e da psiquiatria no que diz respeito à forma de "tratamento" dado aos "portadores" da loucura, levando em consideração as divisões e contradições de uma sociedade dividida em classes.

Desde a sua criação, o "doente mental" - antigo louco - é considerado pela psiquiatria como um ser improdutivo para a sociedade, pois desvia, de certa forma, os que o cercam e a si próprio das atividades consideradas produtivas. Entendido como não concretizador dos preceitos da moral do trabalho, torna-se um dos representantes da "antinorma" ou da "contra-ordem social" <8>.

Sendo o Estado representativo moderno "um instrumento da exploração do trabalho assalariado pelo capital" <9> e, neste sentido, voltado para os interesses dos que o possuem, o Estado cria as instituições para o trancafiamento tratamental daqueles rotulados como "anormais".

Desenvolve-se então o asilo medicalizado - principalmente a partir do século XIX -, que deixa de ser apenas um

"depósito de homens acorrentados, para tornar-se um lugar ativo, de cura, detentor de uma tal organização que será capaz de conduzir o 'doente' para a 'cura-normatização'" <10>.

ou seja, apto ao e com desejo de trabalho. O asilo moderno passa então a ter uma positividade que pensa e age sobre um corpo transformando-o em algo diferente do que era antes.

A partir daí, quando a loucura vira doença, o Estado, entendido na concepção gramsciana - sociedade política/sociedade civil - passa a desenvolver melhores condições para a formação e divulgação de um saber especializado (academias) e cria rapidamente mais locais para o trancafiamento e experimentos de "tratamento" da "doença mental" (asilos).

Neste processo de busca da "cura-normatização", a psiquiatria, à medida que se desenvolve, reivindica para si o tratamento de novas doenças, baseando-as em determinados tipos de comportamento.

A psiquiatria do século XIX passou a "descobrir" doença mental onde tradicionalmente eram encontrados comportamentos da ordem do vício ou do pecado, que eram deixados ao banco dos réus ou ao púlpito.

"A bebida excessiva tornou-se a doença mental do alcoolismo, assim como os abusos sexuais tais como a sodomia foram psiquiatrizados na 'neurose homossexual' e toda uma série de outras 'perversões' eróticas foram catalogadas pela psicopatologia"¹¹.

Além de aumentar o número de "doenças mentais", a psiquiatria ampliou também o número de sintomas que servem de rotulação para a "doença mental"¹². Falta de apetite, insônia, irritação etc., que podem fazer parte do comportamento social de um indivíduo, são agora sintomas da "doença mental".

No entanto, tal concepção não é homogênea dentro do setor social que trata dos problemas existenciais, melhor conhecidos como "doenças mentais". Dentro da própria

psiquiatria, atualmente há os que negam a manutenção dos asilos/hospitais psiquiátricos, bem como aqueles que questionam a existência da "doença mental".

Esse processo, que vai da criação do saber psiquiátrico até a sua superação, pode ser demonstrado, sinteticamente, através de uma análise que remete às noções de "Tese", "Antítese" e "Síntese" ^{<13>}.

Na tese, encontramos as primeiras formulações teóricas da psiquiatria, que ainda continuam se desenvolvendo no tecido social, conhecidas como psiquiatria clássica. Como representante dessa concepção podemos resgatar o nome de Benjamin Rush, por ter sido, um dos primeiros médicos americano a sustentar com argumentos a transformação de problemas sociais em problemas médicos, assim como seu controle coercitivo ^{<14>}.

Pensando o desvio social como doença mental, Rush declarou que "sofrimento, vergonha, terror, cólera, são loucuras passageiras (...)". Por sua vez, Szasz observa que Rush corajosamente definiu sanidade e insanidade:

"sanidade é a aptidão para julgar as coisas como outros homens, e hábitos regulares. A insanidade é um distanciamento com relação a isto".

De acordo com esta perspectiva, Rush igualou conformismo social a saúde mental e inconformismo social a doença mental ^{<15>}.

Atualmente, a psiquiatria clássica ainda se fundamenta nos princípios de Esquirol no que diz respeito, pelo menos, à justificativa de internação dos loucos, qual seja:

"garantir segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a

um regime médico; impor-lhe novos hábitos intelectuais e morais" <14>.

É ainda neste momento da tese que se constrói um conjunto de conhecimentos, baseando-se no aparato teórico da psicopatologia e na prática asilar, que fundamenta as relações de poder entre psiquiatras e pacientes, onde aqueles podem dizer:

"sabemos sobre sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que chamemos doença e, daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser como os outros: você será um doente mental" <17>.

Neste processo de criação de um novo tipo de homem, a medicina mental vem, se constituindo como ciência normatizadora da moral e reguladora dos excessos passionais.

No entanto, suas "suposições" não se confirmam com o uso das técnicas anatomo-patológicas. Como afirma o próprio Esquirol - precursor da tese psiquiátrica -

"(...) todas as lesões orgânicas observadas nos alienados se reencontram nos cadáveres de indivíduos que não tiveram jamais delírio crônico (...). Muitas aberturas de corpos de alienados não apresentaram nenhuma alteração embora a loucura tivesse persistido um grande número de anos ..." <18>.

Assim, a tese psiquiátrica se desenvolve mesmo não tendo conseguido as comprovações de organicidade da doença mental. Pensa-se que a doença é orgânica, mas quando se faz a observação, a experimentação, ou a comprovação, não são

encontrados os resultados necessários para a sua corroboração.

Procurando, renovar a intenção de fazer da medicina mental uma ciência e retirá-la de suas contradições, por via de um sistema racional, Falret resgatou a articulação entre o físico e o moral que fosse de tal forma consistente para que pudesse daí concluir uma prática de cura^{<19>}.

Nesta tentativa, Falret volta-se para o metafísico e resgata questões filosóficas fundamentais, concernentes à organização última do homem. Para ele,

"o homem é uma dualidade composta de dois princípios, a alma e o corpo, que representam duas ordens de fatos distintos, os fatos da ordem moral e os da ordem física"^{<20>}.

Estes se articulam entre si de tal forma que a manifestação de um não se dá sem a cooperação do outro.

Seguindo por este caminho - o do metafísico - a tese psiquiátrica é incrementada pela introdução do pensamento psicanalítico desenvolvido por Freud.

Freud, baseando-se no paralelismo mental e na "res-cogitatus" de Descartes, desenvolve o conceito de "aparelho mental", constituído pelo "id", "ego", "superego", "subconsciente", "inconsciente" etc. Nesta concepção é no aparelho mental o local do corpo onde se concentra a doença. No entanto, procurar doença mental no aparelho mental é por muitos questionado, já que a existência de tal aparelho não pode ainda ser comprovado se submetido a testes anatómicos, biológicos ou químicos.

Atualmente esta aproximação entre psiquiatria e psicanálise - juntamente com a psicobiologia - forma o referencial teórico do que se conhece por "psiquiatria dinâmica".

Tal psiquiatria teve o seu amadurecimento durante a segunda guerra mundial, justamente por ter satisfeito as exigências daquela realidade.

"As necessidades da guerra haviam forçado os psicanalistas a treinarem médicos para funcionarem na qualidade de psicoterapeutas improvisados para que desenvolvessem tratamentos terapêuticos junto aos que da guerra participavam" <21>.

Com o desenvolvimento desta "psiquiatria dinâmica" chega-se aos fundamentos da psicopatologia <22>, que por sua vez irá constituir o conjunto teórico moderno da psiquiatria clássica, ou, como preferimos denominar, tese psiquiátrica.

A esquizofrenia, por exemplo, nesta concepção é considerada como

"síndrome psicótica caracterizada por graves distorções dos processos de pensamento (incluindo-se as alucinações e fantasias), por desintegração das fronteiras do 'ego', distúrbios do afeto (...) e séria deterioração da capacidade do indivíduo de entrar em relacionamento com outras pessoas" <23>.

Sobre suas causas, não há um consenso. Alguns a consideram como uma "enfermidade hereditária". No entanto, ainda não foi isolado nenhum determinante genético específico. Há também os que pensam a esquizofrenia referindo-se à importância das primeiras relações interpessoais, sobretudo as relacionadas com a figura materna, onde, dependendo do tipo desta relação, a criança poderá apresentar algum "distúrbio" no seu "aparelho mental", decorrente do desajuste na relação entre "ego" e "superego" ou de algum trauma no "subconsciente".

No entanto, a tese traz em si a sua negação e inicia um outro processo do conhecimento, descrito aqui como "antítese" psiquiátrica.

Seu referencial teórico foi desenvolvido pela antipsiquiatria - surgida já no século XX - e apresento como precursores Laing, Cooper, Szasz e Basaglia, entre outros. Estes autores promoveram um movimento, em nível internacional, de fortes críticas ao modelo psiquiátrico de gestão asilar da loucura e, não só propuseram, como também efetivaram novas formas de relação entre médico e paciente, assim como entre loucura e sociedade, ou melhor, entre "doença mental" e sociedade.

A esquizofrenia, por exemplo, na concepção de Cooper

"é uma situação de crise microsocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiar), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo mentalmente doente de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de paciente esquizofrênico pelos agentes médicos ou quase médicos" (24)

e que atuam a partir da psiquiatria dinâmica.

Dessa forma, a antipsiquiatria retira as possíveis causas da esquizofrenia e demais "doenças mentais" do indivíduo (causas estas ou de ordem genética - como querem os biologistas ou funcionalistas - ou resultantes do confronto entre id-ego e superego como entende a psicanálise) para resgatá-las nas relações sociais que se iniciam na família e podem até terminar no social como um todo.

Neste mesmo caminho, encontram-se as concepções de Laing, que pensa a esquizofrenia não como uma doença, produto de uma perturbação, cuja etiologia se desconhece, mas sim, como uma formação reativa a uma série de circunstâncias que se repetem através do tempo. Nesta ótica,

não conseguindo soluções adequadas para romper com as circunstâncias, a "vítima" elaboraria certas atitudes que seriam estigmatizadas com o nome de esquizofrenia.

Thomas Szasz, por sua vez, defende radicalmente a tese de que doença mental é um mito, e nos diz que

"o termo doença refere-se primeiramente a uma condição biológica anormal cuja existência pode ser afirmada, seja esta afirmação falsa ou verdadeira (...). Assim, os médicos são especializados para tratar de doenças corporais que aparecem por algum problema físico biológico. Estritamente falando, a doença ou enfermidade só pode afetar o corpo. Conseqüentemente, não pode existir algo como doença mental. Essa expressão é uma metáfora"⁽²⁵⁾,

equivalente a quando se utilizam as expressões "a economia está doente", "certas brincadeiras são doentes" e, inclusive "o mundo está doente". Quando se afirma que a mente está doente sistematicamente confunde-se pois, e, estrategicamente permite-se, a interpretação errônea, tomando-se a metáfora pelo fato.

Esta "doença" - duvidosa, como coloca Cooper - é responsável (como veremos no capítulo II) por um grande número de trancafiamentos tratamentais, de pessoas que, como mostra Luzinete Simões⁽²⁶⁾, concentram-se na classe mais pobre da sociedade.

Este tipo de internação, para Franco Basaglia, faz parte das contradições de classe inerentes ao modo de produção capitalista. Neste sentido, para ele, fundador do movimento da psiquiatria democrática em 1973, a luta contra os hospitais psiquiátricos é uma luta intimamente ligada à luta de classes e a loucura não é uma consequência direta da natureza, mas, sim, histórico-social.

Com relação à atuação da psiquiatria clássica, Basaglia diz que

"as instituições psiquiátricas, com seus médicos, vestidos de branco, com enfermeiros e enfermeiras como se tratasse de um hospital"

não é nada mais do que

"um instituto de vigilância onde a ideologia médica constitui um fator para legitimar uma violência que nenhum órgão pode controlar, já que o mandato confiado ao psiquiatra é total (...)" <27>.

Sua finalidade não é diferente da prisão. Ambas retiram o antinormal do convívio social. No entanto, os que entram na prisão entram sabendo que estão indo para cumprir a punição por algum tipo de crime. Por sua vez,

"o que entra no hospital psiquiátrico se torna internado que vai expiar uma culpa, de que não conhece nem as causas nem a sentença; isto é, desconhece qual vai ser a duração dessa expiação" <28>.

Basaglia, ao desenvolver o movimento da psiquiatria democrática na Itália, gera também a negação da antítese psiquiátrica, dando lugar à Síntese, onde a prevenção e a desospitalização passam a ser o objetivo do Estado. Com esse processo, a Itália veio a vivenciar o que se conhece como "desinstitucionalização da loucura".

Segundo Franco Rotelli, esta desinstitucionalização configurou-se na Itália como um trabalho concreto e cotidiano dos técnicos

"que produziram degrau por degrau as mudanças (...) onde estão envolvidos e mobilizados os sujeitos sociais como atores da mudança: os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não

institucionais. No trabalho de desconstrução do hospício, a transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade da palavra' <29>.

Com estas e outras medidas, o "doente" se torna cidadão de pleno direito e conseqüentemente muda a natureza do contrato com os serviços prestados. Rotelli caracteriza, então, três aspectos que vão se corporificando paulatinamente, à medida que o hospício vai se desmontando: 1. o processo de uma nova política de saúde mental, partindo do interior das estruturas institucionais e com o engajamento dos atores interessados; 2. a concentração dos trabalhos terapêuticos que visam a "existência global" dos pacientes, tornando-os "sujeitos ativos" e não objetos na relação com a instituição; 3. a implantação de estruturas extra-hospitalares para substituir as internações' <30>.

Na síntese psiquiátrica a "doença mental" não é mais que

"a instituição que historicamente a define e a organiza em regras administrativas e jurídicas, em parâmetros conceituais e tutelas normativas" <31>.

Nesta concepção, quando se fala em prevenção, entende-se-a como a necessidade de prevenção da própria instituição psiquiátrica, assim como "do seu poder de etiquetamento, sequestro e expropriação da identidade, produção de dependência e produção de cronicidade" <32>.

Neste momento da síntese psiquiátrica, o "antinormal" volta a adquirir o seu espaço junto à sociedade, já que o trancafiamento tratamental é substituído por outros mecanismos extra-hospitalares para a sua "cura-normatização", como, por exemplo, os Núcleos de Apoio

Psicossociais que desenvolvem um trabalho de acompanhamento não só aos que estão em crise, como também à sua família, dentro da própria comunidade.

Ao visualizarmos, pois, estes três momentos do processo de conhecimento psiquiátrico, que traz em si a sua própria negação e com isso a sua superação, percebe-se que o tipo de relação entre "doença mental" e sociedade está diretamente relacionado com o tipo de relação que o Estado mantém com esta duvidosa doença.

Isto porque o Estado, enquanto sociedade política/sociedade civil, elabora e efetua os planos ou planejamentos para o tratamento dos problemas de ordem pública e, aqui em especial, os da "doença mental".

Desta forma, se o Estado desenvolver seus planos para a área de saúde mental baseando-se nos princípios da Tese Psiquiátrica, haverá uma relação com a "doença mental" caracterizada pela segregação originada na própria proposta do modelo de gestão asilar da loucura. Caso o Estado efetive uma política baseando-se na Antítese Psiquiátrica, a relação com a "doença" será de outra ordem, onde propostas como não-internação em hospitais psiquiátricos passam a ganhar espaço e desenvolvem-se propostas no sentido de incrementar os ambulatorios psiquiátricos no interior da sociedade.

Já o Estado que se propõe efetivar a política da Síntese Psiquiátrica apresentará como resultado o fim das instituições psiquiátricas e o surgimento de uma relação entre loucura e sociedade onde as diferenças são aceitáveis e a cidadania do louco não é perdida.

N O T A S

- <1> LÊNIN, V.I. O Estado e a Revolução. São Paulo: Hucitec, 1987. p. 09.
- <2> Ibidem, p.12.
- <3> COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci. Fonte do Pensamento Político. Porto Alegre: L&PM, 1981. p. 91
- <4> Ibidem, p. 91.
- <5> Ibidem, p. 229.
- <6> Em "O Suicídio" Durkheim mostra uma definição subjetiva de anomia. Esta, é caracterizada "pela falta de controle das paixões, o desenfreamento dos desejos, a impaciência contra toda regra, a irritação e a repugnância, conforme os períodos de prosperidade e miséria". - BASTIDE, Roger. Sociologia das Doenças Mentais. Tradução de Maurício Rittner. São Paulo: Editora Nacional (Biblioteca Universitária, série 2ª Ciências Sociais, V. 21), 1967. p. 24. Sobre as Contribuições de Comte e Durkheim para a construção do saber psiquiátrico ver também SIMÕES, Luzinete. El Modo de Producción Capitalista y la Fractura en las Relaciones Sociales: Elementos Teóricos Para Una Reflexion Sobre la Enfermedad Mental en Bahia, Brasil. México: UNAM, 1989. 242p. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Ciências Políticas e Sociais da Universidade Nacional do México.
- <7> FOUCAULT, M. História da Loucura. Tradução José Teixeira Coelho Netto, 2.ed. São Paulo: 1987. pg. 81
- <8> BIRMAN, Joel. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Graal (Biblioteca de Saúde e Sociedade, vol. 3), 1978. p. 220.

- <9> LÊNIN, V.I. Op. cit. p. 16.
- <10> BIRMÁN, J. Op. cit. p. 369.
- <11> PORTER, Roy. Uma História Social da Loucura. Tradução Angela Melin. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. Sobre a quantidade de "doenças mentais" criadas pela Psiquiatria ver também Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol. VI (3) setembro de 1972.
- <12> MEDEIROS, Jotabê. 18% dos paulistanos têm algum distúrbio mental, aponta pesquisa. Folha de São Paulo. São Paulo, 29 agosto de 1990, C-1 (ver anexo 1).
- <13> Esta análise foi desenvolvida pelo Professor Ms. Pedro Bertolino, em aula ministrada no Curso Epistemologia da Doença Mental, na Universidade Federal de Santa Catarina, 27/09/1991.
- <14> De acordo com Thomas Szasz, foi em 1812 que Rush publicou sua obra "Pesquisa e Observações Médicas sobre as Doenças Mentais", que ajudou a estabelecer a psiquiatria como uma especialização médica. Para que se tenha um melhor entendimento ver Szasz, Thomas. A Fabricação da Loucura. Um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3.ed. Trad. Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1984. p. 171.
- <15> Ibidem, p. 173.
- <16> FOUCAULT, M. "A Casa dos Loucos". In: Microfísica do Poder. 3.ed. Org. e Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 126.
- <17> Ibidem, p. 127.

- <16> Joel Birman resgata trabalhos de Esquirol para mostrar que a medicina mental formula suposições que não são comprováveis, ver obra citada na nota 8, p. 57.
- <17> FALRET, J.P., citado por BIRMAN, Joel, (1978). p. 63.
- <20> Ibidem.
- <21> BLAYA, Marcelo. "Conceito de Psiquiatria Dinâmica". In: Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 9, anos. 1-2, 1963, p. 63.
- <22> Sobre Psicopatologia ver NEMIAH, J.C. Fundamentos da Psicopatologia. 3.ed. Trad. Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- <23> Ibidem, p. 304.
- <24> COOPER, David. Psiquiatria e Antipsiquiatria. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- <25> SZASZ, Thomas. Ideologia e Doença Mental - ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979. p. 9
- <26> SIMÕES, L. Op. cit.
- <27> OBIOLS, Juan. Psiquiatria e Antipsiquiatria. Trad. José Antônio G. G. Barata. Rio de Janeiro: Salvate Editora do Brasil, 1979. p. 14.
- <28> Ibidem, p. 13.
- <29> ROTELLI, Franco. "Desinstitucionalização: Uma Outra Via". In: NICÁRIO, Fernanda. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 32.
- <30> Ibidem, p. 36.
- <31> Ibidem, p. 71.
- <32> Ibidem.

2. HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: MOMENTOS E TENDÊNCIAS (1850 - 1950)

2.1. O Poder Psiquiátrico: do Asilo para os Hospícios.

Sem objetivar a elaboração de uma análise sobre o tratamento dado aos "doentes mentais" nos períodos que antecederam a 1964, necessitamos, no entanto proceder a um resgate histórico que se reporte ao período imperial, justamente por encontrar-se aí, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, o início de uma assistência psiquiátrica brasileira.

Com tal resgate, temos a oportunidade de apresentar a passagem de uma psiquiatria leiga, que atuava principalmente nos asilos, instituições dirigidas por religiosas cristãs, para uma psiquiatria médica que paulatinamente foi assumindo a total responsabilidade do tratamento dado ao louco.

Esta "nova psiquiatria", como veremos, amplia sua relação com o Estado e a sociedade para além da relação meramente policial (exclusão) para se dar, pelo menos, em dois novos níveis: relação médica (cura) e relação econômica (capital/trabalho).

Tais relações - como procuraremos demonstrar - estão perpassadas por um fundo psicológico e cultural, que tem sua teoria sustentada principalmente na psicanálise.

Assim, poderemos observar um discurso médico psicanalítico, onde através da exclusão se mantém o trabalho

alienado em favor do capital alienante, ou seja, se mantém o trabalhador separado dos meios de produção, bem como se perpetuam a exploração e a dominação sobre a sua força de trabalho.

Inicialmente, durante o período imperial, onde tínhamos uma economia baseada no trabalho escravo e a cidade com alguns milhares de habitantes, a atenção dada por parte do Estado aos loucos - que mais tarde viriam a ser os "alienados" e posteriormente os "doentes mentais" - foi inexpressiva. Os que dentro do modo de produção pertenciam à classe privilegiada e que viessem a ser definidos ou rotulados como loucos, eram tratados, aliás, vigiados pelas próprias famílias. Mas os que pertenciam a outras classes, não privilegiadas, eram aprisionados nos asilos ou hospícios. Essas reclusões - é bom frisar - não tinham nenhum caráter de cura ou mesmo uma intervenção médica. Seu caráter era somente de exclusão.

Sendo tanto a atividade produtiva como também a doméstica predominantemente escrava, seja no campo ou na cidade, poucas são as ocupações que restam ao homem livre. Neste sentido,

"a utilização universal do negro nos vários misteres da vida econômica e social terminará por estigmatizar o próprio conceito de trabalho em geral como atividade pejorativa e desabonadora, e poucos serão os homens livres, mestiços, mulatos e mesmo brancos que se disporão a se engajar em qualquer atividade laborativa sem se considerar, e ser considerado por isso mesmo, pessoas indignas"¹¹

Dessa forma, pode-se caracterizar a vida social da época da seguinte forma: de um lado, uma minoria de senhores e proprietários; do outro, uma multidão de escravos. Entre estes, um grande número de indivíduos sem trabalho definido ou sem trabalho que paulatinamente aumentou a casta dos

"vadios" que de certa forma perturbavam a ordem estabelecida. Em decorrência, teve-se no Brasil, em nome da ordem pública e da segurança social, o que Foucault denominou de "o grande enclausuramento", vivido séculos antes em toda a Europa.

Percebem-se neste período duas fontes de pressão sobre o Estado que exigiam maior intervenção sobre os insanos. Uma das fontes de pressão provinha da população que não queria ver os loucos andando livremente pelas ruas da cidade, pressionando assim para que o Estado os aglutinasse em algum lugar.

A outra provinha dos médicos e intelectuais que tanto rechaçavam a forma desumana pela qual eram tratados os loucos nos asilos, como discutiam o seu livre trânsito pelas ruas da cidade, como fica claro no artigo publicado pelo Dr. J.F. Sigaud no "Diário da Saúde" de 1835:

"a classe desgraçada dos loucos (...) embuçados com grotescos andrajos, excitam as risadas dos viandantes (...) ou a torrente de grosseiras injúrias e ridículos epítetos" <2>.

Sob os cuidados das religiosas, os loucos, de um modo geral, ficavam em porções, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros. Conviviam com a fome, com o frio, com a sujeira e com as correntes.

A maneira pela qual o Estado lidava com os loucos era determinada pelas leis, decretos e resoluções que colocavam o louco como ameaça à segurança e, por isto, a atenção ia no sentido de dar protecção social. Deste modo, a colocação dos considerados loucos nos asilos, realizada pelas autoridades públicas, estava perfeitamente enquadrada nos textos legais.

Atendendo às pressões que recebia, o Estado imperial inaugurou em 05/12/1852 o primeiro hospício psiquiátrico: o

Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Este é considerado por vários autores como sendo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Neste momento não havia, ainda, um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nosologia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontrava-se ainda nas mãos das irmãs de caridade. Sua clientela eram as pessoas classificadas como pobres que formavam o grupo dos "marginalizados" da cidade. Havia, aí, uma "psiquiatria leiga" onde os hospícios psiquiátricos existiam não enquanto local de cura, mas como local de isolamento do louco do convívio social.

Paulatinamente, o número de hospícios foi aumentando, criando-se, assim, um local cada vez mais específico para o "tratamento" e reclusão do louco a constituir-se em um substituto das prisões, em um quase hospital: com grades, muros altos e com guardas. Nestes locais, os loucos sofriam várias formas de intimidação como nas prisões. Mas tais instituições constituíam-se também de médicos - embora suas visitas fossem por demais irregulares - e de enfermeiros leigos que lhes davam o aspecto de hospital.

Dentro de um processo mais geral, o de mapeamento ou zoneamento da sociedade brasileira - já experimentado no século XVII-XVIII pelas sociedades européias, e conhecido como processo de "esquadrinhamento"¹⁹ - a loucura foi se tornando cada vez mais específica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado e, em consequência, criou-se uma nova categoria social, a do "alienado". Este, de certa forma, estreitou a relação entre Estado e médicos - mais tarde os médicos psiquiatras - que se unem para garantir a ordem pública.

Estabelecem-se, assim, acordos que serviriam para o reconhecimento da assistência psiquiátrica como assunto de interesse oficial, público e social.

Foi com a proclamação da Primeira República, com a separação entre Igreja e Estado que surgiu a possibilidade de passar a direção das instituições psiquiátricas para as mãos dos médicos. Ao Estado isso interessava, pois este buscava a superação da prática policial nos hospícios ao mesmo tempo em que se interessava pela ordem pública, e aos médicos interessava - além da manutenção da ordem - a transformação dos hospícios em estabelecimento médico, procurando estes assegurarem um local para estudo, caracterização dos e assistência aos "alienados". Surge aí uma "psiquiatria médica", que permitiria a ascensão dos representantes da classe médica ao controle dessas instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado.

Começam então, a despontar uma série de médicos voltados principalmente para a neuropsiquiatria - principalmente à psiquiatria francesa entre os quais se destacam: Teixeira Brandão, Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Franco da Rocha, Ulysses Pernambucano, Aduauto Botelho. Estes, entre outros, foram os precursores da "psiquiatria médica" (científica) brasileira.

De um modo geral, essa psiquiatria ainda vê o louco como um anti-social que não pode ter trânsito livre na cidade, mas a sua caracterização agora é a de "doente" que precisa ser tratado por especialista. A função médica foi se ampliando e ultrapassou a classificação e descrição das condições daqueles que a autoridade pública destinara aos hospícios. O médico passou a prometer a cura e, paulatinamente, o binômio saúde-doença foi substituindo o binômio ordem-segurança.

Essa psiquiatria médica é resultante de um processo iniciado basicamente com o Decreto 8.024, de 12 de Março de 1881, que criou a primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Esta cadeira foi primeiramente ministrada pelo professor Nuno de Andrade, que viria, posteriormente, a ocupar interinamente a Cátedra de Psiquiatria no Rio de Janeiro.

Em 1883 aconteceu o primeiro concurso para professor de Clínica Psiquiátrica desta mesma faculdade, sendo o vencedor Teixeira Brandão, tornando-se o primeiro professor titular de psiquiatria no país.

Lopes Rodrigues, citado por Heitor Rezende, critica a incipiente "psiquiatria científica" por estar ela submissa à "decadente psiquiatria francesa", com pouca eficiência terapêutica e por se sustentar em insólitas bases teóricas e científicas, permitindo que 90% dos casos classificados no Hospício Nacional fossem o de "degenerados atípicos", possibilitando o recolhimento das ruas de um grande contingente de pessoas, de diferentes matizes e categorias sociais⁽⁴⁾.

A abolição da escravatura e a grande quantidade de imigrantes que vieram a consolidar o modelo agroexportador, pautado por relações de produção capitalista, serviram de suporte para o processo de formação de grandes núcleos urbanos⁽⁵⁾. Nestes núcleos, novas contradições foram surgindo, exigindo não só o fortalecimento dos processos de exclusão, como também a necessidade de recuperação dos excluídos, além de um corpo de conhecimentos que legitimassem as ações necessárias para o trancafiamento tratamental.

A psiquiatria - através dos hospícios, das universidades e do Estado - produz e amplia, conseqüentemente, seu corpo de conhecimentos e passa a ser

reconhecida em termos sociais e firma-se como único conhecimento válido sobre a loucura⁶ que se configura agora como uma questão de saúde e "doença mental". Desta forma, com um discurso médico em ascensão, a psiquiatria - através de Juliano Moreira - e o Estado - representado por Oswaldo Cruz - em 1903 uniram-se, para sanear a capital brasileira⁷. À Saúde Pública, como um todo, coube o processo de saneamento, o combate às doenças infecto-contagiosas e a incrementação da vacinação obrigatória em todo o território nacional. À Psiquiatria, coube a tarefa de agir sobre o "foco de desordem" que eram os trabalhadores, os sem-trabalho, os maltrapilhos, os que, enfim, se aglomeravam, enquanto moradores, nos cortiços, nas favelas, nos focos de infecção. Sua ação específica era a de recolher as sobras humanas do incipiente modo de produção capitalista, trancá-los nos hospícios e se possível, recuperá-los ajustando-os ao trabalho e ao novo modo de produção.

O trabalho deixou de ser algo deplorável como era no período escravista e passou a ter um novo valor, qual seja: "o trabalho enobrece o homem".

Tal apologia do trabalho está vinculada à ideologia da sociedade burguesa européia, onde os ociosos, os inadaptados à nova ordem foram enquadrados na categoria de "anti-sociais".

Trabalho e não-trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a psiquiatria nasce e se reproduz num contexto social, ela assimilou, aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico, estes mesmos valores e esforçou-se para devolver à comunidade indivíduos "tratados" e "curados", adequados para o trabalho. Para isso, a psiquiatria adotou

como forma de tratamento do "doente mental" o trabalho no interior dos hospícios.

Outra prática que a psiquiatria passou a adotar no tratamento ao "doente mental" foi a de construir os hospícios-colônias em locais afastados dos centros urbanos, prática que ia ao encontro dos interesses do Estado Republicano, que desejava diminuir os gastos com os "vadios" que perambulavam pelas ruas das cidades. Nestes hospícios buscava-se a auto-sustentação dos "doentes", diminuindo-se conseqüentemente, os gastos do Estado.

Outra forma que a psiquiatria, através de Juliano Moreira, encontrou para diminuir os gastos do Estado com os loucos citada aqui a título de ilustração- foi de cobrar as diárias dos estrangeiros que estavam internados - cerca de 31% no período de 1905 a 1914⁽⁹⁾. Tais diárias seriam pagas pelos governos do país de origem. Para tanto, criou-se a lei 1.132, de 22/12/1903, que embora obrigasse os governos a arcarem com as despesas de internação, não mencionava como seria possível obrigá-los a efetuarem tal pagamento⁽⁹⁾.

A política de construção de hospícios-colônias, assim como o trabalho como forma de tratamento, não foi adotada apenas como alternativa de tratamento e nem unicamente como alternativa para diminuir os gastos do Estado. Tal política foi tão incrementada justamente por ir ao encontro dos interesses do incipiente capitalismo brasileiro, que necessitava cada vez mais de mão-de-obra. Era preciso que todos trabalhassem, inclusive os "doentes mentais". Dessa forma, o trabalho em hospícios-colônias pretendia que o paciente se sentisse em um ambiente rural onde a terra era o seu meio de trabalho, e onde, através dela pudesse resgatar o interesse pelo trabalho - já que, segundo alguns alienistas, era preciso reverter ao "normal" a tradicional "moleza" do brasileiro, que, conforme estes mesmos

alienistas, caracterizaria a índole de certos grupos sociais e étnicos.

Assim, o Estado (psiquiátrico) aumenta significativamente o número de hospícios-colônias para recolher a crescente quantidade de crônicos que as instituições urbanas estavam produzindo. No entanto, ao recriar artificialmente um ambiente rural pré-capitalista, esta ação terapêutica caía numa contradição, qual seja: os "doentes", ao serem devolvidos à comunidade, encontravam uma nova realidade, muito mais urbana do que rural, fazendo com que a eficiência do tratamento se perdesse no vazio.

Frustradas as intenções de recuperação do "doente", restava ao hospício-colônia ater-se à

"única função que já caracterizava a assistência ao alienado no país, desde a sua criação: a de excluir o 'doente' do seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade" ⁽¹⁰⁾.

Mesmo com esta caracterização, havia um forte movimento para a criação de mais hospícios, além da expansão dos que já existiam e isto porque, em parte, ao se desenvolver, a psiquiatria organizou sua própria demanda. Paulatinamente, ela se expande, e passam a existir mais e mais "doentes" a serem cuidados. Ela surge para tentar resolver o problema da "doença mental" e cria o paradoxo de aumentar continuamente a população paciente. E desde o século XIX, como afirma Saide, "as queixas dos médicos sobre superlotação dos asilos e falta de verbas são contínuas" ⁽¹¹⁾.

A psiquiatria, entendida como "sociedade civil" e "sociedade política" - já que ela se caracteriza como aparelho repressor e também como produtora de ideologia -

amplia, em decorrência, sua organização para criação/re-criação e divulgação de suas idéias. Assim, em 1905 Juliano Moreira e Afranio Peixoto fundam a Revista denominada "Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Affins". Esta procurava fundamentar de um ponto de vista da ciência a atuação médica sobre a questão da "doença mental". Em 17/11/1907, Juliano Moreira fundou também a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Esta nova entidade, à semelhança dos objetivos que norteavam a Revista, se propunha aprofundar os meios científicos para atuar sobre a "doença mental", buscando sua legitimação científica principalmente no desenvolvimento da neurologia.

É importante observar, a esta altura, assim como o fazem Tácito Medeiros e Osvaldo Saide, que a psiquiatria que se afirma na primeira metade do século XX é, numa escala bem maior, pública e volta-se para os cuidados dos catalogados como pobres, embora tenham também uma atuação privada - mesmo pequena - que se dá principalmente através das Casas de Repouso, Sanatórios e Casas de Saúde, para atendimento dos mais abastados.

Entre os mais antigos hospitais para "doentes mentais" fundados pela iniciativa privada encontram-se a Casa de Saúde Dr. Eiras, fundada em 1860, e o Sanatório Botafogo, fundado em 1921. Estes, no entanto, permanecem totalmente à margem da política oficial de saúde mental, pelo menos durante a primeira metade deste século⁽¹²⁾.

Mas, retornando às instituições públicas, como se caracterizaria afinal, o tratamento dado ao antigo louco, agora "doente mental" dentro das instituições psiquiátricas públicas?

Heitor Rezende, ao resgatar o discurso feito por Lopes Rodrigues ao assumir a direção do Instituto Raul

Soares - Belo Horizonte - em 1929, nos dá uma idéia do que ocorria nessas instituições. Afirmava Lopes Rodrigues:

"Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares escoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes faziam com os punhos amarrados (...). Cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético (...) os braços livres que restavam, fora dos manquitos célebres, eram para atirar montões de fezes pelas paredes, que iam até os tetos. (...) Diariamente o chamado carro forte da polícia despejava à porta do instituto, com guias dos delegados, magotes e loucos de todo gênero. (...) Os loucos, com os pés e mãos atados (...) eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta e o relho mestre, vibrado por braços habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental de sevícias" (19).

Este tipo de trancafiamento tratamental nos remete a um cenário de alguns séculos antes vivido na Europa, como nos mostra Foucault. No entanto, esta realidade é vivida no Brasil em pleno século XX quando a psiquiatria já havia deixado de ser "leiga" e a direção das instituições não estava mais nas mãos das religiosas. A psiquiatria já era "médica" e com uma incipiente direção especializada que pretendia "curar" o "doente mental".

Até por volta de 1919, a noção teórica que norteava a prática psiquiátrica brasileira baseava-se nas concepções organicista ou biológica, que representava para a psiquiatria a busca de sua legitimação no interior da racionalidade médica, procurando perceber uma configuração corpórea, anatômica e fisiológica para as manifestações psicopatológicas, assim como, percebia a "alienação mental" como a manifestação de lesões e desregulações do organismo. E a psicológica, que pensava a "alienação mental" como uma manifestação moral ou intelectual.

A partir do ano de 1919, no entanto, a abordagem psicanalítica passaria a incrementar o saber psiquiátrico brasileiro. O marco inicial dessa nova cisão no Brasil ocorreu com o discurso de Franco da Rocha na abertura do curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo. Tal discurso foi intitulado "Do Delírio em Geral".

Faço questão de reproduzir aqui fragmentos deste discurso para termos, assim, uma noção geral do tipo de pensamento que passou a nortear grande parte do saber psiquiátrico, já que, como afirma Luiz Cerqueira, da psicanálise, a psiquiatria social adotou a

"teoria do inconsciente com os mecanismos de defesa da personalidade para a compreensão da conduta normal ou patológica, numa visão psicodinâmica (...)"¹⁴.

Em seu artigo, Franco da Rocha resgata os estudos psicológicos dos sonhos de Stekel em que reúne o poeta, o neurótico e o criminoso por alguns traços fundamentais, instintivos, que lhes são comuns. Escreve Franco da Rocha:

"(...) O criminoso, o neurótico e o poeta podem manifestar, portanto, excesso de virilidade, de erotismo, isso pouco importa; o que lhes falta é a capacidade de amar. Essa incapacidade age ocultamente do subconsciente, sobre a mentalidade dessas criaturas e lhes dá uma intuição de inferioridade que perenemente as persegue. O poeta, como o neurótico e o criminoso, é grande no desprezo pela humanidade, pequeno, porém, no amor. Existe nele, por isso, um infinito anseio de amor que o impele sem cessar à busca dessa sombra fugitiva. O amor é a idéia suprema que o poeta nunca atinge. Todos eles têm um secreto 'sonho de grandeza'. (...) O sonho de grandeza do poeta (do artista em geral) o leva a produção das obras primas, dessas maravilhas do pensamento que tanto nos encantam. Despreza a humanidade, mas precisa do aplauso repetido e da estima dos outros para manter

elevado o sentimento hipertrofiado do próprio 'Eu', seu único deus. Constantemente ameaçado de ruína por aquela intuição de inferioridade a que há pouco nos referimos.

O sonho de grandeza do criminoso, ora oculto, ora bem claro, revela-se por demais evidente no anarquista e no magnaticida. A egofilia, nestes não tendo derivação na arte, como só acontece com o poeta, expande-se nas ruidosas manifestações contra a moral vigente, contra a lei, contra tudo! (...)

O criminoso inferior, brutal, denuncia o sonho de grandeza no desejo de ver seu retrato nos jornais e a minuciosa descrição de sua vida. (...) é o degenerado inferior, neurótico da pior espécie. Um dia levanta-se de mau humor, com tédio da vida, aborrecido de si e do mais fútil, para matar e destruir numa raiva cega tudo o que lhe chega ao alcance.

(...) O homem de vida fortemente instintiva só tem, pois, três possibilidades a seguir na existência: a 'arte', no sentido geral; o 'crime', quando não lhe é dado derivar a atividade a arte; finalmente, quando não se pode expandir na arte nem no crime, aparece o 'neurótico', que é uma 'dúvida eterna'.

(...) Os poetas, e neuróticos têm os característicos do criminoso: crueldade, ousadia, acesso de fúria, desconfiança, inveja, ciúme e infinito descontentamento com a sua sorte.

(...) O neurótico é um criminoso sem ânimo para delinquir; é um covarde que range os dentes sob o peso dos deveres. Sua moléstia é um meio de desviar-se dos deveres; sente-se rebelado contra o imperativo social do dever, contra a compressão do dever (...)" <10>

Sendo esta fusão entre psiquiatria e psicanálise de grande importância para as políticas na área da saúde mental, vamos aqui apresentar um pouco mais deste processo de incremento do conhecimento psicanalítico no Brasil.

Um dos nomes que merece destaque, neste processo, é o de Durval Marcondes, formado em 1924 na Faculdade de Medicina de São Paulo e que iniciou sua atividade clínica em 1925.

Guiado por suas "intuições e sensibilidades pessoais" aplicou, na sua atividade profissional, a técnica psicanalítica, tornando-se, assim, o primeiro psicanalista autodidata de São Paulo. Já em 1927 organizou o primeiro grupo de pessoas para debater e difundir os ensinamentos da psicanálise, bem como discutir trabalhos de Franco da Rocha e outros. Em 17/06/1928, numa reunião no hospital Nacional de Psicopatas, sob a direção de Juliano Moreira, criou-se a seção do Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Psicanálise.

Em 1934, Durval Marcondes foi convidado para desenvolver algumas aulas sobre higiene mental no curso de Educadores Sanitários, no Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Sua orientação foi eminentemente psicanalítica. Durval Marcondes tinha como objetivo constituir uma sociedade de psicanálise que aglutinasse elementos que desejassem submeter-se a preparação adequada para se tornarem psicanalistas. Para ele, o instituto que ensinasse psicanálise deveria ter suas portas abertas não só aos formados em medicina, mas também aos que com grau universitário fizessem o treinamento especializado. Em consequência, criou-se em 1937 o primeiro Centro de Formação de Psicanálise. Este teve sua sede inicial no consultório privado de Durval Marcondes. Em 1938, o próprio Marcondes fundou a Seção de Higiene Mental do Serviço de Saúde Escolar de São Paulo. A partir daí, a psicanálise passou a ser praticada junto às crianças das escolas públicas de São Paulo. Em 1940, na Escola de Sociologia Política, instituição complementar da USP, foi criada a primeira cadeira de psicanálise, cuja finalidade foi de passar conhecimentos psicanalíticos aos estudantes e, finalmente em 1954, Marcondes iniciou também na USP o curso de psicologia clínica, fundamentada em princípios psicanalíticos⁽¹⁶⁾.

Embora houvesse resistência por parte de alguns neuropsiquiatras, a psicanálise encontrou um campo bastante fértil na psiquiatria. Mas não foi apenas neste campo que a psicanálise se desenvolveu, sendo também muito utilizada por alguns escritores modernistas de 1922. Segundo Roberto Y. Sagawa,

"os modernistas brasileiros encontraram na obra de Freud uma fonte atualizada e atualizadora dos seus ideais estéticos. A obra de Freud exerceu um papel renovador em termos de uso de um novo vocabulário. A psicanálise freudiana forneceu aos escritores modernistas uma nova visão, ou concepção, sobretudo dos conflitos psicológicos dos personagens e do processo de criação literária"¹⁷.

Não fazendo parte do nosso objeto aprofundar uma análise sobre a influência da psicanálise na literatura, voltemos à prática psiquiátrica, resgatando o caso de Febrônio Indio do Brasil, como exemplo de aplicação do discurso psicanalítico na prática psiquiátrica forense.

Apresentado por Peter Fry em "Cultura da Psicanálise" relata-se resumidamente o caso: "após cometer um crime, Febrônio foi" - por iniciativa do seu advogado - "considerado louco e por isso não deveria ir para uma penitenciária, mas sim para um manicômio". Peter Fry desenvolve outras considerações no decorrer da análise do caso. Mas, aqui, vamos ficar com o que para nós é central. Consta no seu laudo manicomial, no que se refere ao seu "exame mental", que Febrônio

"sofreu no ambiente familiar, durante a sua infância, influências indeléveis. Ao exame deixa perceber uma acentuada fixação materna, a par de um complexo paterno (o edipo complexo)", apresentando "exageradas manifestações afetivas que ficaram gravadas no seu sub-consciente, mais tarde influenciando nas manifestações neuróticas de sua psico-degeneração"¹⁸.

Assim, através deste exemplo, podemos perceber que as ações de Febrônio estavam determinadas por "gravações" existentes no seu "subconsciente" - entidade bastante questionada - e não nas suas relações com os outros homens e com o mundo.

Feita esta (breve) apresentação sobre a introdução e o desenvolvimento do pensamento psicanalítico junto à prática psiquiátrica - que se desenvolve até os nossos dias -, voltemos às ações desenvolvidas a partir da década de 20.

Em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que, segundo Maurício R. C. de Macedo se, "constituiu no espaço institucional onde se organizou o primeiro projeto de gestão social da loucura no Brasil" <19>. Sua atuação inicial foi ao encontro do movimento de ampliação dos hospícios-colônias e defendia a melhora da saúde mental do louco através de medidas de higiene mental no interior das instituições psiquiátricas. Num segundo momento, desenvolve-se no seu interior uma concepção eugênica inspirada na psiquiatria organicista alemã e sustentada no corpo teórico da biologia. Esta tendência buscava o aprimoramento da raça brasileira. A sua política procurava criar um indivíduo "mentalmente são": em sua ótica, tal indivíduo deveria ser "branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e anti-liberal" <20>.

Sustentado na eugenia, o discurso psiquiátrico esconde a contradição entre capital e trabalho, descarta as classes sociais e joga tais contradições para o campo da biologia, conferindo à inferioridade da raça os motivos de exclusão daqueles que se constituem como obstáculo ao desenvolvimento do país.

"Mas, das medidas propostas pelo programa de ação da LBHM - medidas eugênicas de esterilização sexual, segregação ou purificação racial dos

indivíduos ou etnias, entre outras - as únicas que chegaram a receber alguma forma de apoio foram as ligadas às Campanhas Anti-Alcoólicas⁽²¹⁾.

Estabeleceu-se então, relações amistosas entre a polícia e a LBHM, que procuraram desenvolver algumas medidas autoritárias contra os ébrios, entre estas, o fornecimento de listas com nomes e endereços dos suspeitos de alcoolismo e que poderiam ser alvo dos higienistas.

Quando, em 1930, Getúlio Vargas torna-se presidente - durante o governo provisório - um de seus primeiros atos foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a controlar a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal - nova denominação dada à antiga Assistência a Alienados do Distrito Federal, em consequência da reforma estabelecida em 1927, pelos Decretos Legislativos 5.148-A, de 10/01 e Decreto 17.805 de 23/05. Mas a principal medida adotada por Vargas - enquanto governo provisório -, no que diz respeito ao tratamento do "doente mental", está no Decreto 24.559, de 03/07/1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos.

Cabe aqui detalhar este decreto, por estar ele em vigor até os nossos dias, servindo de sustentação legal para a prática de exclusão da psiquiatria. Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, do qual fazem parte, entre outros, juiz de órfãos, juiz de menores, chefe de polícia, representantes da Ordem dos Advogados, representantes de instituições privadas de assistência social. Sua finalidade é a de analisar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como, "aconselhar o governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes".

No seu artigo 5, trata sobre profissional habilitado a dirigir um estabelecimento psiquiátrico, ou seja, aquele que

"possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, (...) ou que tiver, pelo menos, durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro (...)".

Já no seu artigo 10, encontramos que

"o psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido à estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento".

No seu parágrafo quarto, do artigo 21, encontramos que

"quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigoso para a ordem pública, para si ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação".

No artigo 26 é retirada a cidadania do "doente mental" quando diz que

"os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil".

Por fim, no seu artigo 33, encontramos que

"quando o paciente internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará (...) esse fato à Comissão

Inspetora para que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio (...)"⁽²²⁾.

Estas Comissões Inspetoras, nos Estados da federação, foram constituídas pelo Procurador da República, pelo juiz federal, e por um psiquiatra ou médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Governo do Estado. O Decreto permitiu também a assistência no ambiente familiar ou heterofamiliar e proibiu o internamento em hospitais gerais. Este Decreto pode ser considerado a mais ampla lei sobre a "doença mental" já criada no Brasil.

Com esse Decreto chamo a atenção para as seguintes características do tratamento dado à "doença mental": a) ainda em 1934 a "doença mental" é um caso de polícia e de ordem pública; b) fica clara a atuação da psiquiatria como "sociedade política" (repressiva), e como "sociedade civil" (criadora de ideologia), dando aos psiquiatras amplos poderes sobre a "doença mental", inclusive o de questionar uma ordem judicial se assim achar por bem; c) o "doente mental" ou louco perde direito a ser cidadão; d) hipótese bastante provável, a psiquiatria privada incrementa a sua participação junto aos fóruns do estado, bem como passa-se a detectar um maior número de loucos/doentes mentais junto às classes mais abastadas.

2.2. Do Hospício-Colônia Para a Comunidade

Conforme se pôde observar até aqui, a psiquiatria firma-se enquanto saber máximo do tratamento ao "doente mental", com amplo apoio do Estado.

Pretensiosamente curativa - sociedade civil - e explicitamente segregadora - sociedade política - , a

psiquiatria desenvolve o seu conjunto teórico para ampliar o seu poder de atuação e, assim, ultrapassar os muros do hospício para chegar à comunidade.

Como veremos nas páginas seguintes, o Estado, através do Serviço Nacional de Doença Mental (S.N.D.M.), desenvolve uma política de proliferação de hospícios-colônias, principalmente até meados dos anos 50, quando setores da psiquiatria adotam o discurso da medicina preventiva. Conseqüentemente, a psiquiatria passaria a atuar tanto dentro como fora dos hospícios com a mesma intensidade, contando, agora, no entanto, com um novo instrumento, os psicofármacos, também conhecidos como "camisas de força química".

A partir daí, serão perceptíveis as contradições entre o discurso oficial - que é preventivo - e a sua prática - que é ainda de trancafiamento. Tal prática passa a ser criticada por um número cada vez maior de pessoas da área, que buscam efetivar uma política de ampliação do saber psiquiátrico para todo o corpo social. Para isso, são instituídos os ambulatórios, os hospitais-dia, as enfermarias psiquiátricas etc.

Mas, para entendermos tal processo, retornemos aos anos 30, quando ocorreram, alguns fatos importantes para a afirmação da organização psiquiátrica brasileira.

Em 1936, aconteceu a separação do curso de Clínica Psiquiátrica de Neurologia, em decorrência, justamente das fortes controvérsias entre estas duas áreas e, em 03/08/1938, através do decreto-lei 591, deu-se a criação do Instituto de Psiquiatria junto à Universidade do Brasil⁽²²⁾. Este Instituto substituiu o Instituto de Psicopatologia.

Dessa forma, a psiquiatria muda o eixo de sua formação, que ocorria basicamente nos hospícios, para as

cátedras universitárias, ficando os hospícios como locais de confinamento para as cobaias humanas. Neles foram feitos experimentos para o tratamento da "doença mental" tais como a malarioterapia, a psicocirurgia, a insulino-terapia, eletroconvulsoterapia e outras terapias biológicas. Foi também em 1938 que começaram a funcionar os primeiros ambulatórios psiquiátricos mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado²⁴.

Posteriormente, em 1941, o "Estado Psiquiátrico" criou um órgão que passou a gerir toda a política de doença mental, o Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Sua criação se deu pelo decreto-lei 3.171, de 02/04/1941, mas apenas em 1944, com o decreto-lei 7.055, de 18/11, foi aprovado o seu regulamento, que lhe impunha funções que abrangiam todo o país²⁵. Seu primeiro diretor, Adauto Botelho, defensor do modelo de gestão asilar, tratou da implantação de hospícios-colônias em várias capitais, criou - ainda de forma incipiente - alguns ambulatórios de Higiene Mental e organizou o Serviço de Assistência a Psicopatas em alguns estados da federação. Um dos hospícios-colônias construídos nesta época foi o de Santa'Ana, em Florianópolis, Santa Catarina.

Com o decreto 8.550, de 03/01/1946, foi autorizado ao SNDM a efetivação de "acordos com os estados para a construção de hospitais e para que houvesse a ampliação da assistência"²⁶, possibilitando-se, assim, um surto de novas construções de hospitais psiquiátricos em todo o país.

Em 1953, a lei 1.920, de 25/07, criou o Ministério da Saúde que passou a encampar o SNDM. Este - o S.N.D.M. - só apresentará algum tipo de mudança na sua política no final dos anos 50, sob a direção de Lopes Rodrigues, quando será enfatizada a importância da "racionalização" do atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela

implementação de várias medidas, tais como a criação de hospital-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centro de recuperação etc^{<27>}.

Foi também na década de 50 que se iniciou a utilização das drogas antipsicóticas, responsável - pelo menos em parte -, por algumas mudanças no ambiente dos hospitais psiquiátricos, diminuindo, por exemplo, a utilização das correntes de aço. Além destes importantes fatos ocorridos, na década de 50, outro que se destaca foi a recomendação da Organização Mundial de Saúde às nações membros, principalmente aos países em desenvolvimento, através de uma resolução de peritos em saúde mental, que "investissem em ações de saúde mental", argumentando com o alto custo da "doença mental" para o processo produtivo e com que os investimentos em ações na saúde mental seriam "uma proposta rentável economicamente, além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização"^{<28>}.

Neste contexto, não cabiam mais os termos "asilos", "hospícios", "alienistas", pois o código brasileiro de saúde - seguindo a orientação da O.M.S., que desde logo após a segunda guerra passou a definir saúde como bem estar físico, mental e social, ao mesmo tempo que substituiu o termo "doença mental" por "saúde mental" - condenou fortemente tais denominações, passando-os essencialmente à categoria médica.

Segundo Cerqueira, foi a partir daí que a assistência curativa se integrou à concepção primária, secundária e terciária de assistência à saúde. Estas concepções interligadas resultam na psiquiatria comunitária, a qual nada mais é do que a "prática da assistência psiquiátrica em termos de saúde pública"^{<29>}. Tais concepções interrelacionadas levariam a uma política de mais leitos

psiquiátricos, de equipes multiprofissionais e de uma concepção não só biológica mas também psicológica e social da gênese e tratamento das "doenças mentais" <90>.

Deu-se, assim, no início dos anos 60 - em âmbito internacional - um remanejamento da assistência médica, estabelecendo o direito à saúde que, vinculada diretamente ao poder do Estado, propiciou mudanças na teoria e na prática psiquiátrica. Neste período, as mudanças ocorrem principalmente na Europa e nos Estados Unidos, que exigiam a "dinamização da estrutura hospitalar e novas modalidades e condições de tratamento com vistas a uma maior eficácia na recuperação dos doentes" <91>

Criam-se, em consequência, as comunidades terapêuticas, pois mais uma vez se constatava a impotência da instituição psiquiátrica na cura das "doenças mentais".

Resultado de um amplo movimento de crítica ao hospício psiquiátrico, surge o projeto - de cunho reformista - da medicina social, baseando-se nos elementos teóricos-conceituais da medicina preventiva, ligados aos conceitos e técnicas da psicanálise e do behaviorismo. Tal projeto percorre, ao nível das práticas, um duplo movimento. Primeiramente procura

"redimensionar o espaço asilar, apontando para a falência do seu modelo repressivo, autocrático e concentrador de poder, sugerindo um modelo de 'gestão comunitária' destas instituições";

o outro movimento

"se fez no sentido da ampliação do campo e do objeto de intervenção da psiquiatria, localizando-o no tecido social, e forjando um modelo de 'gestão social da loucura' articulando-se com um outro movimento, de caráter mais globalizante, conhecido como medicina comunitária" <92>.

Assim, mais uma vez, a psiquiatria amplia o seu campo de ação e penetra no corpo social com um discurso que incorpora o saber da medicina preventiva. Além disso, surge em nível internacional, o movimento da antipsiquiatria e também o movimento da psiquiatria democrática liderado por Franco Basaglia na Itália. Este, quando diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, introduziu elementos inéditos nas suas relações internas, sendo ele o empreendedor da mais radical subversão já ocorrida dentro de uma instituição psiquiátrica. No entanto, não foram estes os movimentos que mais influenciaram a psiquiatria brasileira de então, mas, sim, aqueles da psiquiatria preventiva ou comunitária.

Foi, pois, em clima de "euforia psiquiátrica", por ter a psiquiatria encontrado novas propostas de atuação, que em 1960 consagrou-se o "Ano Internacional da Saúde Mental", em que se fez uma ampla divulgação da psiquiatria preventiva e do movimento das comunidades terapêuticas⁽⁹⁹⁾.

Estas novas propostas chegam ao Brasil praticamente juntas e foram assumidas por alguns psiquiatras e negadas por outros. Mas, em nível de política oficial, esta proposta foi encampada - pelo menos no discurso - pelo S.N.D.M. quando, em 18/02/61, tomou posse no cargo de Diretor desta instituição o psiquiatra Edmundo Maia.

Em seu discurso, no Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, realizado em Caracas em 1961, dizia ele:

"O objetivo final da psiquiatria preventiva é o indivíduo em suas relações com seus semelhantes, integrado no seio psicológico e ^cósmico^. Num programa de psiquiatria preventiva nos deparamos com quatro importantes aspectos a serem cuidados isoladamente e interrelacionados. 1) Ensino da Psiquiatria; 2) Organização hospitalar psiquiátrica; 3) Legislação que nem sempre acompanha o ciclo evolutivo da ciência; 4) Preparação de pessoal adequado às devidas formas e tarefas oriundas de um conceito dinâmico da

psiquiatria moderna (...). Nossa atividade como diretor do S.N.D.M., se cinge de maneira direta e precípua à organização hospitalar psiquiátrica embora em conexão com atividades previstas nos demais itens. Quando dentro do espírito de um programa psiquiátrico preventivo falamos em organização hospitalar, queremos, por extensão, aqui incluir os ambulatórios e unidades psiquiátricas que funcionam em outros serviços como clínicas e hospitais não psiquiátricos (...)" <34>.

Procurando rastrear em ordem cronológica alguns dos mais importantes fatos que marcaram o processo histórico da atuação psiquiátrica sobre o louco e posteriormente sobre o "doente mental" no Brasil, chegamos aos anos 60, década onde se inicia o período que mais interessa a este estudo. Porém, antes de darmos continuidade a esse "resgate histórico", apresentaremos algumas considerações preliminares acerca do que foi até aqui exposto.

Vimos que, de acordo com as fontes consultadas, a loucura era, de início, percebida em um número de pessoas relativamente pequeno - embora existissem algumas reclamações de superlotação nos asilos/hospícios - e independente da classe social a que pertenciam. O que mudava - e muda ainda hoje - é a forma de trancafiar e excluir do meio aquele que manifestara comportamentos ditos loucos.

Aos ricos loucos, primeiramente tracaafiava-se-os num quarto da casa ou construía-se algo em torno dela para este fim; num segundo momento, mandava-se-os para as Clínicas de Repouso, Sanatórios ou Santa Casas, sendo, finalmente deslocados para os divãs.

Já aos pobres loucos, restaram os asilos, os hospícios, os manicômios e hospitais. Assim, pode-se concordar em parte com a afirmação do psiquiatra/psicanalista Jurandir Freire Costa quando diz que

"essa situação absolutamente abastardada e sórdida" (referindo-se ao "doente mental") "é a do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três pés: Pobre, Psicótico e Preto" <35>.

No entanto, a loucura ou "doença mental" não se efetivou e não se efetiva apenas no pobre. Também o rico pode ser louco. Não é só o preto que tem chances de se tornar um louco; pelo contrário, na maior parte das regiões do país - nos vários períodos históricos - a maioria dos considerados loucos são brancos. Desta forma, o psicótico, ou qualquer outra denominação que se queira dar ao considerado "doente mental", não se encontra nesta ou naquela raça ou etnia em especial - o que derruba a teoria da eugenia - assim como em nenhuma classe específica, o que nos deixa sem possibilidades de afirmar que a infelicidade de ser portador do Pé de Pobre leva necessariamente à "doença mental".

A psiquiatria resgatou sua demanda em todos os setores, raças e credos do conjunto social. À sua atuação foi que mudou no decorrer do tempo; as mudanças ocorridas, no entanto, não devem ser entendidas como "revolucionárias". Elas sempre foram adaptativas, objetivando a superação de uma prática "policial" por uma prática médico/curativa. Diga-se, de passagem, que até se tornou médica, mas dificilmente curativa.

Uma outra consideração a ser feita diz respeito ao processo de produção do conhecimento psiquiátrico. Se colocarmos a universidade e o hospital juntos, numa mesma racionalidade, a científica, e usarmos o hospital como o representante da atuação médico-psiquiátrica, teremos um painel do percurso feito pelo processo de conhecimento e da atuação psiquiátrica. Ele se inicia no hospício, passa para

o hospital e, posteriormente, toda a sociedade passa a estar ao alcance da psiquiatria.

No hospício o tratamento caracterizava-se pelas correntes e também pelo trabalho e legitimava-se pelo discurso da segurança pública. No hospital, os fatores caracterizadores são as correntes, os remédios e os eletrochoques. Sua legitimação, por sua vez, se dá pelo discurso que promete a cura. Já na comunidade, a atuação psiquiátrica caracteriza-se pelas correntes, remédios, eletrochoques, psicoanálises e algumas terapias, legitimados pelo discurso da segurança pública, da cura e pelo discurso da prevenção.

Embora tenha havido mudanças no discurso e na prática psiquiátrica, é importante ressaltar que a continuidade da reclusão e dos maus tratos é uma forte característica da assistência aos "doentes mentais" ainda nos tempos atuais. Não houve em nenhum momento da atuação psiquiátrica pública um outro tipo de prática que excluísse essa característica.

Uma outra consideração conclusiva é a de que o caminho percorrido pela assistência psiquiátrica se concretizou sempre através da participação do Estado - basicamente - em dois sentidos, quais sejam: um, pelas leis e decretos que serviram para normatizar, regular e fiscalizar a atuação psiquiátrica; o outro, pela gerência dos custos não só do "tratamento", como, também, dos profissionais psiquiátricos.

Assim, o psiquiatra - enquanto categoria social - pode muito mais ser identificado com o funcionário público do que com os profissionais liberais. Isto é válido até meados da década de 60, como veremos posteriormente, momento a partir do qual se desenvolverá a indústria da loucura privada.

Como podemos ver até aqui, Estado e psiquiatria estão um para o outro assim como o Estado está para o capitalismo, onde um não sobrevive sem o outro. Sua relação é de dependência e de reciprocidade.

Ao Estado coube ajudar a psiquiatria a se desenvolver e a estender-se a toda a sociedade. À psiquiatria coube ajudar o Estado no seu sistema repressivo e segregador para o bom desempenho da ordem e do progresso capitalistas.

N O T A S

- <1> REZENDE, Heitor. "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica". In: COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério Almeida (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes em co-edição com ABRASCO, 1987. p. 33.
- <2> MEDEIROS, Tácito Augusto. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977. 150p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.
- <3> FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 3.ed. Trad. e Org. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. Neste trabalho, é possível se conhecer como a medicina europeia contribuiu para o esquadramento da sociedade.
- <4> REZENDE, Heitor. Op. cit. p. 43.
- <5> DE MACEDO, Maurício Roberto Capelo. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 1981. Não paginado. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1981.
- <6> SAIDE, Osvaldo Luiz. Psiquiatria e Organização do Estado Brasileiro. Rio de Janeiro: UERJ, 1980. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1980.
- <7> Juliano Moreira era o então Diretor da Assistência a Alienados, criado pelo Decreto nº 506-A de 15/12/1890 e

Diretor do Hospício Nacional; Oswaldo Cruz, era Diretor dos Serviços de Saúde Pública.

- <10> REZENDE, H. Op. cit. p. 46.
- <11> MEDEIROS, T.A., Op. cit. p. 114.
- <12> REZENDE, H., Op. cit. p. 52.
- <13> SAIDE, O.L., Op. cit. p. 73.
- <14> Ibidem, p. 200.
- <15> RODRIGUES, Lopes, citado por REZENDE, H. Op. cit. p. 53.
- <16> CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989. p. 30.
- <17> DA ROCHA, F. Franco. "Do Delírio em Geral". In: Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 1. nº 1, 1967, pp. 132-135.
- <18> GALVÃO, Luiz de Almeida Prado. "Notas para a História da Psicanálise". In: Revista Brasileira de Psicanálise, Vol. 1, nº 1, 1967. p. 52.
- <19> SAGAWA, Roberto Yutaka. "A Psicanálise Pioneira e os Pioneiros da Psicanálise em São Paulo". In: FIGUEIRA, Sérvulo A. (Org.). Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 23.
- <20> CARRILHO, Heitor. Citado por Peter Fry, "Direito Positivo versus Direito Clássico. A Psicologização do Crime no Brasil no Pensamento de Heitor Carrilho". In: FIGUEIRA, Sérvulo A. (Org.). Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 23.
- <21> DE MACEDO, Maurício R.C., Op. cit. p. 53.

- <20> Ibidem, p. 55.
- <21> Ibidem, p. 102.
- <22> BRASIL. Decreto nº 24.559 - 3 julho de 1934. Dispõe sobre profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934.
- <23> MEDEIROS, T.A., Op. cit. p. 87.
- <24> SAIDE, D.L., Op. cit. p. 199.
- <25> DE MACEDO, Op. cit. p. 64.
- <26> MEDEIROS, T.A., Op. cit. p. 23.
- <27> DE MACEDO, Mauricio R.C., Op. cit. p. 67.
- <28> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série Informes Técnicos. Genebra, 1950, citado por REZENDE, H. Op. cit. p. 59.
- <29> CERQUEIRA, L., Op. cit. p. 14.
- <30> Ibidem.
- <31> DA SILVA FILHO, João Feirreira. "A Medicina, A Psiquiatria e a Doença Mental". In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (Org.). Op. cit. p. 95.
- <32> DE MACEDO, M.R.C., Op. cit. p. 66.
- <33> Ibidem. p. 67.
- <34> MAIA, Edmundo. "Visão Panorâmica da Assistência Psiquiátrica no Brasil". In: Revista Brasileira de Saúde Mental, Vol. VI, número único, 12/1961. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 1961. p. 7.

- <95> COSTA, Jurandir Freire et al. "Os Interstícios da Lei".
In: Saúde Mental e Cidadania. 2.ed. São Paulo: Edições
Mandacaru, 1990. p. 48.

3. NOVOS MODELOS E TENDÊNCIAS DA PSIQUIATRIA: PRÁTICA ASILAR OU DESOSPITALIZAÇÃO - (1960 - 1987).

Neste capítulo serão apresentadas as mudanças que ocorrem na psiquiatria brasileira principalmente a partir da década de 60 quando se inicia um processo que visa a novas práticas psiquiátricas baseadas principalmente na psiquiatria norte-americana.

A partir de então, veremos a busca da racionalização do setor da saúde mental, bem como o vertiginoso aumento da demanda psiquiátrica, não só por causa do aumento populacional mas também pelo novo referencial teórico adotado, que pensa e vê em todos a possibilidade de serem portadores de "doença mental".

Pretendemos mostrar também as contradições entre discurso e prática do Estado e da psiquiatria, assim como a crise de hegemonia dos que defendem a manutenção do modelo de gestão asilar da loucura, questionada por uma nova postura que visa à desospitalização da loucura.

Desde o final dos anos 40, a industrialização do país era de modo geral um fato irreversível. Data dessa época - através do nacionalismo varguista - o início da nacionalização formal da economia, com a criação de empresas estatais, autarquias mistas e o estabelecimento do controle nacional sobre certas áreas de produção estratégicas, como mineração, aço e petróleo. O Estado tornou-se um importante produtor de bens e serviços de infra-estrutura e abriu

caminho para o desenvolvimento industrial privado. A expansão capitalista e urbana aumentava a importância das classes sociais mais novas: a burguesia industrial e financeira, o proletariado urbano e as camadas médias, ligadas à burocracia estatal, às empresas privadas e ao setor de serviços. Tendo o Estado Brasileiro como meta principal a industrialização, já no início da década de 50 a indústria representava cerca de 22% da produção nacional.^{<1>}

Os interesses multinacionais que estavam reingressando na economia brasileira - após sua retração durante a segunda guerra mundial - e os interesses locais que tinham a ascendência política de Vargas se juntam para formar - como expressaria Getúlio Vargas em sua carta antes do suicídio - uma "conspiração antinacional de forças reacionárias apoiadas por interesses imperialistas"^{<2>} e militares.

Dessa junção de forças, resultou o suicídio de Vargas em 1954. Com Café Filho na Presidência, iniciava-se um novo período em termos de política econômica. Sua diretriz favorecia amplamente as corporações multinacionais, estimulando sua penetração em solo brasileiro.

Com a posse de Juscelino Kubitschek, ocorreu a implementação - com o seu plano de metas - de uma política de "desenvolvimento associado" e implantou-se um pacote tecnológico voltado para a indústria automobilística e construção naval, produtos químicos e farmacêuticos, maquinaria e produtos elétricos, papel e celulose. Tal política impulsionava as mudanças na estrutura sócio-econômica do Brasil, levando por exemplo, a uma maior sofisticação do mercado interno, ao crescimento das empresas, à expansão das indústrias de base, à urbanização e à concentração metropolitana. Finalmente, à intensificação

das disparidades setoriais e das desigualdades sociais e regionais^{<3>}.

Os primeiros efeitos desta estratégia desenvolvimentista de J.K. logo apareceriam: foram criados novos mercados para diversas indústrias, houve barateamento do fornecimento de matérias-primas e insumos industriais, os investimentos estatais dinamizaram a economia, que, dessa forma, entrou em novo e vigoroso ciclo de crescimento. Eram os "cinquenta anos em cinco" prometidos por J.K.^{<4>}

A capital brasileira deu as costas para o mar e foi para o planalto central. Dando mostras de esbanjamento de dinheiro, constrói-se Brasília. No entanto, o desenvolvimento rápido, sustentado por grandes investimentos estrangeiros, emissões inflacionárias e empréstimos externos agravou vários problemas da economia nacional, provocando no início dos anos 60 uma das suas mais sérias crises, a culminar no golpe de 64, que encerra à política de massas iniciada por Vargas.

Enquanto a situação econômica e social do país passava por momentos de altas e baixas, a população paciente da psiquiatria estava cada vez mais em "alta". Em 1950, a população internada em todo o país era de 24.234; em 1955, passou a 34.550 e, em 1960, chegava aos 49.173 pacientes^{<5>}.

Dentre os vários fatores que serviram para provocar este aumento, três podem ser destacados: o crescimento populacional, a má distribuição da renda e - talvez o mais importante - os novos princípios que embasavam o conhecimento psiquiátrico, qual sejam, o da psiquiatria comunitária ou preventiva, que vê em tudo e a todos como "grupo de risco", possivelmente "doente".

A psiquiatria preventiva ampliou suas fronteiras para todo o corpo social e conseqüentemente aumentou sua demanda. Deslocando o seu olhar para o corpo social,

"ampliou indefinidamente o seu poder de intervenção e a sua capacidade de abrangência em relação a todos os saberes e a todas as práticas que se constituíram sobre doença mental" <6>.

O seu corpo de conhecimento constitui-se de um

"apanhado genérico de noções de saúde pública, de teorias psicológicas desenvolvidas por psicanalistas americanos e de estudos de higiene mental realizados por especialistas do exército norte-americano. Da saúde pública vêm as noções de 'história natural das doenças' e prevenção primária, secundária e terciária. Da psicologia americana a noção de 'crises vitais' (evolutivas e acidentais), e do exército americano a noção de que os indivíduos devem se adaptar 'ativa e realisticamente' às dificuldades e circunstâncias situacionais com relação às quais a 'doença mental' representa uma tentativa de fuga e escape" <7>.

Adaptação ou desadaptação social são agora os limites que circunscrevem o estado de "saúde/doença mental" do indivíduo. Este, por ter sofrido um processo de desadaptação social, produto do acúmulo sucessivo de "crises" que abalaram o seu "sistema de segurança individual", tornou-se o "doente mental" dos anos 60.

Nesta abordagem, o tratamento dado não se restringe ao paciente internado, mas envolve também toda a sua família, que precisa tomar consciência da sua doença. Ela precisa de cuidados técnicos especializados, não somente para adquirir condições de receber o "doente mental" após sua "recuperação", mas também para prevenir a eclosão de um novo episódio, que pode ocorrer tanto com o paciente como com outro membro da família <8>.

Como já afirmamos, a proposta da psiquiatria comunitária, bem como as idéias do movimento das Comunidades Terapêuticas, começaram a ser divulgadas, no Brasil, a partir do início dos anos 60, principalmente pelas atividades desenvolvidas por ocasião da comemoração do "Ano Mundial da Saúde Mental".

A psiquiatria comunitária se insere num projeto de "reformulação" da prática médica e implica uma estratégia de planejamento global das ações de saúde. Para os que a defendem, a saúde deve se constituir num bem universal a ser garantido a todos os cidadãos. Seu conjunto técnico está voltado para, progressivamente, efetivar o bem-estar social.

Já o movimento das comunidades terapêuticas se insere num projeto de "reformulação" do modelo de saber e prática da psiquiatria existente. Em sua concepção, a "doença" também deixa de ser o foco privilegiado da atenção dos psiquiatras que nomeiam a saúde mental como o seu novo objeto⁽⁹⁾. Seus defensores criticam o modelo de gestão asilar da loucura e propõem a sua gestão comunitária no interior da instituição psiquiátrica. Sua concepção fundamenta-se numa visão sistêmica advinda da teoria funcionalista e recebe grande contribuição da psicanálise, que expande a sua atuação para além do divã: ela - a psicanálise - se desloca para o interior dos hospícios para desenvolver a tarefa de

"reinterpretar, com a devida precisão, o tempo e o espaço dos indivíduos, com uma perspectiva dinâmica que permite o controle sistemático de todas as atividades, de todos os gestos, que devem ser organizados como ações positivas de produção de saúde mental"⁽¹⁰⁾.

Um acontecimento que serviu para auxiliar na incorporação do discurso preventivista e comunitário, junto aos psiquiatras e instituições do Brasil, foi o lançamento

do Programa Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América.

Tal lançamento ocorreu em 1963, pronunciado pelo então Presidente John Kennedy, em discurso ao Congresso Nacional. Este apresentava como propostas "alternativas" para o tratamento psiquiátrico a adoção dos princípios preventivistas e da ação comunitária mediante a implantação de Centros Comunitários de Saúde Mental.

Prometiam os psiquiatras norte-americanos a redução da enfermidade mental, e, em consequência, "a diminuição da espantosa perda emocional e financeira dos que dela padecem, ou dos recursos econômicos dos Estados e da Nação"⁽¹¹⁾.

Paulatinamente, o discurso preventivista foi sendo assumido pelas instituições públicas, vindo a tornar-se o discurso oficial por excelência. No entanto, a prática efetiva deste discurso tomou um sentido oposto: redundou na construção de mais hospitais psiquiátricos e na sua manutenção orçamentária pela Previdência Social. Esta, através da lei orgânica de 1960, em seu artigo 119, garantiu aos seus beneficiários a "assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica, odontológica e ambulatórios, hospital sanatórios ..."⁽¹²⁾.

A experiência de garantir aos "doentes mentais" beneficiários da Previdência Social a assistência em hospitais psiquiátricos iniciou-se, basicamente, em 1953, quando o IAPC e o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes e Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários, respectivamente) puderam obter internações não só em hospitais psiquiátricos públicos como também em particulares⁽¹³⁾. Esta política - como veremos - irá sofrer grande incremento a partir de 1967, com a unificação de vários institutos de aposentadoria no INPS.

Assim, o que se pode perceber nesta separação entre discurso preventivista e a prática asilar cronificante é a permanência do abandono e dos maus tratos impostos ao paciente psiquiátrico, o aumento da população internada, bem como o aumento de instituições psiquiátricas públicas e privadas. Mais privadas do que públicas.

No discurso preventivista, a criação de ambulatórios extra-hospitalares é fundamental para que se possa dar atendimento ao "doente mental" antes da sua internação, embora o discurso preventivista tenha sido adotado pelo Estado, o número de ambulatórios em todo o país não passava dos 17 em 1961, enquanto que o número de hospitais psiquiátricos chegava aos 135⁽¹⁴⁾.

Talvez, a única prática que se pode dizer preventiva em nível oficial ocorre com o decreto 967, de 07/05/62. Este baixou normas técnicas e especiais para o ingresso e fixação de estrangeiros no país. No seu artigo terceiro, encontra-se a proibição da entrada e a fixação de estrangeiros "portadores de doenças, afecções ou deficiências enumeradas no seu artigo 4". Neste, encontra-se no seu inciso II que

"constitui motivo de impedimento de desembarque no país, ser o alienígena portador de (...) doença mental de qualquer natureza e grau (...)", bem como o "alcoólatra inveterado ou toxicomania"⁽¹⁵⁾.

Outras práticas preventivas efetivadas ficaram restritas a um ou outro estado da federação, onde houve a criação de uns poucos ambulatórios, algumas reformas de enfermarias transformadas em hospital-dia, ou ainda a criação de enfermarias psiquiátricas em alguns hospitais gerais.

Com relação ao discurso preventivista é de se ressaltar as críticas feitas por A. Lancetti e João Ferreira da Silva Filho.

Diz Lancetti:

"a proposta na qual se insere o técnico (psiquiátrico) é perversa, porque as ações preventivas primárias (...) consistem em melhoras alimentares, habitacionais etc, ou seja, pertencem à esfera político-econômica. Dito de maneira clara, porque consiste em resolver psiquiátrica e psicológicamente problemas econômicos-sociais" <14>.

Para João F. da S. Filho,

"as atividades preventivas da psiquiatria constituem uma faceta do sistema total de segurança comunitária visando o controle de respostas socialmente desviadas" <17>.

Além disso, há que se observar que o vocábulo prevenir, provém, etimologicamente, do latim, praevenire - significando - "vir antes", "tomar a dianteira" para no caso, se evitar a doença. Assim, intervém-se antes da doença. Mas como? Desenvolvendo procedimentos para a

"busca de 'suspeitos', por meio dos quais se examinam sistematicamente "populações inteiras para identificar os casos ainda antes do aparecimento dos sintomas mínimos que levariam o sujeito à consulta" <18>.

Estabelecida a suspeita cabe efetivar a "caça" aos suspeitos, valendo-se de instrumentos técnicos, neutros e eficazes, estando o psiquiatra com o mandato de busca e apreensão <19>.

Desta forma, com a suspeita generalizada, o que ocorre é o aumento da população psiquiátrica, bem como dos hospitais psiquiátricos.

Quando, em 1964, os militares - representantes dos interesses multinacionais e associados - tomaram o poder do Estado, instalou-se um regime onde a participação popular

foi totalmente negada e os partidos políticos deixaram de representar os diferentes interesses da sociedade, passando à condição de "fantoques" do regime, vindo, resgatar sua importância apenas bem mais tarde.

Durante a vigência do regime, aqui denominado como "autoritário militar" - onde o "aparelho militar ocupa mais ou menos diretamente o aparelho executivo" <20> - ocorreu o crescimento econômico conhecido como "milagre brasileiro" que, segundo Alencar, teve como pilares de sustentação a "reconcentração da renda, a expansão do sistema de crédito, a abertura externa da economia e as empresas estatais" <21>.

Neste período, militares, tecnocratas, firmas internacionais, a burguesia associada - que inclui banqueiros, industriais e exportadores - e, ainda, uma nova classe média ascendente viveram momentos de euforia não compartilhados pela classe trabalhadora.

O papel desempenhado pelo Estado foi o de desenvolver os setores básicos, investindo junto à indústria de bens de capital e também no sistema repressivo para poder assegurar a nova ordem estabelecida. Visando acelerar a acumulação do capital e efetuar uma "modernização conservadora", o Estado militar divulgou amplamente o lema "segurança e desenvolvimento", arrogando-se o direito de dismantelar antigas organizações sindicais, extinguir a estabilidade no emprego, promover arrocho salarial, criar uma legislação de exceção e se valer de recursos arbitrários, tais como matar, encarcerar e trancafiar em hospitais psiquiátricos, para reprimir as pessoas ligadas ao movimento de resistência ao golpe militar, como mostra a reportagem de Adriana Vera e Silva, intitulada "Loucura Armada". Nesta reportagem, é apresentado o caso de Ivam A. Seixas, militante do Movimento Revolucionário Tiradentes (MRT), que permaneceu três anos internado como demente na Casa de Custódia de Taubaté (SP).

Mostra também o caso de "Melinho" - Antônio Carlos Melo Ferreira -, estudante de geologia da USP e militante do Var-Palmares, que passou quatro anos e três meses no Juqueri (SP) e foi diagnosticado como "esquizofrênico-paranóide". Encontram-se, ainda, os casos de Dorival de Souza Damasceno e Adolfo Castro da Costa Pinto, ambos militantes da Ação Libertadora Nacional e enquadrados na Lei de Segurança Nacional. Damasceno permaneceu no Juqueri cerca de dois meses e Adolfo, um ano e cinco meses. Por fim, a reportagem apresenta o caso de Aparecido Galdino Jacinto, enquadrado na L.S.N. por dirigir um movimento religioso contra a construção de uma hidrelétrica em Santa Fé do Sul (SP), permanecendo durante oito anos no Juqueri²².

Durante o Governo militar de Costa e Silva, assumiu o cargo de Ministro da Saúde o psiquiatra Leonel Miranda. Este, segundo Heitor Resende, era um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica, e ficou no cargo até o final da década de 60. Sua posse demonstra a intenção do Estado de incrementar uma política de privatização da saúde como um todo e da "saúde mental" em particular, pois psiquiatras, psicanalistas e o Estado, de uma forma geral, passaram a perceber o louco como uma grande fonte de lucro. Não foi ao acaso que o número de internações nos hospitais psiquiátricos, apenas por "neurose", passasse de 5.186 em 1965, para 18.932 em 1970 - desses, 3.166 em hospitais públicos e 15.766 em particulares. Quando, em 1971, assumiu o Ministério da Saúde o Dr. Mario Machado Lemos, o trabalho não ficou por menos, e já em 1975 este número passou para 70.383 e, em 1977, quando o cargo foi ocupado por Paulo de Almeida Machado, o número de internações por "neurose" em hospitais psiquiátricos subvencionados pelo INPS chegou aos 200.000²³.

Este salto no número de internações não se deu apenas sob a alegação de "neurose". O incremento ocorreu em relação

aos "doentes mentais" em geral, chegando esta população a aumentar - no período de 1950 a 1970, ou seja, em vinte anos - 213%, enquanto a população geral do país cresceu, neste mesmo período, 82%⁽²⁴⁾. De acordo com Resende, 1964 foi o

'marco divisório entre uma assistência eminentemente ao 'doente mental' indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes'⁽²⁵⁾.

Enquanto o número de hospícios particulares aumentava rapidamente, o S.N.D.M., que mantinha um discurso em prol da prevenção, e por isso deveria investir em ambulatórios, não fazia mais do que intervir em 39 dos 64 ambulatórios existentes em todo o país no ano de 1966. Nestes 39, foram atendidos - só no ano de 66 - cerca de

| | |
|--------|-----------------------------|
| 14.884 | neuróticos |
| 8.632 | epiléticos |
| 7.490 | psicóticos não determinados |
| 4.020 | oligofrênicos |
| 2.738 | alcoólatras |
| 1.422 | psicóticos |

(Fonte: Arquivos de Higiene, Vol. 23, 09/67, Tomo I)

Não houve evidentemente uma total paralisação na construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, sendo que em 1968 o número era de 57 e, em 1971 chegávamos aos 72. Assim, o período de 1965 a 1970, com uma incipiente rede ambulatorial, que serviu para a captação de pacientes para a hospitalização, "foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada", passando esta população de aproximadamente 14.000 em 1965 para 30.000 em 1970. Enquanto isso, a população da rede pública permaneceu praticamente estável⁽²⁶⁾.

Com a criação do INPS em 1966 - através do decreto lei 72 - mas efetivamente implantado em 1967, os vários institutos de aposentadoria foram aglutinados num único organismo estendendo-se em consequência, a previdência social a novos segmentos da população (trabalhadores rurais, domésticos, autônomos etc.). A partir de então o Estado ampliou os subsídios para o desenvolvimento da ação tuteladora psiquiátrica privada que ampliou o convênio com o INPS, fazendo com que os serviços públicos se tornassem, paulatinamente, menos significativos, proporcionando à rede privada o aumento da sua população paciente⁽²⁷⁾. A partir de então, os hospitais psiquiátricos particulares passam a "disputar" a sua clientela oferecendo melhores instalações e tradição nos cuidados aos "doentes mentais". Ao Estado coube a função de capitalizar os recursos necessários para estas empresas da loucura.

Sendo o INPS ligado ao Ministério do Trabalho, os serviços da assistência psiquiátrica do Ministério da Saúde passaram a ter um caráter exclusivamente normatizador do sistema psiquiátrico brasileiro.

Dizia Achilles Scorzelli Junior, administrador de Saúde Pública em 1967, que

"a execução de uma política de saúde mental deve ser promovida e coordenada por um Serviço oficial (...). Essencialmente deve ser um órgão normativo (...) muito embora disponha de um núcleo executivo, para estudos e treinamentos de pessoal (...). Cabe ao Serviço Nacional de Saúde Mental planejar, estimular, orientar, coordenar e avaliar atividades de prevenção, recuperação e reabilitação, organizando e promovendo sua estruturação e distribuição adequadas. (...) Pode e deve com efeito, utilizar a capacidade da iniciativa privada, mediante contratação ou ajuda financeira e técnica, para se desobrigar dos encargos executivos e dedicar-se mais nitidamente as suas precípuas finalidades normativas e de coordenação"⁽²⁸⁾.

Nesta época, meados dos anos 60, muito se falava em "racionalização" e "planejamento" das atividades públicas. Para tanto, fazia-se necessária a obtenção de dados estatísticos, já que no entendimento de alguns, sem estatística não se administra nem se planeja.

Luiz Cerqueira, por exemplo, defendia que "enquanto não tivermos uma montanha de documentos, as pesquisas se limitarão a meras tentativas, ou demandarão penoso esforço", e propunha ao S.N.D.M. "o fortalecimento do setor de estatística para ampliar as pesquisas e renovar os métodos de colheita de material" <29>.

A idéia de planejamento da saúde tem seus antecedentes no movimento da medicina preventiva, proveniente dos E.U.A.. Seu discurso objetivava

"inculcar valores de ordem preventiva, epidemiológica e social no corpo médico (...) sem se propor a mudança da prática liberal da assistência médica americana" <30>.

Na América Latina, o início da planificação se deu basicamente na Reunião de Punta Del Este (1961), quando os governos latino-americanos se comprometeram a programar o desenvolvimento social e econômico, além de elaborar planos de saúde e criar unidades de planificação para o planejamento da saúde.

Baseando-se nesta lógica racionalizadora, Achilles Scorzelle Júnior, afirmava - já em 1967 - que o problema da saúde mental não poderia ser resolvido sem planejamento, pois

"se visarmos a meta de dispor de 1 leito para doença mental por 1.000 habitantes, chegaremos a conclusão de que o Brasil deve dispor de cerca de 82.000 dêles, número bastante superior aos aproximadamente 62.000, que atualmente possui (...). Faz-se assim, indicado elaborar um plano,

de âmbito nacional, (...) organizado, orientado e coordenado pelo Serviço Oficial (...) visando a descentralização da execução assistencial para as instituições privadas, mediante subvenção ou contratação, estabelecendo-lhes, obviamente, normas e exercendo sobre elas a necessária fiscalização dos serviços prestados" <31>.

Desta forma, visando cumprir com as obrigações que lhe cabiam, o Ministério da Saúde instituiu em 1966 - através da lei 5.026 de 14/06 - as Campanhas de Saúde Pública. Coube a Jurandir Manfrini, na direção do S.N.D.M., implementar a Campanha Nacional de Saúde Mental.

Tal campanha foi de fundamental importância para o desenvolvimento da psiquiatria e para a sua expansão junto ao corpo social, tão desejada pelo discurso preventivista. O objetivo desta campanha foi o de

"intensificar e coordenar, em todo território nacional, ou em regiões definidas, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive de tratamento e recuperação, relativamente às doenças mentais em geral em todos os seus aspectos, graus e variedades" <32>.

A campanha aglutinou em torno de si o discurso da psiquiatria preventiva e o das campanhas de higiene mental, visando ao

"combate vigoroso aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo, para fazer diminuir a incidência das doenças mentais (...), não só pelo S.N.D.M., mas também com outras entidades públicas e particulares nacionais, internacionais e estrangeiras direta ou indiretamente relacionadas com seu objetivo" <33>.

O decreto 60.252, de 21/02/67, que instituiu tal campanha fornece as provas necessárias para se poder afirmar

que houve um novo acordo entre a psiquiatria e o Estado, onde este, sob a forma de auxílios, procurou

"instalar, manter, dar cooperação e apoio a centros ou escolas de preparo e treinamento de pessoal técnico burocrático, auxiliar e servicial, a fim de elevar o padrão de trabalho assistencial nos órgãos e hospitais, não só do serviço de doenças mentais, como da psiquiatria brasileira em geral" <94>.

Planejar, prevenir e intensificar eram os verbos que se destacavam no discurso psiquiátrico oficial após o golpe militar de 64. Além disso, o discurso da planificação incorporou uma diretriz política de cunho racionalizador explicado - como quer Francisco Javier Uribe Rivera -

"pela necessidade de restringir os gastos públicos na área social em decorrência da crise fiscal provocada pelo fracasso do modelo de desenvolvimento transnacional proposto pela Aliança Para o Progresso" <95>.

Desta forma, embora o discurso oficial apontasse para a necessidade de resolver o problema do alto número das internações, e para a necessidade de diminuir os gastos do Estado, o que ocorreu em realidade foi a cronificação dos problemas, o que levou a um número maior de internações, alto tempo médio destas internações e a muito pouca eficiência no que diz respeito ao "tratamento" em si: as internações, como foi mostrado, tenderam ao aumento; o tempo médio das internações em 1965 - segundo Cerqueira - chegava nos hospitais oficiais a 302 dias e nos particulares a 110 dias, elevando substancialmente os gastos com tais pacientes <96>; e o tratamento se mostra ineficaz tendo em vista as readmissões que não diminuíram.

Vivendo sob esta realidade, o INPS da Guanabara, considerando a gravidade do problema da assistência

psiquiátrica aos beneficiários, criou em 1968 uma comissão permanente para assuntos de psiquiatria. Em seu relatório, destacou o desconforto, a precariedade de trabalho e a ausência de multiprofissionais nos ambulatórios, tão exigidos pelo discurso preventivista. Propunham como solução os princípios básicos de integração, regionalização, descentralização e aprimoramento de pessoal. Em 1971, praticamente os mesmos elementos desta comissão constituíram o "grupo de trabalho" designado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em nível nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Mostram eles que entre 1965 e 1968 o custo de vida aumentou 125%, a arrecadação do INPS aumentou 237%, suas despesas médicas aumentaram 372% e as despesas hospitalares psiquiátricas 737%; já as reinternações aumentaram numa proporção de 254%. Concluíram, então, que se fazia necessária a correção das distorções da assistência psiquiátrica brasileira, detendo o INPS o privilégio de poder desencadeá-la por ser o maior comprador de serviços⁹⁷. Tal estudo resultou, em 1973, na aprovação do Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, através da ordem de serviço SAN 3.043, de 19/07/73. Neste, mais uma vez colocava-se o discurso do princípio preventivista e da assistência comunitária, priorizando o desenvolvimento de recursos técnicos extra-hospitalares, os objetivos da prevenção primária, secundária e terciária, bem como a formação de equipes multiprofissionais⁹⁸.

Feitas estas considerações, o que se pode constatar é que, apesar do discurso de prevenção da "doença mental", e de racionalização e planejamento da área, durante a década de 60 - principalmente depois de 64 - ocorreu a privatização da saúde em geral e da saúde mental em particular, sendo que ao Estado coube subsidiar o desenvolvimento deste setor de prestação de assistência médica. Assim,

"a associação dessa política privatizante com a inexistência da cidadania do 'doente mental' e a conseqüente ação tuteladora do Estado (...) permitiram o florescimento de um vasto sistema de hospitais psiquiátricos particulares que, somando-se às instituições públicas existentes, consolidou um modelo assistencial asilar completamente falido, excludente, discriminatório, perverso e corrupto" <39>.

Mas quem era a clientela desta psiquiatria? Para Pedro Gabriel Godinho Delgado, psiquiatra da Colônia Juliano Moreira - RJ, a partir de 67 a clientela era formada por um "segmento populacional alijado do processo produtivo, e que por isso, não era contribuinte da previdência", sendo

"condenado ao atendimento nos asilos públicos, carentes de recursos e submetidos a uma progressiva desativação. Nas clínicas privadas, tal clientela, ainda assim quase exclusivamente provinda das camadas populares, era constituída de trabalhadores rurais 'desadaptados' à vida das cidades, empregados e desempregados do setor da construção civil, desempregados e sub-empregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito 'tradicional'. Aos trabalhadores de setores 'modernos' da indústria abria-se em parte a possibilidade de encaminhamento às clínicas aparentemente melhor aparelhadas, eis que remuneradas por via de convênios melhor pagos que os da previdência" <40>.

Por fim, os mais abastados iam para as clínicas de repouso, em locais com bela paisagem natural e com um atendimento sofisticado, não em termos técnicos, mas sim em conforto e luxuosidade.

Este conjunto de pessoas que formava a demanda psiquiátrica estava, no final dos anos 60, próxima a 75.000 pacientes, o que, em relação à população total (quase 90 milhões de brasileiros), não chegava a 0,1%. No entanto, visto de um outro ângulo, pode-se dizer que quase 0,1% da

população brasileira era, nesta época, discriminadamente trancafiada, em nome da ordem pública, da segurança e do desenvolvimento. Isto tudo legitimado por um discurso médico. Muitos destes pacientes, que ficavam em torno de 2 meses "internados", tornaram-se pacientes crônicos, outros morreram dentro da própria instituição e poucos tiveram a "cura" desejada, passando a ter o corpo domesticado, deixando pois, de representar um "problema" para tornar-se mais um entre os homens "normais", "ajustados", aptos a produzirem para o desenvolvimento da nação.

"Todos juntos vamos, p'ra frente Brasil", foi o marcante lema do início dos anos 70. "De repente é aquela corrente p'ra frente, parece que todo o Brasil deu as mãos" para receber de braços abertos os conhecimentos e as mazelas do "desenvolvimento dependente", principalmente dos EUA, que trazia novas indústrias, mais endividamento externo, mais arrocho e aumento da pobreza.

As reivindicações oriundas desse processo deveriam ser caladas e, para substituí-las, criou-se um discurso oficial onde tudo ia bem, o mal estava lá fora, no exterior. Nosso único perigo, "povo brasileiro", - diziam os governantes - "são os comunistas", e para estes nada como uma eficiente campanha negativa e uma Lei de Segurança Nacional.

Começa então a existir o que José M. de Aguiar Barros chamou de "utilização político-ideológica da delinquência", juntamente com uma "campanha de dramatização da criminalidade".

"A violência e a criminalidade geradas no interior da sociedade de classes, ao invés de conspirarem contra ela, são utilizadas pelos aparelhos repressivos e consensuais (ideológicos) para consolidar as estruturas dessa mesma sociedade. O sistema capitalista estimula a agressividade,

impulsiona a violência aberta no terreno social e político. E logo se aproveita dessa violência para legitimar um aumento das capacidades repressivas que têm em suas mãos e para fomentar reações conservadoras e repressivas no cidadão a fim de criar as bases psicológicas para sustentar a pirâmide do poder"⁴¹.

Em decorrência, assiste-se no início dos anos 70, a um significativo aumento do número de prisões nos presídios em geral⁴², ao mesmo tempo em que começa a ser efetivada uma política lenta de diminuição no número de internações psiquiátricas. Tal política durou, com pouco êxito, até meados desta década de 70, quando voltou então a aumentar. Os ambulatórios - peça fundamental no processo de internação do "doente" - empenharam-se em limitar o número de internações, baixando em alguns estados de 36% - no período 65/70 - para 12% já na segunda metade da década de 70.

Passou-se a exercer maior controle sobre os tempos médios de permanência e chegou-se até a proibir internações, como foi o caso de São Paulo, com Luiz Cerqueira como Coordenador da Saúde Mental, que proibiu internações no Juqueri. Em Minas Gerais, criaram-se centrais de internações visando a disciplinar os encaminhamentos para a internação; em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul, iniciaram-se as ações de interiorização do cuidado psiquiátrico para reduzir a circulação de pacientes do interior para as colônias das capitais⁴³.

O órgão estatal responsável pela coordenação da política de Saúde Mental deixou de ser o S.N.D.M. e, em seu lugar, criou-se a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que teve o seu regimento aprovado pela portaria 282 GB, de 22/09/70. Sua finalidade foi a de

"planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas, assim

como os serviços de higiene mental; assistir supletivamente a outros órgãos públicos e entidades privadas na prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde mental; estabelecer normas e padrões para os serviços que são objeto de sua competência" <44>.

A este órgão coube a responsabilidade da Campanha Nacional de Saúde Mental.

Dentre os vários setores que compõem a estrutura organizacional da Divisão Nacional de Saúde Mental cabe citar a Unidade de Planejamento, o Serviço de Normas e Assistência Técnica e a Coordenação de Atividades Supletivas. Coube à Unidade de Planejamento a responsabilidade do setor estatístico para "identificar e estimar" as necessidades da psiquiatria brasileira, bem como elaborar um cadastro dos recursos institucionais e humanos existentes no país para a profilaxia e tratamento dos problemas psiquiátricos.

Ao Serviço de Normas e Assistência Técnica coube "estabelecer e propor normas padrões e métodos aplicáveis às atividades de proteção ao doente mental" e, finalmente, à Coordenação de Atividades Supletivas coube

"estimular a assistência hetero-familiar dos doentes mentais e, também, promover a participação da comunidade nos cuidados a estes e seus dependentes" <45>.

Os ambulatórios ou centros comunitários de saúde mental são para a psiquiatria de comunidade o ponto central para a viabilização de uma prática de proliferação da atuação psiquiátrica para toda a sociedade. Segundo Luiz Cerqueira, pretendia-se, nesta época a sua programação "para não mais de 200 mil habitantes, delimitando geograficamente

sua área de ação, de tal maneira que cubram todo o país (...). "46".

Onde não havia ambulatórios, o atendimento psiquiátrico poderia ser prestado em qualquer centro de saúde e outros serviços com psiquiatra de carreira ou improvisado, "através de cursos breves baseados em noções de psicologia médica, psiquiatria de urgência e psicotrópicos" 47.

A exigência de equipes multiprofissionais fez com que outros saberes da ciência passassem a ter "voz e voto" neste meio, até então monopólio da psiquiatria, havendo, assim, o que se pode chamar de uma democratização da psiquiatria. Passou-se a requerer a atuação do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos auxiliares técnicos e de administradores 48. Exigiu-se, também, terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais ou ambulatórios que trabalharam com equipe completa, ficando, no entanto, estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Tais profissionais, formados pelas universidades que desenvolvem, na época uma política elitista e voltada para os interesses do "bloco hegemônico" da sociedade capitalista brasileira, estavam sendo preparados para trabalharem de acordo com estes interesses, agindo diretamente sobre as classes menos favorecidas, que precisavam ser "ajustadas" tendo em vista a possibilidade de "desajuste" dos indivíduos devido ao desenvolvimento da sociedade brasileira e ao processo de urbanização. Ao mesmo tempo, produz-se um profissional voltado para os consultórios e hospitais particulares visando ao atendimento às classes dominantes.

Desta forma, iniciamos a década de 70 com aproximadamente 178 hospitais psiquiátricos particulares e

72 da rede oficial, atendendo a uma população aproximada de 80.000 pessoas. Destas, já em 1973, 50.797 foram internadas por neurose (dados tabulados pelo INPS). Este número passou em 1975 a 70.383 e, em 1976, chegou aos 85.000⁽⁴⁹⁾.

Preocupados com a contenção do alto número de internações, o que provocava grandes gastos ao poder público, muitas vezes até desnecessariamente, Ministros da Saúde da América Latina reuniram-se em Santiago do Chile para discutir os rumos da assistência médica psiquiátrica para o Continente. Constataram os Ministros que os problemas de saúde mental tendiam a aumentar devido ao aumento da expectativa de vida, ao controle cada vez maior das doenças transmissíveis, à urbanização crescente e ao processo de desenvolvimento econômico. Além destes fatores, serviam também para ocasionar desajustes a automação e a desvinculação crescente entre trabalhador e produto do seu trabalho.

As recomendações tiradas do encontro apontam no sentido de melhorar a qualidade da prevenção primária, objetivando alcançar, pelo menos, a cobertura a 60% da população. Além disso, propunham o preparo de 5.000 psiquiatras num período de dez anos para prestar serviços em comunidades de até 20.000 habitantes⁽⁵⁰⁾.

Na oportunidade, selou-se o "Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental". Este, segundo Cerqueira, teve vigência até 1974. Tal programa recomendava a "diversificação da oferta de serviços, bem como a sua regionalização. Condenava o macro-hospital e propunha 'alternativas' à hospitalização integral"⁽⁵¹⁾.

Seguindo ainda o "ethos" preventivista, o Ministério da Saúde pública em 1974 a Portaria MS-BSB 32, onde passa a considerar a "saúde mental" como um subsistema do quadro geral do sistema de saúde.

Com tal portaria, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais, buscava

"disciplinar a elaboração e execução de programas de saúde mental visando essencialmente a organizar e estruturar a nível regional e local, sob a forma de sistema, os serviços de psiquiatria e saúde mental, de modo a racionalizar a distribuição dos mesmos e oferecer uma cobertura completa à população urbana e rural, dando ênfase aos princípios orientadores da psiquiatria de comunidade (...)"⁵².

Em decorrência desta portaria, a DINSAM cria planos para a implantação do subsistema de saúde mental e cria as metas a serem atingidas entre 1974 e 1979. Resumidamente, tais metas eram: 183 unidades integradas de saúde mental; preparo de 9.883 agentes de saúde mental para as comunidades com menos de 50.000 habitantes; transferência de 30% de gastos hospitalares para atividades extra-hospitalares; custeio de 8.900 leitos psiquiátricos em hospitais gerais; seis milhões de consultas anualmente etc.⁵³.

Pelo que se pode perceber, tal portaria em nada modificou o discurso e a prática oficial. Firmava-se o discurso preventivista, mas desenvolvia-se uma prática que alimentava o crescente financiamento dos hospitais psiquiátricos particulares conveniados com o INAMPS (antigo INPS), chegando esta nova entidade a gastar já em 1978 cerca de 90 a 95% de suas verbas com 351 hospitais conveniados⁵⁴.

Com tantos a quem pagar, pouco restava ao Estado - em termos de verbas - para investir em ambulatórios, já que estes não interessavam aos psiquiatras da iniciativa privada. A não ser em alguns casos isolados, como por exemplo em São Paulo, onde foram criados pela iniciativa privada Pronto-Socorros Psiquiátricos. Estes mantinham convênios com o INPS e atendiam a uma população

diagnosticada como alcoólatra (46,9%), psicóticos (34,8%) e neuróticos (14%). Estes permaneciam, no máximo, 72 horas internados. Mas, de forma geral, a persistência do discurso preventivista com a prática asilar continuou, e os dados o confirmam: em 1975, 13,7% das consultas resultaram em internações, enquanto que para a OMS o montante das internações deveria ser de 3% do total de consultas. Neste mesmo ano, o INPS pagou à rede hospitalar contratada 251.104 internações e, em 1976, o número aumentou para 280.110 internações⁵⁵.

Foi então que em 1979 os Ministérios da Saúde e Previdência Social baixaram a Portaria Interministerial 1.369 para redefinir as bases para uma política de saúde mental, bem como promover a implantação do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela lei 6.229, de 17/07/1975. Tal Portaria tinha como objetivos buscar:

1. A redução da morbidade nos grupos de alto risco materno infantil, adolescente e geriátrico;
2. A identificação e o diagnóstico precoce das alterações mentais e emocionais, com o objetivo de prestar às mesmas, tratamento eficiente e eficaz;
3. A promoção de atividades de reabilitação, voltados para a reintegração familiar e social dos casos atendidos;
4. A racionalização dos programas dos dois Ministérios, com instrumentos para impedir a cronificação e marginalização dos beneficiários da Previdência, em decorrência de sua prolongada hospitalização e conseqüente institucionalização"⁵⁶.

No entanto, apesar de toda essa "intenção", o grau de reinternações, já no início de 1980, girava em torno de 65%⁵⁷, evidenciando a separação entre um discurso comunitário preventivista e uma prática asilar/cronificante. Assim, por um lado as ações desenvolvidas não cumprem com o seu objetivo de solucionar, ou pelo menos amenizar o

problema "doença mental", enquanto, por outro lado, a ação psiquiátrica - pública e privada - desempenha muito bem a tarefa de realizar o que se pode chamar de "psiquiatrização da sociedade". No início dos anos 80, comenta-se por sua vez, que a demanda de serviços psiquiátricos aumentara, implicando num acréscimo em torno de 10 a 18 milhões de pessoas⁽⁵⁶⁾.

As causas desse aumento eram explicadas como resultado de três fatores: a) o próprio desenvolvimento do capitalismo, que trazia em si os desajustes e frustrações individuais; b) a migração campo/cidade, decorrente do próprio capitalismo; c) a expansão urbana, a propiciar o aumento dos focos de desordem. Conseqüentemente, o número de internações aumentava, já que, embora se falasse em ampliar o número de ambulatórios, muito pouco se fez de concreto até então, dando-se prioridade à contratação de leitos privados, enquanto os ambulatórios serviam apenas como local de triagem para as longas internações nos macro-hospitais de caráter asilar.

Foi então, no bojo dessa contradição, que Marcos Pacheco de Toledo, Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (A.B.P.), propõe aos psiquiatras reunidos no VI Congresso de Psiquiatria, em Salvador, em 1980, a fazerem uma reflexão sobre a ciência que produziam.

Tal reflexão fazia-se necessária, a nosso ver, tendo em vista o aumento da demanda e o insuficiente sistema de prestação de serviços, bem como o incremento do saber da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Democrática e da abordagem fenomenológica na psiquiatria brasileira. Evidentemente, não foram estes "novos" saberes que levaram o presidente da ABP a propor uma reflexão sobre a ciência produzida pelos psiquiatras, mas sim a necessidade de suprir uma dificuldade criada pela própria psiquiatria, a de conseguir atender à

demanda cada vez maior de "portadores de doenças" que ela mesma pode ter inventado.

As abordagens da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Democrática e da Fenomenologia Husserliana tomaram um certo espaço no interior da psiquiatria, chegando a ter certa voz, mas não os meios de direção da política oficial de saúde mental. Nesta, através da DINSAM, pode-se observar que o discurso oficial parte do pressuposto de que o transtorno "mental" é uma

"patologia gerada por fatores individuais (genéticos-constitucionais), culturais e sociais que debilitam mentalmente o indivíduo ou alteram suas funções psíquicas" <39>

e, entre os fatores desencadeadores desta patologia está a baixa tolerância à frustração. Para a DINSAM - a partir dos anos 80 -

"o indivíduo, que não tem supridas suas necessidades básicas ou condição mínima de sobrevivência, tem repetidas dificuldades que debilitam sua capacidade de tolerância à frustração, tornando-o vulnerável aos transtornos mentais" <40>

sendo que estes "transtornos" são "episódicos" no ciclo natural de saúde e doença do indivíduo.

Assim, os objetivos contidos nas Diretrizes para a Área de Saúde Mental, em 1980, foram os de reduzir ao máximo as ocorrências dessas patologias, através da cobertura de serviços, hierarquizando os atendimentos, de forma a realizá-los predominantemente em nível de comunidade, compreendendo o tratamento ambulatorial, a semi-internação e a internação em hospitais gerais ou especializados por menor tempo.

Sua orientação era substituir o modelo assistencial custodial por um modelo mais abrangente, que incluísse ações de promoção e prevenção, sem perder de vista o perigo de psiquiatrização dos fatos sociais. Visava, ainda, à ampliação do enfoque quase que exclusivamente organicista, implicando na diminuição dos psicofármacos.

Buscou-se, no início dos anos 80, uma estratégia de articulação inter e intra-institucional, revisão das normas, regulamentos, legislação e a implantação progressiva de unidades ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais⁴¹. No entanto, tal revisão e tais diretrizes não surtem efeito e, em dezembro de 1982, foi divulgado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP - o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária. Neste, observa-se que o modelo asilar custodial ainda prevalecia na realidade brasileira através do atendimento hospitalar privado, remunerado pelo INAMPS e com várias distorções, tais como: internações desnecessárias; estabelecimentos que apresentam diagnósticos questionáveis, com vistas a conseguir maiores prazos de internações; frequente utilização do expediente de altas seguidas de imediata reinternação, sem que o paciente deixasse o hospital, como forma de contornar os tempos prolongados de internação⁴².

Sua proposta seguia os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, com ênfase nos serviços primários de saúde; no caráter predominantemente extra-hospitalar; na implementação de equipes multiprofissionais; no disciplinamento dos mecanismos de internação buscando evitar que os casos ou problemas sociais fossem erroneamente rotulados e tratados como "doenças mentais"⁴³.

Dessa forma, com uma série de "novas" mas antigas propostas, chegou-se a 1984 - segundo dados do INAMPS - com uma população internada próxima dos 362.924 pacientes, de um total de 4.065.635 pessoas consultadas (Ver anexo 2, Tabela 1).

Ao tomarmos o número de internados em 1984 e o número de internados em 1960, que era de aproximadamente 50.000 pacientes, percebe-se que houve um acréscimo de 312.924 internações. Analisando estes números sem desconhecer seu caráter relativo, pode-se afirmar que durante 24 anos, houve por dia cerca de 33,6 novas internações no país, o que demonstra a aceleração do processo de psiquiatrização do social.

A situação tornou-se praticamente insustentável. Parece que a psiquiatria perdera o controle da demanda criada. Fazia-se então necessário efetivar uma aproximação entre o discurso da psiquiatria comunitária (discurso oficial) e a sua prática, designando mais recursos para os ambulatorios e menos para a contratação de leitos privados. Além disso, a crise econômica e social por que passava o país exigia o corte de gastos em todas as esferas da rede pública.

Tais fatos, somados as fortes críticas ao modelo asilar custodial, feitas por segmentos da universidade, dos trabalhadores da saúde mental e de uma boa parcela dos psiquiatras, resultaram numa estabilização do número de internações em leitos privados/contratados durante 1984-1987 (Anexo 3 - Tabela 2). Já em 1985, quando a população paciente era estimada em 10% da população geral, a DINSAM chama os coordenadores de saúde mental dos estados da Federação, a direção do INAMPS, as lideranças estaduais e nacionais dos trabalhadores em saúde mental para elaborarem

e implementarem uma (nova) política nacional, agora para a "Nova República".

Seus objetivos básicos não mudaram. Continuavam sendo os de conseguir "promover a saúde mental" através dos meios da "prevenção para evitar ou diminuir as várias formas de adoecer psíquico", e também, o de "estender a assistência psiquiátrica a toda população ainda carente desse serviço (...)"^{<44>}.

Sua estratégia de ação buscava suplantar o modelo hospitalocêntrico pela valorização do atendimento ambulatorial, além de - entre outras orientações - buscar

"direcionar a aplicação de recursos técnicos e financeiros públicos para as instituições públicas, inclusive desativando progressivamente os contratos com as empresas privadas"^{<45>}.

De uma forma geral, tal orientação foi sendo lentamente efetivada, havendo no período de 1984 a 1987 o aumento das consultas em estabelecimentos públicos e conveniados com a conseqüente diminuição no número de consultas nos estabelecimentos privados/contratados. Tal política acarretou a diminuição do número total de consultas psiquiátricas (Anexo 4 - Tabela 3).

Mas a saúde como um todo, e a saúde mental em particular, encontrava-se numa grave crise, já que as condições de vida do brasileiro vinham decaindo rapidamente, chegando em muitos casos a extrema pobreza e a um meio-ambiente bastante degradado.

Nesta situação de crise profunda, setores da saúde realizaram em 1986 a 8a. Conferência Nacional de Saúde, em que foram tomadas algumas deliberações importantes para a área da saúde além, de várias recomendações para a Constituinte a realizar-se em 1987.

Os profissionais aí reunidos entenderam que as mudanças necessárias transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, já que a saúde - em seu sentido mais abrangente - é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, meio-ambiente, renda, emprego, lazer, transporte etc. A saúde passa a ser entendida como resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos vários níveis da vida.

A partir desta conferência, a saúde passa a ser definida no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. O direito a saúde - para os que da Conferência participaram - significa a garantia, por parte do Estado, de condições dignas de vida, que passam pela

"alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações em saúde; direito a liberdade, a livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis" <66>.

Na sua proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, pede-se a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), separando totalmente saúde de previdência, bem como uma ampla reforma sanitária. A saúde seria regida pelos seguintes princípios: descentralização; integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; participação da população, através de entidades representativas; fortalecimento do papel do município etc.

Estabeleceu-se, também, que o setor privado ficaria subordinado ao papel diretivo da ação estatal através do SUS, que teria, em nível federal, o caráter de formular e

conduzir a política de saúde, assim como a relação público/privado.

Foi então, baseando-se nos pressupostos desta conferência, que o INAMPS, através da Portaria 3.344, de 23/07/1986, constituiu o Grupo de Trabalho para assessorar sua presidência na área da saúde mental.

Cerca de 19 técnicos - trabalhando há mais de 10 anos na assistência psiquiátrica - formaram este grupo, que teve 90 dias para concluir o estudo. Em seu relatório, diziam eles que

"enquanto são construídos discursos e panfletos advogando a Reforma Sanitária, assistimos ao retrocesso organizativo da área da saúde em alguns estados brasileiros, onde profissionais comprometidos efetivamente com a necessária reforma vem sendo substituídos, enquanto são realizados credenciamentos e contratações (...)" <67>.

Manifestam, também, a preocupação com as informações de estarem sendo estudados pedidos dos "hospitais que julgávamos já sepultados há mais de uma década, como o pagamento à parte de eletroconvulsoterapia" <68>.

O grupo propõe a eliminação da clássica dicotomia corpo/mente, visando ao atendimento global do indivíduo através de uma Rede de Atenção Médico-Psicossocial que atenda à demanda com práticas diversificadas, possibilitando ao usuário o direito de escolher a terapêutica, e prevê, também, a atuação de equipes multiprofissionais de acordo com as possibilidades e necessidades locais junto aos Postos de Saúde Municipais, Centros de Saúde Estaduais, nos Ambulatórios Especializados e nos Centros de Atenção Psicossocial. Propõe, ainda, que o atendimento de emergência psiquiátrica seja realizado em pronto-socorros gerais, pela equipe do pronto-socorro do hospital geral. Sugere, além

disso, a incrementação das enfermarias psiquiátricas nestes hospitais gerais. Finalmente, o hospital psiquiátrico especializado deverá organizar-se para uma atenção de curta permanência do paciente, reintegrando-o o mais rápido possível a sua comunidade^{«9»}.

De forma geral a política do Grupo de Trabalho do INAMPS sugeria a efetivação da "desospitalização" no país, incrementando os serviços extra-hospitalares e implantando leitos psiquiátricos em hospitais gerais de acordo com o discurso da década de 70.

No entanto, certas coisas no Brasil tardam a acontecer, e quando em 1987 acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, tais bandeiras ainda continuam de pé para serem colocadas em prática.

Esta 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi - praticamente - um desdobramento da 8ª Conferência Nacional da Saúde e serve como marco histórico da psiquiatria brasileira, pois, além de reunir diferentes categorias profissionais da saúde mental - bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associação de usuários etc. -, reflete a aspiração da comunidade científica da área, que neste momento se aproxima da "antítese psiquiátrica" referida no primeiro capítulo.

Nesta Conferência, a saúde mental passa a ser situada no bojo da luta de classes e o governo é visto como representante dos interesses das classes empresariais. Os participantes tomam, também, "consciência" de que os trabalhadores da saúde mental, seja por ingenuidade - pensando a intervenção técnica como neutra - seja por opção - pela identificação com os interesses das classes dominantes - podem tornar-se instrumentos de dominação do povo brasileiro. Neste sentido, faz-se necessário - diz o relatório final desta Conferência -

"o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas" <70>.

Desta conferência, tirou-se como princípio geral a necessidade de uma reforma sanitária. Para concretizá-la, fazia-se necessária uma reforma agrária e urbana, bem como uma reforma tributária, proporcionando mais verbas aos municípios. Para que houvesse uma implantação destas reformas, deveria o Estado garantir a participação efetiva da sociedade civil organizada. E como princípios básicos da Conferência fixaram-se os seguintes tópicos: sistema único de saúde pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado; controle do serviço privado até a estatização; estatização da indústria farmacêutica; decisão em nível local <71>.

As propostas, por sua vez foram: reversão do modelo hospitalar custodial para um modelo extra-hospitalar e multiprofissional, reduzindo-se progressivamente os leitos psiquiátricos existentes, substituindo-os por leitos em hospitais gerais; proibição de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; implantação de programas de recuperação da população paciente cronicada, criando espaços de habitação cogeridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental; implantação de recursos alternativos aos asilares <72>.

A partir desta Conferência, procurou-se resgatar a cidadania dos considerados "doentes mentais". Para tanto, foi proposta a revisão e reformulação de toda a legislação em vigor sobre "doença mental", que ainda se sustenta na lei de 1934.

Como resultado de todo esse processo aqui exposto, teve-se a partir de 1987 a incrementação da política de desospitalização no Brasil. Tal política - ainda engatinhando - nos apresenta um conjunto de instituições que desenvolvem, ou deveriam desenvolver, ações em saúde mental.

A partir de 1987, pode-se constatar no país - em número crescente, a presença de ambulatórios de saúde mental, enfermarias, emergências e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, lares protegidos e outras instituições - públicas e privadas - que atuam nestas área visando à superação da psiquiatria clássica (tese psiquiátrica).

Atualmente, há projetos-de-lei que propõem o progressivo fim dos hospitais psiquiátricos - projeto Paulo Delgado -, bem como experiências transformadoras da atuação psiquiátrica, como, por exemplo, a experiência do Hospital Anchieta em Santos, São Paulo, que se propõe ser a primeira cidade brasileira sem hospitais psiquiátricos.

Juntamente com esta realidade, encontram-se - em número bem maior - os velhos hospitais psiquiátricos - públicos e privados - que parecem não ter conhecimento das novas propostas para a atenção ao "doente mental". Suas instalações são precárias e o "tratamento" dado não se diferencia do de épocas anteriores, de forma que os maus tratos, o abandono e a cronificação ainda são suas características fundamentais.

Desta maneira, percebe-se, atualmente - na nossa realidade terceiromundista - de um lado, a incrementação da política de "desospitalização" e, de outro, a permanência do modelo hospitalar custodial.

Entendendo estas duas vertentes de uma mesma realidade como relações de forças que disputam a hegemonia no interior das políticas públicas em saúde mental, evito

arriscar um prognóstico, pois, poderia cair no equívoco de menosprezar uma das forças. Neste sentido, limito-me apenas a apresentar a tendência majoritária atual desta luta, qual seja, a da efetiva implantação por parte do Estado - sociedade civil/ sociedade política - da política de desospitalização com a incrementação de setores extra-hospitalares, bem como a efetivação de políticas isoladas de alguns municípios, para buscar uma nova relação entre loucura/"doença mental" e sociedade. No entanto, é também perceptível a inércia por parte de alguns profissionais da área, bem como a ausência de recursos para a efetiva realização de uma total transformação do setor.

N O T A S

- <1> ALENCAR, Francisco et al. História da Sociedade Brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1981. p. 283.
- <2> DREIFUS, René Armand. 1964: A Conquista do Estado. Ação Política. Poder e Golpe de Classe. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1981. p. 33.
- <3> Ibidem. p. 34.
- <4> ALENCAR, F. et al. Op. cit. p. 280.
- <5> CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989. p. 67.
- <6> DE MACEDO, Maurício Roberto. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 1981, não paginado. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1981. p. 78
- <7> SILVA FILHO, João Francisco da. "A Medicina, A Psiquiatria e a Doença Mental". In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (Org.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 98.
- <8> DE MACEDO, M.R.C., Op. cit. p. 78.
- <9> Ibidem. p. 72.
- <10> Ibidem. p. 77.
- <11> ROSEN, citado por SILVA FILHO. In: Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. p. 97.

- <12> MEDEIROS, T.A. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977. 150p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.
- <13> MARSIGLIA, Regina Giffoni. "Os Cidadãos e os Loucos no Brasil. A Cidadania como Processo". In: Saúde Mental e Cidadania. 2.ed. São Paulo: Ed. Mandacarú, 1990. p. 25.
- <14> REZENDE, H. "Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão História". In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (Org.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 54.
- <15> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 967 - 15 mai. 1962. Dispõe sobre normas técnicas especiais para ingresso e fixação de estrangeiros no país e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1962.
- <16> LANCETTI, Antônio. (Coord.). "Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental". In: Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec, nº 1, 1989. p. 83.
- <17> SILVA FILHO, João F., Op. cit. p. 99.
- <18> CAPLAN, G. Princípios da Psiquiatria Preventiva. Buenos Aires, Paidós, 1966. citado por SILVA FILHO, J.F. Op. cit. p. 96.
- <19> SILVA FILHO, J.F. Op. cit. p. 99.
- <20> VIOLA, Eduardo. "A Problemática do Estado e do Regime Político - Um Ensaio desde a ótica da Democracia Política". In: Cadernos de Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, Vol. 1, nº 1, Florianópolis, 1980.
- <21> ALENCAR, Francisco et al. Op. cit. p.320.

- <22> "Isto é Senhor", 1131, 29/05/91. p. 29.
- <23> CERQUEIRA, L. Op. cit. p. 31.
- <24> Ibidem. p. 87.
- <25> REZENDE, H. Op. cit. p. 60.
- <26> Ibidem. p. 61.
- <27> MEDEIROS, T.A., Op. cit. p. 12.
- <28> SORZELLI JUNIOR, Achilles. "Considerações sobre a Assistência aos Doentes Mentais". In: Arquivos de Higiene, Vol. 23. 09/1967, Tomo 1, Ministério da Saúde. p. 30.
- <29> CERQUEIRA, L. Op. cit. p. 57.
- <30> RIVERA, Francisco Javier Uribe. "Planejamento de Saúde na América Latina: Revisão Crítica". In: Planejamento e Programação em Saúde, um Enfoque Estratégico. Trad. Elizabeth Artmann. São Paulo: Cortez, 1989. p. 22.
- <31> SCORZELLI JUNIOR, A. Op. cit. p. 37.
- <32> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 652 - 15 fev. 1967. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, II(1,2), março/junho de 1968.
- <33> Ibidem.
- <34> Ibidem.
- <35> RIVERA, F.J.U. Op. cit. p. 33.
- <36> CERQUEIRA, L. Op. cit. p. 62.
- <37> MEDEIROS, T.A. Op. cit. p. 128.
- <38> Ibidem.

- <39> MOURA NETO, Francisco Drumond Marcondes de. "Bases para uma Reforma Psiquiátrica". In: LANCETTI, A. et. al. Saúde Mental e Cidadania. 1990. p. 59.
- <40> DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. "Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronicados)". In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (Org.). Op. cit. p. 179.
- <41> BARROS, José M. de Aguiar. "Utilização Política Ideológica da Delinquência". In: Cadernos do CEAS, nº 71, janeiro/fevereiro de 1981. p. 59.
- <42> REZENDE, H. Op. cit. p. 73.
- <43> Ibidem. p. 64.
- <44> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 282 - 22 set. 1970. Aprova o requerimento da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Brasília, 1970.
- <45> Ibidem.
- <46> CERQUEIRA, L. Op. cit. p. 98.
- <47> Ibidem. p. 100.
- <48> Ibidem. p. 139.
- <49> Ibidem. p. 190.
- <50> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Documento Oficial nº 18. Plan decenal de la salud para las Americas. Informe Final de La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas. (Santiago, Chile, 2-9 de outubro de 1972). Washington, Enero de 1973. p. 65.
- <51> REZENDE, H. Op. cit. p. 65.

- <52> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 32/BSB - 20 Jan. 1974. Resolve sobre elaboração e execução de Programas de Saúde Mental. Diário Oficial. Brasília, 31 Jan. 1974, Seção I - Parte I. p. 1180.
- <53> CERQUEIRA, L. Op. cit. p.158.
- <54> CESARINO, Antonio Carlos. "Uma Experiência de Saúde Mental na Prefeitura de São Paulo". In: Saúde Louruca. Editora Hucitec, nº 1, 1989. p. 23..
- <55> BEÇA, Eugênia Turen Ko. "Reformulação da Assistência Psiquiátrica, Realidade e Perspectivas". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 30, nº 06, nov/dez de 1981.
- <56> TREIGER, J. "Assistência Psiquiátrica no Brasil". In: Revista Brasileira de Psiquiatria, ano 2, vol. 3, nº 05, jan/fev/mar de 1981. p. 37.
- <57> Ibidem.
- <58> COSTA E SILVA, Jorge Alberto. "Assistência Psiquiátrica na Realidade Brasileira". In: Revista Associação Brasileira de Psiquiatria. Vol. 3, nº 7, jul/ago/set/1981. p. 118-121.
- <59> DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Diretrizes para a Área da Saúde Mental, Ministério da Saúde. Brasília, 1980.
- <60> Ibidem.
- <61> Ibidem.
- <62> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária. Brasília, dez/1982.
- <63> Ibidem.

- <64> DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. A Política de Saúde Mental da Nova República. Ministério da Saúde. Brasília, julho de 1985. p. 9.
- <65> Ibidem.
- <66> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 17-21 de março de 1986. Relatório Final. Brasília, 1986. 20p.
- <67> INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório Final do Grupo de Trabalho em Saúde Mental. Brasília, 1986, não paginado.
- <68> Ibidem.
- <69> Ibidem.
- <70> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1ª, 25-28 jun. 1987. Brasília, Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. p. 12.
- <71> Ibidem. p. 16/17.
- <72> Ibidem. p. 18/19.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA

A atuação da assistência psiquiátrica oficial em Santa Catarina teve seu início, basicamente, com a implantação do Hospício Colônia Sant'Ana em 1942, quando a saúde ainda era da responsabilidade da Secretaria da Justiça, Educação e Saúde.

Sabe-se que antes da sua inauguração, os casos de "doença mental" eram encaminhados para os hospitais de Azambuja ou de Joinville.

A construção do hospício Colônia Sant'Ana era uma reivindicação do Governo do Estado já em 1936, tendo em vista a mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo então governador Nereu de Oliveira Ramos. Dizia ele que

"já é tempo de se cuidar da construção pelo Estado de um estabelecimento em que se recolham os alienados e onde lhes ministre o tratamento que a psiquiatria vem aperfeiçoando"⁽¹⁾.

Foi ainda neste ano de 1936, com a Lei 138, de 14/11 que a Diretoria de Higiene foi transformada em Departamento de Saúde Pública, ficando subordinado à Secretaria de Justiça, Educação e Saúde. Sua tarefa era a de realizar propaganda e educação sanitária, fiscalização do exercício profissional, higiene das habitações, da alimentação, do trabalho, profilaxia da sífilis e de outras doenças venéreas, da tuberculose, da lepra e da malária⁽²⁾.

Já em 30/01/1940, através do decreto lei 416, foi criado o Serviço de Assistência a Psicopatas. Este teve como

finalidade proporcionar - nos estabelecimentos que integravam este serviço - assistência e tratamento às pessoas que apresentassem perturbações "mentais"; dar amparo médico-social aos predispostos às "doenças mentais" e aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; zelar pela proteção legal aos psicopatas; assistir e tratar a infância anormal e promover a realização da higiene e profilaxia mental em todos os aspectos^(*).

Em concordância com o recém criado Serviço Nacional de Doença Mental - que tinha a sua frente, como diretor, Adauto Botelho -, o governo do Estado de Santa Catarina obteve as verbas necessárias para efetivar a construção do Hospício Colônia Sant'Ana, que seria inaugurado em 10 de Novembro de 1941 com uma capacidade inicial de 300 leitos. Tal construção foi realizada em um terreno bastante grande a 22 Km da capital, Florianópolis, e localizado numa região eminentemente rural^(*), de acordo com a proposta da psiquiatria dessa época.

Embora inaugurado no final de 1941, o atendimento efetivo só se iniciou em 1942, havendo, já no final deste ano, cerca de 311 pacientes na instituição. Destes, apenas 36 receberam alta e 11 morreram na própria instituição, terminando o seu primeiro ano de existência com 253 pacientes internados. Como podemos observar no mapa demonstrativo de entradas e saídas (Anexo 5 - Tabela 4), o número de saídas é bem menor do que o das entradas efetivadas, fazendo com que, num curto espaço de tempo, ocorresse a superlotação.

Neste início da década de 40, havia em Santa Catarina apenas um ambulatório de "doença mental", pertencente ao S.N.D.M., localizado na Unidade Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública em Florianópolis, que atendia por mês uma média de 165 pacientes^(*).

Tal ambulatório serviu como local de triagem para as internações na Colônia, a qual, segundo o Dr. Vinicius Wagner - chefe do Departamento de Saúde Pública em 1943 - era um "estabelecimento modelo" e que dia a dia estava "aperfeiçoando os seus serviços e completando as suas instalações" <6>.

Já em 1947, passaram pela Colônia Sant'Ana cerca de 737 "doentes", sendo o seu quadro funcional constituído por apenas três médicos e um corpo de funcionários do qual faziam parte apenas as irmãs da Ordem da Divina Providência.

Neste mesmo ano, o poder público fez algumas melhorias nas instalações, concluiu a ampliação do quinto pavilhão destinado aos "agitados" e via como necessário terminar a construção de várias "casas" para a instalação de uma usina de açúcar, um engenho de farinha e um de torrefação de café, um de moinho de trigo e milho, um armazém para a cooperativa e um refeitório para os funcionários.

Como foi visto no capítulo anterior, a terapia adotada pela psiquiatria dessa época era a do trabalho, que teria por fim resgatar o elo perdido do "psicopata", bem como a auto-sustentação dos internados para que assim diminuíssem os gastos do poder público. Em consequência, podiam ser encontrados na Colônia, em 1947, além das hortaliças, uma roça de mandioca calculada para 200 sacos de farinha; 2.000 laranjeiras; 4.000 bananeiras; 1.000 goiabeiras; 100 abacateiros e 15.000 pés de abacaxi. Neste ano, através do trabalho dos internados, obteve-se uma produção de 30 sacos de milho; a padaria fabricou 81.258 Kg de pão, 362 Kg de macarrão, 44 Kg de bolachinhas e 554 Kg de cuca <7>.

Tal trabalho era desenvolvido principalmente por homens - já que estes existiam em maior número - vindos de

várias partes do estado, com destaque para Florianópolis, Palhoça e Tijucas. Suas profissões eram, entre outras lavradores, operários ou de profissão ignorada, como mostra a tabela do anexo 6.

Ao chegarmos no final da década, o número de internados na Colônia era de 534, o que possibilitava o aumento da sua produção interna, como mostra a mensagem do Governador Aderbal Ramos da Silva à Assembléia Legislativa, referente ao exercício de 1949. Com relação ao moinho de café, produziram-se 2.912 Kg de pó, "produção que atendeu a necessidade da colônia"; a olaria

"trouxe grande economia para o Estado, pois a matéria-prima nada lhe custa e está produzindo, não só para outras obras, como também para a construção do novo pavilhão";

a marcenaria

"está prestando grandes serviços, pois executa todo o madeiramento para o novo pavilhão, apesar de estar atendendo ainda a todo o serviço do hospital (conserto de móveis, beneficiamento de madeiramento para o fabrico de cadeiras, portas etc.)" <e>.

Houve também uma relevante produção de charutos, vassouras, sapatos, hortaliças e o incremento da produção agrícola.

A partir da década de 50, o que se destaca no discurso oficial é a solicitação de um novo hospital para o atendimento de "doentes mentais" agudos, com a intenção de que a Colônia Sant'Ana passasse a atender apenas aos "doentes crônicos", tendo em vista a saturação da sua capacidade de alojamento.>

Mas enquanto não havia investimento por parte do Estado ou da iniciativa privada para a construção deste novo

hospital, investia-se na ampliação (novos pavilhões) da Colônia. Assim, no ano de 1952, um novo pavilhão foi inaugurado com capacidade para aproximadamente 200 leitos^{'9'}.

Do ponto de vista terapêutico, iniciou-se, ainda na década de 50, a aplicação de um "novo" tipo de técnica, qual seja, a da convulsoterapia pelo cardiazol e o eletrochoque.

De acordo com os dados obtidos, foram aplicados, no ano de 1952, 7.860 choques insulínicos e de convulsoterapia pelo cardiazol e eletrochoque, contra 5.505 em 1950^{'10'}. Já no ambulatório do S.N.D.M., em 1951 foram atendidas cerca de 1.261 pessoas e aplicados 22 eletrochoques^{'11'}.

Santa Catarina vinha assim desenvolvendo sua Política de Saúde Mental em concordância com a Política Nacional, caracterizada pelo modelo de gestão asilar da loucura, sustentada numa incipiente rede psiquiátrica voltada para a reclusão dos diagnosticados como "doentes mentais".

A demanda psiquiátrica catarinense aumentou rapidamente, seja pelo crescimento populacional, seja pelas crises econômicas, seja pelo desenvolvimento vivido pelo estado catarinense, ou até mesmo pelo próprio saber teórico adotado pela psiquiatria. O fato é que de 1951 a 1954 receberam alguma atenção psiquiátrica na Colônia Sant'Ana cerca de 4.350 pessoas^{'12'}. Destas, cerca de 1.266 foram consideradas "curadas", 246 "melhoradas" enquanto 222 morreram na própria instituição^{'13'}. Para obter tais resultados, foram gastos pelo Estado nada menos que Cr\$ 21.810.322,40, como pode ser verificado no anexo 7.

A ação psiquiátrica, através da Colônia Sant'Ana, passa a ocupar o segundo lugar nos gastos do Estado a partir de 1952, tomando assim o lugar que pertencia ao hospital Colônia Santa Tereza, responsável por internações de

leprosos. Tal fato nos reporta a Michel Foucault, quando este mostra que em outras épocas - principalmente na Europa -, a loucura passou a se tornar a causa do "grande enclausuramento" em substituição à lepra.

Mas, neste início da década de 50, a demanda psiquiátrica não aumentou apenas na Colônia. Ela cresceu também - embora mais lentamente - no ambulatório do S.N.D.M. em Florianópolis, onde foram atendidos no ano de 1953 cerca de 2.390 pessoas⁴⁴.

Em 1953, foi inaugurado o Pavilhão Juliano Moreira, com capacidade de 80 leitos, além de instaladas várias aparelhagens para os serviços necessários. Na solenidade de inauguração deste pavilhão, contou-se com a presença do então diretor do S.N.D.M., Aduino Botelho, que firmou novos convênios para a ampliação da Colônia. Assim, logo após a inauguração, deu-se início às obras de mais um pavilhão, que viria a receber o seu nome, Aduino Botelho, destinado aos internados com tuberculose⁴⁵. Coube ao Estado, neste mesmo ano, a nomeação de 24 vigilantes e 8 enfermeiros, formando-se desta maneira o seguinte quadro de funcionários desta casa custodial: Irmãs da Divina Providência, Vigilantes, Enfermeiros, Psiquiatras e Médicos. A ordem de colocação na oração anterior corresponde ao número de profissionais que cada "setor" apresenta. Assim, as Irmãs representam maior número, seguidas pelos vigilantes, enquanto os enfermeiros, psiquiatras e médicos somados não passavam dos 12.

Mesmo sendo baixo o número de psiquiatras tanto na Colônia como no Estado de Santa Catarina, em geral a atuação psiquiátrica ampliou-se mais e mais no tecido social, já que a psiquiatria em nível de sociedade civil produzia e ampliava a sua ideologia - da doença mental -, ao mesmo tempo em que agia como sujeito político, desenvolvendo seu

aparelho repressivo (sociedade política). Neste sentido, ela passou a exigir novas instituições para uma ação mais efetiva. Data de então a política que visava à construção de um Manicômio Judiciário - hospital forense - bem como à construção de um novo hospital na capital para as "doenças mentais" agudas e à construção de novos pavilhões ou ampliação dos já existentes na Colônia.

Assim, a Política de Saúde Mental em Santa Catarina desenvolveu-se no sentido de incrementar o modelo de gestão asilar, cujo resultado foi o aumento da população internada, já que, como vimos, tal modelo, além de cronificante, o que leva a reinternações, mantém ainda um tempo médio de permanência bastante alto, chegando-se ao final da década de 50 com aproximadamente 800 "pacientes" internados na Colônia Sant'Ana⁽¹⁶⁾, o que justificava a necessidade de mais leitos.

Esta política continuou a ser desenvolvida durante toda a década de 60 e os seus resultados podem ser assim sintetizados: foi implantado o Manicômio Judiciário em Florianópolis; foram implantados três novos hospitais psiquiátricos, todos da iniciativa privada, conforme a política nacional da época, que, através do Estado, não só incentivou como também auxiliou financeiramente tais empreendimentos (sendo um em Criciúma, Casa de Saúde Rio Maiana Ltda, com capacidade para 90 leitos; um em São José, o Instituto São José Ltda, com capacidade de 173 leitos e, em Joinville, a Clínica Nossa Senhora da Saúde, com 80 leitos), enquanto que na Colônia Sant'Ana foi inaugurado um novo pavilhão, com 234 leitos)⁽¹⁷⁾.

O número de internações aumentou, chegando, só na Colônia, a 1.773 no ano de 1967⁽¹⁸⁾ e, já em 1968, Santa Catarina contribuía com alto número para os leitos-chão existentes em todo o país⁽¹⁹⁾. É importante que estes

números aqui colocados sejam relativizados servindo apenas como indicação de uma realidade local que reflete a realidade nacional. Tal relativização é necessária tendo em vista a falta de trabalhos estatísticos nesta época, podendo-se, inclusive, encontrar outros números, mas que não servem para mudar tal realidade.

A partir dos anos 70 iniciou-se a efetivação de uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado. Esta buscou a "interiorização" do poder psiquiátrico, já que este se concentrava basicamente em Florianópolis. Evidentemente não era este o discurso que justificava esta ação de "interiorização", mas, sim, o discurso da psiquiatria preventiva ou comunitária, e também o da necessidade de se cortar gastos por parte do Estado.

Tal política teve seu marco inicial com a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública, através do Decreto SES/10, de 24/03/1971. Sua tarefa foi a de integrar suas ações com a rede de saúde pública e com as de outras instituições da comunidade; desenvolver ações de saúde mental em nível primário, secundário e terciário, visando aos princípios técnico-administrativos da integração, regionalização e descentralização. Seu objetivo foi o de diminuir as internações mantendo os pacientes nas suas regiões de origem⁽²⁰⁾.

Neste mesmo ano, a Seção de Saúde Mental, a Colônia Sant'Ana e o Departamento de Saúde Pública iniciaram a implementação das metas prioritárias estabelecidas pela Secretaria da Saúde, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde. Resumidamente, tais metas foram: capacitação e reciclagem de recursos humanos; recuperação física, técnica e administrativa da Colônia Sant'Ana, acompanhada da criação de uma unidade de emergência; ampliação do ambulatório de saúde mental em Florianópolis;

organização de ambulatórios de saúde mental em doze centros de saúde; formação de equipe multiprofissional, constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e acadêmicos auxiliares, visando a uma mudança na orientação terapêutica; instalação de Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais das principais cidades do interior ou nos centros de polarização regional, integradas aos demais serviços médicos⁽²¹⁾.

Estas metas foram, gradativamente, sendo efetivadas no decorrer dos anos. Mas a primeira delas foi a criação, já no segundo semestre de 1971, de ambulatórios de saúde mental nas cidades-sedes de Distritos Sanitários, onde existisse psiquiatra ou médico generalista com disponibilidade para assumir, após treinamento, as atividades dos ambulatórios.

Em 1973, estava em 32 o número de ambulatórios que prestavam algum serviço psiquiátrico. Destes, 21 eram estaduais, 3 federais, 1 municipal, 7 privados; - 6 "sem fins lucrativos" e 1 com fins lucrativos⁽²²⁾. Sua distribuição por CARS (Centro Administrativo Regional de Saúde) era a seguinte: 6 no primeiro, 8 no segundo, 5 no terceiro, 3 no quarto e 3 no quinto⁽²³⁾. Basicamente, apresentavam as seguintes diretrizes: tratamento durante as primeiras 72 horas; acompanhamento de pacientes por médicos ou por equipe multiprofissional; atendimento aos egressos encaminhados a sua região de origem; encaminhamento de pacientes à Colônia Sant'Ana; integração do ambulatório com outros serviços da Unidade Sanitária e com entidades da comunidade; coordenação das atividades de prevenção primária, secundária e terciária⁽²⁴⁾.

Este conjunto de propostas, visando prioritariamente à interiorização da atuação psiquiátrica, era considerado - pelo discurso oficial - como o caminho que permitiria o equacionamento e redução do custo com a assistência

psiquiátrica, pois com o aumento da cobertura populacional haveria uma redução da necessidade de permanência intra-muros.

No entanto, os números obtidos nos mostram que até 1975 as internações continuaram aumentando em Santa Catarina.

Os fatores que levaram a este aumento são de várias ordens, mas um, que influenciou inclusive nas políticas de saúde mental em nível nacional, foi o de ter sido o louco considerado fonte de lucro pela iniciativa privada. Assim, os ambulatórios exclusivamente psiquiátricos, que vinham aumentando, serviam fundamentalmente de local de triagem para encaminhamento dos solicitantes aos hospícios privados ou mantidos por verbas públicas, fazendo com que Santa Catarina fosse um dos estados com mais alta taxa de internações por consultas no Brasil⁽²⁵⁾.

Embora, na política de saúde mental de Santa Catarina, a interiorização da ação psiquiátrica através dos ambulatórios fosse prioritária, estes sofriam com a falta de pessoal auxiliar, recursos materiais e com a reduzida carga horária de alguns psiquiatras. Somente a partir de 1977 foram contratados enfermeiros e assistentes sociais para formação de equipes multiprofissionais que iriam atuar em dez dos ambulatórios existentes (Anexo 8).

Estes, além de servirem de local de triagem, procuravam também desenvolver uma ação de prevenção primária incluindo a orientação a grupos de mães ou gestantes, escolas, paróquias e outras entidades.

Quanto à prevenção secundária, esta era prestada através do atendimento individual, de modo geral pela medicação psicofarmacológica e, sempre que possível, pela psicoterapia de apoio e técnicas de serviço social⁽²⁶⁾. Tais

serviços, embora considerados modelo pelo Ministério da Saúde, parece não resolveram o problema da saúde mental em Santa Catarina, pois buscando novas medidas para melhorar a assistência psiquiátrica catarinense, o Estado passou a incluir nos seus planos de ação, a partir da década de 80, assim como propunha a política nacional, a obtenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como a implantação e/ou reativação de ambulatórios desativados.

Em seu programa para 1982, a Secretaria da Saúde, através da rede de serviços psiquiátricos, tinha como metas realizar

"86.990 consultas médicas de diagnósticos; tratar 65.242 pacientes diagnosticados no ano; encaminhar 1.293 pacientes para internação em alguma fase do tratamento e realizar 195.723 consultas de controle de tratamento" <27>.

Tais metas tinham como objetivo "diagnosticar e controlar, precocemente, indivíduos portadores de 'doença mental'" <28>.

Assim, durante toda a década de 80, segue uma política "preventiva ambulatorial", em concordância com o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do CONASP e da DINSAM. Desta forma, em 1984 - através do projeto de Expansão da Assistência Ambulatorial Psiquiátrica para o primeiro CARS, justamente por ser este considerado "área crítica" em função do número de internações aí existentes - foram reativados 2 ambulatórios (Brusque e Imbituba), instalados 7 novos (Xanxerê, Biguaçu, Gov. Celso Ramos, Tijucas, Canelinha, São João Batista, Nova Trento) e só em Florianópolis foram abertos 4 novos ambulatórios em sua rede de Postos de Saúde (Morro das Pedras, Cachoeira do Bom Jesus, Lagoa da Conceição e Posto Central), chegando-se, assim, no final deste ano, com 45 ambulatórios em todo o Estado, assim distribuídos: 17 no primeiro CARS, 5 no

segundo, 4 no terceiro, 2 no quarto, 4 no quinto, 7 no sexto e 3 no sétimo⁽²⁹⁾.

Os diagnósticos aí realizados foram, principalmente, de neurose e psicose, sendo diagnosticados, em cinco anos 77.512 casos de neurose e 76.911 de psicose, além de outros, como mostra a tabela 2 de consultas por grupo-diagnóstico em anexo 9.

Tendo em vista o contínuo aumento da demanda psiquiátrica, o Estado, através do Governador Espiridião Amim H. Filho, baixou um decreto em que apresenta algumas definições da atuação psiquiátrica e especifica a sua demanda.

Tal decreto (24.982, de 14 de Março de 1985) definiu o "desajustado social" - "pessoa cujo comportamento não se ajusta às normas do meio social em que vive" -, o "doente mental" - "caracteriza-se por um estado de desequilíbrio psicológico com repercursões na esfera emocional e na função adaptativa de uma pessoa ao meio em que vive" -, e "estado psicótico" - "situação de doença mental que se caracteriza por distorções do senso da realidade, inadequação e falta de harmonia entre pensamento e afetividade"⁽³⁰⁾.

Estas definições caracterizam basicamente o paciente psiquiátrico. Este, em última instância, seria o "desajustado", o "desadaptado" às normas sociais.

Definiu, também, o paciente crônico como sendo aquele que

"após esgotados todos os recursos terapêuticos indicáveis, não mostra recuperação e permanece com dificuldades de ajuste ao meio sócio-familiar exigindo uma assistência psiquiátrica constante"⁽³¹⁾.

Desta forma, estabeleceu-se por decreto a virtual clientela psiquiátrica, a ser assistida pelo Serviço de Saúde Mental - "organização ou estabelecimento que tem por finalidade prestar assistência psiquiátrica à população" - visando à "recuperação da saúde mental", ou seja,

"retorno ao estado normal de funcionamento das atividades psíquicas de uma pessoa, perturbada por algum fator, dentro do que se configura como normalidade psíquica num determinado contexto social, cultural e moral" <92>.

Este decreto regulamentou a assistência psiquiátrica, baseando-se nos princípios técnico-administrativos de integração, regionalização, coordenação e descentralização. Além disso, estabeleceu o quadro de profissionais de saúde mental. Estes seriam, basicamente, psiquiatras ou médicos generalistas, assistente social, enfermeiro, atendentes de saúde pública, podendo vir a integrar a equipe - dependendo das peculiaridades de cada serviço e da disponibilidade dos profissionais - também psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos. A partir daí, ficou estabelecido, - por decreto -, que a direção clínica de qualquer estabelecimento psiquiátrico caberia ao psiquiatra e que os profissionais da saúde mental teriam o direito de aprimoramento técnico para melhorar o desempenho de suas funções <93>.

No entanto, parece-nos que tais investidas no sentido de definir a demanda psiquiátrica, bem como em especificar a sua atuação em forma de decreto, ou, ainda, em implementar uma política de interiorização não apresenta qualquer melhora sensível, pelo menos até 1986.

Ao observarmos o Relatório Anual do Departamento Autônomo de Saúde Pública - Serviço de Saúde Mental - de 1986, pode-se constatar que o número de ambulatórios

psiquiátricos em funcionamento não passava dos 35, e que a Colônia Sant'Ana estava com superlotação, já que muitas internações não estavam sendo encaminhadas pelos ambulatórios, o que aumentava ainda mais o número de internações, principalmente por neurose, psicose e epilepsia⁽⁹⁴⁾.

Neste mesmo ano, o total de internações na Colônia foi de 1.709 e as reinternações chegaram a 4.983⁽⁹⁵⁾, sendo a sua capacidade máxima de 1000 pacientes.

Baseando-nos, pois, na realidade observada, podemos afirmar que a atuação psiquiátrica em Santa Catarina vinha, por um lado, se desenvolvendo muito bem, já que para muitos integrantes da iniciativa privada, ou profissionais liberais - assim como para alguns psiquiatras da instituição pública - o que importa é aumentar mais e mais a sua clientela. Neste sentido, os resultados da política psiquiátrica catarinense podem ser considerados "positivos".

Mas, no que se refere à resolução de um problema, individual e social, ou, ainda, à obtenção da "cura", os resultados são por demais negativos, assim como os resultados do trabalho de "prevenção", haja visto o aumento das consultas subsequentes, internações e reinternações.

Tais resultados negativos decorrem de vários fatores, entre os quais destacamos: a má formação dos profissionais que atuam na área, incluindo-se aí a teoria da "Tese Psiquiátrica" que os fundamenta; a falta de recursos financeiros para o aperfeiçoamento de novas técnicas; os interesses dos grupos que enriquecem através da "fábrica da loucura" (psiquiatras e indústria farmacêutica); a falta de vontade política de transformar a assistência psiquiátrica em uma instituição não repressiva. Outro fator que favorece resultados negativos com relação à prevenção é justamente o caráter subjetivo que envolve esta problemática, assim como

a falta de uma terapia que efetivamente coloque a pessoa "problemática" em reais condições de competir no mercado de trabalho.

Neste sentido, observam-se duas características das políticas públicas de saúde mental em Santa Catarina: a) incremento da participação da iniciativa privada e, b) a busca da "cura" através de mecanismos que historicamente não têm mostrado eficiência.

No entanto, é importante resgatar uma terceira característica da política de saúde mental catarinense - inserida, na verdade, na política nacional, bem como na realidade mundial - e que se relaciona com a segregação social e manutenção da ordem pública. A este respeito, vale à pena historiar um caso ilustrativo desta segregação.

Trata-se do caso "Sílvio", policial militar que invadiu armado os estúdios da TV Cultura de Florianópolis, no dia 13 de Maio de 1986 - dia da abolição da escravatura. Após a invasão, Sílvio foi preso e condenado pela justiça militar a cinco anos de prisão. Enquanto aguardava a decisão do Tribunal de Justiça, que apreciaria o recurso que suspendia a aproximação da pena, Sílvio ficou em liberdade, "obteve um bom emprego e passou a militar politicamente no movimento negro nacional e local". O Tribunal de Justiça, instrumento do Estado, acabou mantendo a sentença.

Os advogados de Sílvio, alegando ser ele um alcoólatra, já que na invasão à emissora estava "bêbado", conseguiram sua internação na Colônia Sant'Ana.

Na época, Sílvio tinha dez anos de serviços prestados à Polícia Militar de Santa Catarina, ganhava pouco mais de um salário mínimo e meio, e era pai de seis filhos. Depois de ter percorrido todos os canais institucionais de reivindicação por melhores condições de trabalho, salário e

até por melhores condições de saúde, Sílvio passou a ser considerado "não mais apto para continuar exercendo com honradez o seu ofício", pois para os "outros" Sílvio perdera a razão" (94).

Esta opção dos advogados por tornar Sílvio um "doente mental" ao invés de "criminoso", que cumpriria sua pena em uma penitenciária, traz no seu bojo a necessidade de se calar aquele que pode se tornar uma ameaça à ordem estabelecida.

Sílvio, como "doente mental", perde sua cidadania e torna-se desacreditado, discriminado pela comunidade. Já como "criminoso", sem ter a razão perdida, Sílvio talvez tivesse um espaço onde poderia continuar denunciando as injustiças que estava vivenciando para um público que, embora restrito, tem grande importância.

Sílvio poderia tornar-se um herói, visto por seus companheiros de cela como homem de coragem, que invade armado uma emissora de televisão para denunciar uma situação partilhada por milhares de outras pessoas. O ato de coragem de Sílvio foi extremamente forte para que fosse mantido apenas trancafiado. Sílvio precisava, mais do que isso, ser calado e desqualificado: para tanto, a rotulação de "doente mental".

Neste sentido, a política de saúde mental catarinense, bem como a prática psiquiátrica até 1987, pode ser, em linhas gerais, caracterizada pela pretensão da cura, pela obtenção de lucro, pela segregação ou exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do "doente mental".

De acordo com o capítulo anterior, a partir da década de 80 passou a existir em nível nacional o incremento da política de desospitalização da loucura e ampliação dos ambulatórios, enfermarias psiquiátricas e hospitais-dia.

Em Santa Catarina, foi criada, em 1987 a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental, da qual participaram representantes da Universidade Federal de Santa Catarina, Fundação Hospitalar, Colônia Sant'Ana, Departamento Autônomo de Saúde Pública, INAMPS, Manicômio Judiciário e Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Tal comissão, encarregada de elaborar as Diretrizes de Política de Saúde Mental para o Estado de Santa Catarina - agora sob o governo do PMDB - baseou-se nos princípios da 8a. Conferência Nacional de Saúde Mental e em dezembro de 1987, apresentou as orientações e princípios a serem seguidos.

Reconheciam os profissionais desta comissão que a hospitalização da "doença mental" tende a ser segregadora e cronificante. Desta forma, "deve ser encarada como último recurso, após esgotadas todas as tentativas de tratamento" <97>.

Recomendou-se, então, "privilegiar o estabelecimento de serviços psiquiátricos em hospitais gerais regionalizados, evitando-se a criação de novos estabelecimentos" <98>, bem como não fazer nenhuma contratação em hospitais psiquiátricos. Recomendou-se, também, a criação de ambulatórios de referência ou especializados, localizados em instituições públicas de saúde, com uma equipe mínima composta de psiquiatra, neurologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e pessoal de apoio administrativo.

No entanto, ao observarmos o Relatório de Atividades do Serviço de Saúde Mental referente ao exercício de 1988 constata-se que a implantação de tal política sofria sérias dificuldades.

Consta neste relatório que "comparando os boletins estatísticos anuais, referente ao trabalho dos ambulatórios nos três últimos anos, observa-se que o número de atendimentos diminuiu de ano para ano", contribuindo para a "elevação das internações e reinternações, principalmente na Colônia Sant'Ana" (39).

Entre os principais fatores que levam à realidade apresentada no relatório, destacamos: má remuneração do pessoal; redução do tempo de atendimento médico nos ambulatórios; afastamento de alguns médicos - principalmente no primeiro CARS - e falta de equipes multiprofissionais (40).

Estes fatores, por sua vez, são resultantes da falta de investimentos por parte do Estado na área da saúde em geral e da saúde mental em particular.

Deste modo, observa-se que, mesmo com a falta de recursos necessários, a política de saúde mental de Santa Catarina vem se desenvolvendo lentamente no caminho da desospitalização, convivendo ainda com o modelo hospitalocêntrico.

Neste processo, cabe ao Estado repassar recursos para a manutenção dos ambulatórios existentes, para o Centro de Apoio Psicossocial de Florianópolis, assim como para o Hospício Colônia Sant'Ana.

Já aos psiquiatras privados cabe continuar exercendo sua profissão em consultórios e/ou junto a hospitais gerais privados que concedem espaço para internações psiquiátricas, como, por exemplo, ocorre no décimo segundo andar do Hospital Marieta Konder Bornhausen, em Itajaí.

Assim, seja pelas fortes críticas que vem recebendo o modelo hospitalocêntrico, seja pela falta de recursos provenientes do Estado para a manutenção deste modelo,

percebe-se atualmente no discurso dos trabalhadores da saúde mental de Santa Catarina o desejo e a tentativa de se efetivar uma política de desospitalização, baseando-se nos princípios da psiquiatria comunitária.

Arriscando um prognóstico, pode-se dizer que este processo de efetivação de uma política de desospitalização tende a tornar-se realidade justamente por ser este o projeto do Estado (sociedade civil/ sociedade política) que tenta racionalizar os gastos detectando precocemente a "doença" e tratando-a, sempre que possível, ao nível da comunidade. Além do que, sofisticava-se enquanto aparelho repressivo, uma vez que amplia seu poder de ação/coação, disseminando-o por toda a sociedade.

N O T A S

- <1> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa referente ao exercício de 1935. Governador Nereu de Oliveira Ramos. Florianópolis, 16 jan. 1936. p. 33.
- <2> DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA - Flagrantes Administrativos. Florianópolis, 1935-1942.
- <3> Ibidem.
- <4> Ibidem.
- <5> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. A assistência psiquiátrica no estado. Florianópolis, [1940?]
- <6> IMPRENSA OFICIAL. Relatório apresentado ao Presidente da República por Nereu Ramos (Interventor Federal) referente ao exercício de 1943. Florianópolis, out. 1944. p. 89.
- <7> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa, pelo governador Aderbal Ramos da Silva, referente ao exercício de 1947. Florianópolis, 15 abr. 1948. p. 48.
- <8> Ibidem.
- <9> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo governador Aderbal Ramos da Silva, referente ao exercício de 1949. Florianópolis, 15 abr. 1950.
- <10> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício de 1951. Florianópolis, 15 abr. 1952. não paginado.
- <11> Ibidem.

- <12> Ibidem.
- <13> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício de 1957. Florianópolis, 15 set. 1955.
- <14> Ibidem.
- <15> IMPRENSA OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício 1953. Florianópolis, 15 set. 1954.
- <16> Ibidem.
- <17> IMPRENSA OFICIAL. Primeira Mensagem Anual à Assembléia Legislativa, pelo Governador Ivo Silveira, referente ao exercício de 1965. Florianópolis, 15 mar. 1966.
- <18> CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989. p. 73.
- <19> Ibidem, p. 69.
- <20> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. O Serviço de Saúde Mental do DASP e a sua integração com o CONASP. Florianópolis, [1983?]. p. 2.
- <21> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1983?]
- <22> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SUPERINTENDÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUL. Diagnóstico Institucional do Setor Saúde em Santa Catarina. Florianópolis, 1973. p 75.
- <23> Ibidem.

- <24> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Coordenação de Saúde Mental. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1983?]
- <25> CERQUEIRA, L. Op. cit. p. 186
- <26> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Coordenação de Saúde Mental. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1980?]
- <27> Ibidem.
- <28> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Saúde Mental para 1982. Florianópolis, 1982.
- <29> Ibidem.
- <30> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Relatório do Serviço de Saúde Mental. Florianópolis, 1984.
- <31> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Avaliação do exercício de 1985. Florianópolis, 1986.
- <32> SANTA CATARINA. Decreto nº 24.982 - 14 mar. 1985. Regulamenta os artigos 10 e 11 da Lei nº 6.320 de 20/12/1983, que dispõe sobre doença mental. Florianópolis, Diário Oficial, nº 12.669, de 15 mar. 1985.
- <33> Ibidem.
- <34> DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA/SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL. Relatório Anual. Florianópolis, 1986.

- <35> HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA. Relatório Estatístico - Boletim Anual. São José, 31 dez. 1986.
- <36> DE ARRUDA JR., Edmundo Lima. "Quem se Lembra de Sívio?" O Estado, Florianópolis, 05 mai. 1989.
- <37> COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL. Diretrizes da Política de Saúde Mental para o Estado. Florianópolis, dez. 1987. p. 17.
- <38> Ibidem.
- <39> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Relatório das Atividades do Serviço de Saúde Mental referente ao exercício de 1988. Florianópolis, 17 dez. 1988.
- <40> Ibidem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos neste ponto, e considerando a aquisição de um certo conhecimento do desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde Mental, tanto em nível nacional como estadual, que as páginas precedentes nos permitem, é possível fazermos algumas considerações que, embora finais, não são definitivas.

Inicialmente, pode-se constatar a harmonia existente entre as políticas estaduais e as políticas nacionais na área da saúde mental, desde a década de 40, quando foi inaugurado o primeiro Hospício Colônia de Santa Catarina.

Na época, como demonstramos no capítulo II, a política nacional desenvolvida na área da saúde mental - pelo recém criado Serviço Nacional de Saúde Mental, com Adauto Botelho na sua direção - aumentava o número de hospícios colônias, bem como ampliava as instalações dos já existentes, intensificando, assim, o modelo de gestão asilar da loucura. Tal política só mudou nos anos 60, quando tem início a implementação da política preventivista e da ação comunitária.

Assim, a origem da ação psiquiátrica catarinense, marcada pela inauguração do Hospício Colônia, é resultante, por um lado, das reivindicações feitas, desde 1936, pelo governo do Estado - com a gestão Nereu de Oliveira Ramos - para a construção deste hospício. Por outro, é resultante também da política desenvolvida em nível nacional que

defendia a incrementação destes hospícios, baseando-se nas teorias da Tese Psiquiátrica.

Este desenvolvimento do modelo de gestão asilar da loucura permanece sem nenhuma oposição até o início da década de 70, quando se inicia o processo de efetivação das políticas preventivistas e de ação comunitária, postuladas pela política nacional desde meados dos anos 60, década em que tivemos a implementação da política de privatização, resultando na construção de três novos hospitais psiquiátricos no Estado, todos de iniciativa privada. Tal estratégia, como vimos, estava de acordo com a política nacional, que centrou seu discurso nos princípios da prevenção e da ação comunitária, na racionalização e no planejamento para amenizar o crescente número de doentes mentais. Ao mesmo tempo, sua prática ia no sentido de custear - através de leitos contratados principalmente pelo INPS - os hospitais psiquiátricos privados, cujo número aumentou significativamente a partir dos anos 60. Foi também nesta época que ocorreu a inauguração do primeiro Manicômio Judiciário de Santa Catarina, o que fortaleceu a psiquiatria catarinense enquanto sociedade política.

A partir dos anos 70, o Estado e a psiquiatria catarinense passaram a desenvolver, de certa forma, a política de prevenção e ação comunitária, conhecida no Estado como política de interiorização, conforme vimos no capítulo 4, para o gerenciamento da loucura, baseando-se nos princípios da psiquiatria norte-americana.

Sua efetivação buscou diminuir o fluxo de pacientes do interior para o hospício-colônia localizado próximo à Capital, ao mesmo tempo em que objetivava ampliar o poder de ação da psiquiatria como um todo.

Assim, tal política é aqui interpretada como o marco inicial em Santa Catarina da ampliação do poder

psiquiátrico, que se desloca do hospício para agir sobre toda a comunidade.

Seguindo os mesmos passos da política nacional, Santa Catarina incrementa o seu processo de psiquiatrização do social, fenômeno caracterizado por cinco fatores básicos:

- a) ampliação da identificação dos sintomas que servem para diagnosticar (rotular) "doenças mentais";
- b) ampliação da classificação dos tipos de "doenças mentais";
- c) aumento no número de "doentes mentais";
- d) aumento no número de instituições psiquiátricas;
- e) aceitação coletiva - decorrente da ideologia das "doenças mentais" - do trancafiamento, pois assim como o psiquiatra "naturaliza" a doença mental, a população tende a ver como "natural" o seu trabalho.

Ao chegarmos na década de 80, observamos o alto grau de internações e reinternações, ao mesmo tempo em que a racionalização e o planejamento em saúde mental chega ao ponto de prever para o ano de 1982 o número de 86.990 consultas médicas de diagnósticos; o tratamento de 65.242 pacientes; encaminhamento de 1.293 pacientes para internação em alguma fase do tratamento, e a realização de 195.723 consultas de controle de tratamento.

Neste momento, destacamos a efetivação de uma política de suspeita generalizada onde todos podem tornar-se "doentes mentais". Assim, os objetivos a serem alcançados pelas políticas públicas do início da década de 80 até 1987 podem ser sintetizados pela vontade de se diagnosticar e

controlar, precocemente, indivíduos portadores de "doença mental".

Já em 1987, inicia-se a incrementação de um discurso voltado para as propostas de desospitalização, proposta em total acordo com as políticas públicas na área da saúde mental em nível nacional. Dessa forma, Santa Catarina passa a implantar uma série de novas instituições psiquiátricas de caráter extra-hospitalar: ambulatórios, enfermarias psiquiátricas, centros de apoio, internações em hospitais gerais com o tempo médio de permanência reduzido etc.

A partir desta análise, pode-se observar quatro momentos das políticas públicas de saúde mental em Santa Catarina, os quais estão de pleno acordo com as políticas nacionais. São estes:

- a) desenvolvimento do modelo de gestão asilar da loucura;
- b) desenvolvimento da política de privatização da assistência ao louco;
- c) interiorização da ação psiquiátrica, baseando-se no modelo preventivista e da ação comunitária, e
- d) início da política de desospitalização da loucura, com o conseqüente acréscimo das instituições extra-hospitalares.

É importante ressaltar que tal divisão serve apenas para fins analíticos, já que não houve a superação de um momento por outro. Assim, as políticas públicas de saúde mental catarinense e/ou nacional até 1987 estão marcadas, ao mesmo tempo, pela gestão asilar da loucura, pela sua privatização, pela interiorização (preventivista comunitária) e pela desospitalização da loucura. Em decorrência, tem-se uma prática psiquiátrica caracterizada pela pretensão da cura, pela obtenção do lucro, pela

segregação ou exclusão, e pela ampliação da ação do psiquiatra para além dos muros do hospício.

Através de uma perspectiva bastante otimista, é possível visualizar indícios de mudanças na prática psiquiátrica brasileira e, conseqüentemente, na de Santa Catarina, onde, paulatinamente, desestimula-se a perpetuação de instituições com práticas que faziam sucesso no século XIX, no Brasil Imperial, ou nos séculos XVII e XVIII na Europa.

Esta perspectiva de mudança concretiza-se na tentativa de efetivação da política de desospitalização através da qual se busca a redução dos hospícios e a incrementação de instituições extra-hospitalares, bem como a redução do tempo médio de permanência das internações além de um novo tipo de relação entre médico e paciente. A longo prazo, pode ocorrer - e já ocorre em alguns municípios - o processo de desinstitucionalização da loucura. Sendo, no entanto, esta iniciativa ainda incipiente, não nos aprofundamos, aqui, em sua análise.

Vale a pena ressaltar, no entanto, que o marco inicial desta esperançosa mudança acontece com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em que os profissionais da área de saúde mental assumem a consciência de que podem tornar-se instrumentos de dominação da população, assumindo, conseqüentemente, a necessidade de uma revisão crítica para redefinir o seu papel e reorientar sua prática, visando a configurar a sua identidade ao lado das classes exploradas.

Nesta Conferência, tenta-se resgatar, ainda, a cidadania do "doente mental". Para tanto, elabora-se a proposta de revisão e reformulação de toda a legislação em vigor sobre a "doença mental", sustentada ainda na Lei de 1934. Em conseqüência, tramita atualmente na Câmara e no

Senado Federal Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que propõe uma reformulação ampla não somente da legislação mas também da prática psiquiátrica.

Enfim, vários outros aspectos poderiam ser resgatados para mostrar que as políticas públicas na área da saúde mental estão se desenvolvendo, embora lentamente, num sentido que as afasta das propostas que visam à manutenção do modelo de gestão asilar da loucura.

No entanto, há uma consideração importante a ser feita, no que diz respeito à efetivação da política de desospitalização no país e em Santa Catarina. Neste sentido, apontamos duas possibilidades:

a) caso a política de desospitalização se fundamente nas posturas identificadas na Tese Psiquiátrica, corre-se o risco de haver uma incrementação da psiquiatrização do social, já que ocorrerá o aumento de instituições psiquiátricas, principalmente nos níveis ambulatorial e emergencial. Isto porque a Tese Psiquiátrica ainda se fundamenta em Esquirol para justificar a internação do louco (ver capítulo 1, p. 5). Além disso, a relação de poder entre a equipe profissional e os pacientes continuará a ser uma relação onde não apenas o psiquiatra, mas a equipe multiprofissional como um todo, poderá dizer: "sabemos sobre sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito" (Foucault, 1982). Assim, as mudanças que ocorrerão com a efetivação desta política podem vir a ser apenas mudanças adaptativas para enfrentar as contradições de um novo contexto no final do século XX.

b) por outro lado, caso a política de desospitalização se fundamente nos pressupostos da Antítese

Psiquiátrica, teremos o início de um processo de desospitalização da loucura em que a relação médico-paciente sofre necessariamente mudanças, já que este não perde nenhum direito; e em que as "doenças" psiquiátricas passam por uma espécie de peneira para que sejam separadas as doenças cerebrais das "doenças" que se originam nas relações sociais. Consequentemente, a relação entre equipe multiprofissional e "paciente", assim como a relação no interior da própria equipe, sofre alterações, já que a relação passa a ter um caráter horizontal em substituição à relação vertical, própria da Tese Psiquiátrica que, como foi visto, concentra o poder de decisão e controle nas mãos dos médicos.

Assim, mediante a efetivação desta política de desospitalização, baseando-se nos pressupostos da Antítese Psiquiátrica, poderemos desinstitucionalizar a "doença mental" no Brasil e concretizar, assim, as propostas apresentadas na Síntese Psiquiátrica.

Até o momento, podemos concluir que prevalece a primeira possibilidade. Para que a segunda se realize é necessário que se produzam algumas mudanças na forma de pensar a "doença mental". É importante que ela seja entendida, em primeiro lugar, como algo que não é pertinente ao conjunto dos elementos que compõem o meio natural. Esta duvidosa "doença" faz parte do conjunto da ação cultural do homem, e neste sentido ela é histórica. Se for assim entendida, dar-se-á um passo importante para o processo de despsiquiatrização, pois se a "doença mental" é histórica, é passível de ser mudada.

Um outro aspecto que requer atenção diz respeito ao caráter policialesco assumido principalmente pela Tese Psiquiátrica, que encaminha ações para regular os

comportamentos sociais, retirando da presença dos normais aqueles rotulados como anormais.

É importante, também, que se supere a abordagem que interpreta o comportamento humano como algo determinado pelo subconsciente - ou qualquer outro "ente" - deixando as relações do homem com os homens e com as coisas em segundo plano, como queria Franco da Rocha em seu discurso "Do Delírio em Geral", ou como no caso de Febrônio índio do Brasil, em que se tenta demonstrar que as causas que levam o indivíduo a ter um comportamento rotulado como "neurótico", "paranóico", "criminoso" estariam no seu interior, no subconsciente.

É necessário que se passe a pensar o "doente mental" como uma pessoa que tem problemas nas relações, problemas existenciais que até podem conduzir o indivíduo a um estado de sofrimento. Mas o fato de estar sofrendo não significa que esteja necessariamente doente, mas, sim, com dificuldades de tomar decisões e de se relacionar com o meio em que vive. Neste sentido, os cuidados que devem ser prestados a tal pessoa não se limitam a isolá-la do social, mas, através da ação de equipes multiprofissionais, buscar a sua inserção no conjunto das relações sociais, incluindo o mercado de trabalho.

A Antítese e a Síntese Psiquiátrica abrem as trilhas necessárias para que possamos pensar e efetivar uma nova relação entre loucura e sociedade, onde reclusão/exclusão, maus tratos/abandono e a conseqüente perda da cidadania do louco podem ser superadas.

Nesta nova postura, quando se fala em prevenção, não se pensa em prevenir a doença, mas, sim, em prevenir-se da própria instituição psiquiátrica, do aparelho repressivo (sociedade política) que detém o poder de etiquetar, sequestrar e cronificar o paciente.

Felizmente, esta nova realidade está emergindo, e está sendo tentada, por exemplo, na Itália. Existe também, de forma bastante incipiente, na cidade de Santos, Estado de São Paulo. Em Santa Catarina as propostas da Antítese até podem ser encontradas em alguns discursos oficiais ou informais, mas nada se encontra, em nível oficial, que diga respeito à Síntese Psiquiátrica. Na cidade de Florianópolis, fora da esfera estatal, começa a emergir o Movimento Antimanicomial, que, em última instância, luta pelo fim dos hospitais psiquiátricos e pela construção do processo de desinstitucionalização da loucura.

Neste sentido, é preciso que se reconheça que muito ainda precisa ser feito para que se reverta o processo de psiquiatrização em que a sociedade ocidental e conseqüentemente a brasileira está inserida. É necessário que os agentes envolvidos nas políticas públicas de saúde mental se dêem conta da complexidade do fenômeno e, por isso, é de fundamental importância o papel das equipes multiprofissionais.

A atuação da Sociologia - que, como vimos no capítulo 3, passou a ser solicitada para o planejamento e execução das políticas de saúde mental - serviu num primeiro momento para o desenvolvimento da Tese Psiquiátrica. Cabe agora rever o caminho percorrido, identificar os erros para superá-los, resgatando inclusive as contradições de classe que envolvem a problemática da "doença mental" e, neste sentido, demonstrar a quem vem servindo a atuação psiquiátrica. Cabe também à Sociologia, principalmente à Sociologia Política, analisar a centralização do poder nas mãos da psiquiatria, bem como desenvolver ações para que seja desmontado o mito da "doença mental".

Enfim, várias outras formas de atuação cabem à Sociologia na sua crítica à psiquiatria. A nossa escolha foi

a de buscar uma aproximação entre estes dois saberes através da descrição das políticas públicas de saúde mental no Brasil e em Santa Catarina, pretendendo contribuir para a sistematização dos dados envolvidos nesta problemática e chamar a atenção para o fato de que a sociedade se encontra cada vez mais psiquiatrizada e dominada pela ideologia das "doenças mentais".

BIBLIOGRAFIA

- ALENCAR, Francisco et al. História da Sociedade Brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1981.
- BARROS, José M. de Aguiar. "Utilização Política Ideológica da Delinquência". In: Cadernos do CEAS, nº 71, jan/fev. 1981.
- BASTIDE, Roger. Sociologia das Doenças Mortais. São Paulo: Nacional, 1967.
- BEÇA, Eugênia Turem Ko. "Reformulação da Assistência Psiquiátrica, Realidade e Perspectivas". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Vol. 30, nº 6, nov/dez/ 1981.
- BERLINGER, Giovanni. Psiquiatria e Poder. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.
- . A Doença. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1988.
- et al. Reforma Sanitária Itália e Brasil. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1988.
- BIRMAN, Joel. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- . "Psiquiatria e Instituição". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria/Asociacion Psiquiatrica de la América Latina, Vol. 8, nº 2, abr/mai/jun. 1986.

- BLAYA, Marcelo. Conceito de Psiquiatria Dinâmica. In: Revista da Associação Médica Brasileira, Vol. 9, Ano 1-2, 1963.
- BRAUNSTEIN, Néstor A. Psiquiatria. Teoría del suieito. psicoanálisis (hacia Lacan). 4.ed. México: Siglo Veintiuno Editores, 1985.
- CANON, Valdemar Augusto Angerani (Org.). Crise. Trabalho e Saúde Mental no Brasil. São Paulo: Traço Editora, 1986.
- CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: -Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989.
- CHAUI, Marilena. Cultura e Democracia: O Discurso competente e outras falas. 3.ed. São Paulo: Moderna, 1982.
- CHAVES, Ernani. Foucault e a Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- CIULLA, Luiz. Saúde Mental nas Etapas da Vida. Porto Alegre: Movimento, 1976.
- COOPER, David. Psiquiatria e Antipsiquiatria. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- COSTAMARIS, P.J. et al. "Formalização de Políticas e Planejamento de Saúde Mental". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 1, Vol. 1, nº 3, out/nov/dez. 1979.
- COSTA E SILVA, J.A. "Assistência Psiquiátrica na Realidade Brasileira". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Vol. 3, nº 7, jul/ago/set. 1981. p. 118-121.

- COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério Almeida (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.
- COSTA, Nilson do Rosário et al. (Orgs.). Demandas Populares. Políticas Públicas e Saúde. Vol. I e II. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci: Fontes do Pensamento Político. Porto Alegre: L&PM, 1981.
- DA ROCHA, F. Franco. Do Delírio em Geral. In: Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 1, nº 1, 1967. p. 127-142.
- DE MACEDO, M.R.C. Política de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 1981, não paginado. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio do Janeiro, 1981.
- DESTEFANI, Marcos. "Evolução do Conceito de Doença Mental. Conceito Fenomenológico". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 1, Vol. 2, nº 4, out/nov/dez. 1980.
- DORING H., Maria Teresa. Contra el Manicomio. México: UAM Xochimilco, 1985.
- DREIFFUS, René Armand. 1944: A Conquista do Estado: Ação Política, Poder e Golpe de Classe. Petrópolis: Vozes, 1981.
- FERRAZ, Marcos Pacheco de Toledo. "Por uma Nova Política de Saúde Mental". In: Revista da Associação de Psiquiatria, Ano 1, Vol. 2, nº 3, jul/ago/set. 1980.
- FIGUEIRA, Sérvulo A. (Org.). Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985.

- FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.
- . História da Loucura na Idade Clássica. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- . Microfísica do Poder. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- . Um Diálogo sobre el Poder y Otras Conversaciones. 2.ed. Madrid: Alianza Editorial, 1984.
- . Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FRAYSE-PEREIRA, João A. O que é Loucura. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- FREYRE, Gilberto. Médicos, Doentes e Contextos Sociais: Uma Abordagem Sociológica. Rio de Janeiro: Globo, 1983.
- FROMM, Erich. Psicanálise da Sociedade Contemporânea. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1970.
- GALVÃO, Luiz de Almeida Prado. "Notas para a História da Psicanálise". In: Revista Brasileira de Psicanálise, Vol. 1, nº 1, 1967. p. 08-59.
- GARCIA, Ramón (Org.). Psiquiatria o Ideologia de la Locura. Barcelona: Anagrama, 1972.
- GAVILANES, Francisco D. "Classes Sociales y Salud Mental en Latino América". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 5, Vol. 5, nº 16, jan/fev/mar. 1983.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- et al. Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

- GRAMSCI, Antonio. Maquiavel, A Política e o Estado Moderno. 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.
- , Os Intelectuais e a Organização da Cultura. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- GUATARRI, F. Capitalismo e Esquizofrenia: O Anti-édipo. São Paulo: Imago, 1976.
- INFANTE, Raffaele. Ecologia da Saúde Mental: Uma Nova Perspectiva Interdisciplinar. Rio de Janeiro: UFRJ, 1989.
- KEEN, Ernest. Introdução à Psicologia Fenomenológica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- LAING, R.D. A Voz da Experiência: Experiência, Ciência e Psiquiatria. Petrópolis: Vozes, 1988.
- LANCETTI, Antonio et al. Saúde Mental e Cidadania. 2.ed. São Paulo: Mandacaru/Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1990.
- , Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec, nº 1, 1989.
- LECLAIRE, Serge. Psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 1977.
- LÊNIN, V.I. O Estado e a Revolução. São Paulo: Hucitec, 1987.
- LOYELLO, W. "A Psicoterapia e a Concepção do Homem". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 1, Vol. 1, nº 2, jul/ago/set. 1979.
- LUZ, Madel T. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégias de Hegemonia. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MACHADO, Roberto. Ciências e Saber: A trajetória da Arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

- MAIA, Edmundo. Visão Panorâmica da Assistência Psiquiátrica no Brasil. In: Revista Brasileira de Saúde Mental, Vol. VI, nº único. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro, dez. 1961, p. 1-107.
- MARCOS, Sylvia (Org.). Antipsiquiatria e Política. 2.ed. México: Extemporaneos, 1981.
- . Manicomios e Prisões. México: Fontamara, 1983.
- MAFFATT, Alfredo. Psicoterapia do Derimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1984.
- MEDEIROS, Jotabê. "18% dos Paulistanos têm algum distúrbio mental, Aponta Pesquisa". Folha de São Paulo. São Paulo, 28 ago. 1990. C-1.
- MEDEIROS, T.A. Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977. 150p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.
- NENMIAH, John C. Fundamentos da Psicologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- NICÁRIO, Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- OBIOLS, Juan. Psiquiatria e Antipsiquiatria. Rio de Janeiro: Salvat, 1979.
- ODALIA, Nilo. O que é a Violência. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- PAIM, Isaías. "Meio Século de Medida de Segurança". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, Vol. 3, nº 8, out/nov/dez. 1981.
- PENHA, João. O que é existencialismo. São Paulo: Brasiliense, 1982.

- PONTES, Cleto Brasileiro. "O Hospital Psiquiátrico". In: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 6, Vol. 6, nº 20, jan/fev/mar. 1984.
- PORTER, Roy. Uma História Social da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.
- SAGAWA, R.Y. "A Psicanálise e os Pioneiros da Psicanálise em São Paulo". In: FIGUEIRA, A.A. (Org.). Cultura da Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- SAIDE, O.L. "Psiquiatria e Psicoterapia Existencial - princípios para uma orientação filosófica". In: Informação Psiquiátrica, Vol. 9, nº 2. Rio de Janeiro, abr/mai/jun. 1990.
- , Psiquiatria e Organização do Estado Brasileiro. Rio de Janeiro: UERJ [1980?] não paginado. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, [1980?].
- SAIS, Almir Pedro et al. Um Esboço para uma Teoria da Personalidade. Florianópolis: Edições NUCA, 1987.
- SARTRE, J.P. Sartre no Brasil: A Conferência de Araraquara. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: UNESP, 1986.
- , A Imaginação. São Paulo: Difel, 1989.
- , O Existencialismo é um Humanismo. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Os Pensadores).

- SIMÕES, Luzinete. El Modo de Producción Capitalista y la Fractura en las Relaciones Sociales: Elementos Teóricos Para una Reflexión Sobre la Enfermedad Mental en Bahía, Brasil. UNAM, 1989. 242p. Dissertação (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Ciências Políticas y Sociales, Universidade Nacional Autónoma de México, 1989.
- SORZELLI JUNIOR, Achilles. "Considerações sobre a Assistência aos Doentes Mentais" In: Arquivos de Higiene, Vol. 23, Tomo 1. Ministério da Saúde, 23 set. de 1967.
- SUÁREZ, Armando (Org.). Razón, locura y sociedad. 3.ed. México: Siglo XXI, 1982.
- SZASZ, Thomas S. Dor e Prazer: um estudo das sensações corpóreas. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- , Ideologia e Doença Mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1979.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.
- TREIGER, J. "Assistência Psiquiátrica no Brasil". In: Revista Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, Vol. 3, nº 5, jan/mar de 1981.
- VIDLA, E. "A Problemática do Estado e do Regime Político - um ensaio desde a ótica da democracia política". In: Cadernos de Ciências Sociais, Vol. 1, nº 1. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1980.

Documentos Nacionais

BRASIL, Decreto nº 24.559 - 3 jul. 1934. Dispõe sobre profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL, Decreto nº 967 - 15 mai. 1962. Dispõe sobre normas técnicas especiais para ingresso e fixação de estrangeiros no país e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1962.

BRASIL. Decreto nº 652 - 15 fev. 1967. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 282 - 22 set. 1970. Aprova o regimento da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. *Documenta*, Brasília, 1970.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Documento Oficial nº 8. Plan decenal de la salud para las Americas Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. (Santiago, Chile, 2-9 de outubro de 1972). Washington, Enero de 1973.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 32/BSB - 20 jan. 1974. Resolve sobre elaboração e execução de Programas de Saúde Mental. *Diário Oficial*. Brasília, 31 jan. 1974, Seção I - Parte I.

DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Diretrizes para a Área de Saúde Mental, Ministério da Saúde. *Documenta*, Brasília, 1980.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária. **Documenta**, Brasília dez. 1982.

DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. A política de saúde mental da "Nova República". Ministério da Saúde. **Documenta**, Brasília, jul. 1985.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório do grupo de trabalho em saúde mental. **Documenta**. Brasília, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1ª, 1987. Brasília. **Relatório Final**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

Documentos Estaduais

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa referente ao exercício de 1935 do Governador Nereu de Oliveira Ramos. Florianópolis, 16 jan. 1936.

IMPrensa OFICIAL. Relatório ao Presidente da República por Nereu Ramos (Interventor Federal) referente ao exercício de 1943. Florianópolis, out. 1944.

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa, pelo governador Aderbal Ramos da Silva, referente ao exercício de 1947. Florianópolis, 15 abr. 1948.

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo governador Aderbal Ramos da Silva, referente ao exercício de 1949. Florianópolis, 15 abr. 1950.

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício de 1951. Florianópolis, 15 abr. 1952.

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício 1953. Florianópolis, 1954.

IMPrensa OFICIAL. Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Irineu Bornhausen, referente ao exercício de 1954. Florianópolis, 15 set. 1955.

IMPrensa OFICIAL. Primeira Mensagem Anual à Assembléia Legislativa, pelo Governador Ivo Silveira, referente ao exercício de 1965. Florianópolis, 15 mar. 1966.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA. Flagrantes administrativos. Florianópolis, 1935-1940.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA - Coordenação de Saúde Mental. A assistência psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1983?]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1940?]

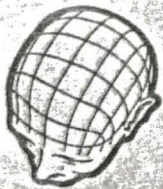
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. O Serviço de Saúde Mental do DASP e a sua integração com o CONASP. Florianópolis, [1983?].

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1983?]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA/SUPERINTENDÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUL. Diagnóstico Institucional do Setor Saúde em Santa Catarina. Florianópolis, 1973.

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Coordenação de Saúde Mental. A Assistência Psiquiátrica no Estado. Florianópolis, [1980?]
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Saúde Mental para 1982. Florianópolis, 1982.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Relatório do Serviço de Saúde Mental. Florianópolis, 1984.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Avaliação do Exercício de 1985. Florianópolis, 1986.
- SANTA CATARINA. Decreto nº 24.982 - 14 mar. 1985. Regulamenta os artigos 10 e 11 da Lei nº 6.320 de 20/12/1983, que dispõe sobre doença mental. Florianópolis, Diário Oficial, nº 12.669, de 15 mar. 1985.
- DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA/SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL. Relatório Anual. Florianópolis, 1986.
- HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA. Relatório Estatístico - Boletim Anual. São José, 31 dez. 1986.
- COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL. Diretrizes da Política de Saúde Mental para o Estado. Florianópolis, dez. 1987.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Relatório das Atividades do Serviço de Saúde Mental referente ao exercício de 1988. Florianópolis, 17 dez. 1988.

ANEXOS



QUESTIONÁRIO SOBRE DISTÚRBIOS MENTAIS



Você ou alguém da sua família (no último ano)...

- 1 — Sofre de falta de apetite?
- 2 — Tem dificuldade para dormir?
- 3 — Se queixa de zumbidos nos ouvidos, agonia na cabeça?
- 4 — Sente dores ou pontadas frequentes na cabeça?
- 5 — Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?
- 6 — Fica agressivo, explode com facilidade?
- 7 — Fica períodos triste, com desânimo?
- 8 — Sente bolo na garganta, queimação ou peso no estômago?
- 9 — Sente tremores ou frieza nas mãos?
- 10 — Tem com frequência crises de irritação?
- 11 — Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender coisas?
- 12 — Consome bebidas alcoólicas?
- 13 — Às vezes fica parado, chorando muito?
- 14 — Já pensou em dar fim na vida?
- 15 — Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?
- 16 — Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?
- 17 — Já ficou sem poder falar ou enxergar?
- 18 — Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?
- 19 — Se embriaga pelo menos uma vez por semana?
- 20 — Bebe diariamente?
- 21 — Se queixa de palpitação ou aperto no coração?
- 22 — Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?
- 23 — Se preocupa muito com doenças? Se queixa sempre?
- 24 — Já sofreu algum ataque depois de um susto ou contrariedade?
- 25 — Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados ou de escuro?
- 26 — Após fechar as portas verifica várias vezes se estão bem fechadas?
- 27 — Se queixa de ouvir vozes ou vê coisas que outros não vêem?
- 28 — Fala coisas sem sentido, bobagens?
- 29 — Fala ou ri sozinho?
- 30 — Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal?
- 31 — Sente que está sendo controlado por telepatia por rádio ou espíritos?
- 32 — Às vezes fica muito tempo numa posição estranha?
- 33 — Fica períodos exageradamente alegre sem saber por quê?
- 34 — Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?
- 35 — Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos? Qual?
- 36 — Não consegue frequentar a escola?
- 37 — Sofre de acessos de loucura?
- 38 — Sofre de retardamento mental?
- 39 — Tem mania de limpeza ou arrumação? Exageradamente?
- 40 — Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?
- 41 — Sofre de ataques, caindo no chão se batendo?
- 42 — É dado ao uso de drogas? Qual?
- 43 — Bebe exageradamente?

Alguém da sua família:

- 44 — Não sabe se vestir, urina e defeca nas roupas?
- 45 — Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?

ANEXO 2 / TABELA 1

PRODUÇÃO DE SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIAIS E
DE INTERNAÇÃO E COBERTURA POPULACIONAL

BRASIL - 1984 A 1987

| ANO | CONSULTAS | INTERNACOES | COBERTURA/1000 HAB. | |
|------|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| | | | CONSULTAS | INTERNACOES |
| 1984 | 4.065.635 | 362.924 | 30,64 | 2,73 |
| 1985 | 4.869.217 | 364.143 | 35,91 | 2,68 |
| 1986 | 3.459.129 | 342.909 | 24,97 | 2,47 |
| 1987 | 3.253.980 | 342.822 | 22,98 | 2,42 |
| % | - 19,9 | - 5,5 | - 25,0 | - 11,3 |

FONTE: INAMPS EM DADOS - 1984 A 1987

ANEXO 3 / TABELA 2

INTERNACAO NA CLINICA PSIQUIATRICA, POR PRESTADOR

BRASIL - 1984 A 1987

| ANO | LEITOS PUBLICOS E CONVENIADOS | | LEITOS PRIVADOS/ CONTRATADOS | | TOTAL | |
|------|-------------------------------------|------|---------------------------------|------|-----------------------|-----|
| | NUMERO DE INTERNACOES | % | NUMERO DE INTERNACOES | % | NUMERO DE INTERNACOES | % |
| 1984 | 64.237 | 17,7 | 298.687 | 82,3 | 362.924 | 100 |
| 1985 | 92.737 | 25,5 | 271.406 | 74,5 | 364.143 | 100 |
| 1986 | 79.245 | 23,1 | 263.664 | 76,9 | 342.909 | 100 |
| 1987 | 75.994 | 22,2 | 266.828 | 77,8 | 342.822 | 100 |
| % | 18,3 | | - 10,7 | | - 5,5 | |

FONTE: INAMPS EM DADOS - 1984 A 1987

ANEXO 4 / TABELA 3

PRODUCAO DE SERVICOS AMBULATORIAIS SEGUNDO O PRESTADOR E PROPORCAO
EM RELACAO AO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS
BRASIL - 1984 A 1987

| ANO | ESTABELECIMENTOS PUBLICOS E CONVENIADOS | | ESTABELECIMENTOS PRIVADOS/ CONTRATADOS | | TOTAL | | % EM RE AO TOTA CONS.ME |
|------|---|------|---|------|--------------------------------------|-----|-------------------------------|
| | NUMERO DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS | % | NUMERO DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS | % | NUMERO DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS | % | |
| 1984 | 2.137.260 | 52,6 | 1.928.375 | 47,4 | 4.065.635 | 100 | 1,72 |
| 1985 | 2.243.589 | 66,7 | 1.625.628 | 33,3 | 3.869.217 | 100 | 1,62 |
| 1986 | 2.256.806 | 65,2 | 1.202.323 | 34,8 | 3.459.129 | 100 | 1,45 |
| 1987 | 2.303.190 | 70,8 | 950.790 | 29,2 | 3.253.980 | 100 | 1,31 |
| % | 7,8 | | - 50,7 | | - 28,0 | | |

O PARAMETRO DA DINSAM PARA A PROPORCAO DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS
EM RELACAO AO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS E DE 5%

NOTE: INAMPS EM DADOS - 1984 A 1987

IBGE - 1989

ANEXO 5 / TABELA 4

MAPA DEMONSTRATIVO DAS ENTRADAS E SAIDAS DE DOENTES DOS SEIS ANOS DE FUNCIONAMENTO

| Existiam em janeiro | ENTRADAS | | | | SAIDAS | | | | | | | Existiam de dezembro |
|---------------------|-----------|-------------|-----------|-------|--------|---------|-------|--------------|--------|-------|-------|----------------------|
| | Admitidos | Readmitidos | Regressos | Total | ALTAS | | Total | Em alteração | Óbitos | Total | | |
| | | | | | Cura | Melhora | | | | | | |
| 2 - "0" | 311 | "0" | "0" | 311 | 9 | 27 | 36 | 11 | 11 | "0" | 58 | 25 |
| % | | | | | | | 11,5 | 3,5 | 3,5 | | | |
| 3 - 253 | 119 | 4 | 16 | 139 | 6 | 57 | 63 | 14 | 17 | "0" | 94 | 21 |
| % | | | | | | | 16 | 3,8 | 4,3 | | | |
| 4 - 298 | 119 | 9 | 70 | 198 | 27 | 102 | 129 | 12 | 21 | 8 | 165 | 3 |
| % | | | | | | | 26 | 2,4 | 4,2 | 0,4 | | |
| 5 - 331 | 161 | 12 | 70 | 263 | 36 | 123 | 159 | 16 | 21 | 11 | 207 | 3 |
| % | | | | | | | 26,7 | 2,6 | 3,5 | 1,8 | | |
| 6 - 387 | 207 | 21 | 50 | 278 | 63 | 113 | 176 | 13 | 28 | 18 | 235 | 8 |
| % | | | | | | | 26,4 | 2,1 | 4,3 | 2,8 | | |
| 7 - 428 | 194 | 27 | 50 | 311 | 138 | 103 | 239 | 13 | 47 | 11 | 310 | 4 |
| % | | | | | | | 32,2 | 1,7 | 6,3 | 1,4 | | |
| TOTAL | 1 131 | 73 | 296 | 1 500 | 277 | 525 | 802 | 79 | 125 | 43 | 1 067 | |

Fonte: Mensagem à Assemblêia Legislativa, pelo Governador Aderbal Ramos da Silva, em 15/04/1948. DIÁRIO OFICIAL.

ANEXO 6 / TABELA 5

DOENTES INGRESSADOS NO ANO DE 1947 — HOMENS 119 — MULHERES 75

| PROCEDÊNCIA | | INSTRUÇÃO | | PROFISSÃO | | ESTADO CIVIL | |
|-------------|----------------|-----------|-------------|-----------|---------------|--------------|----------|
| N. | Municípios | N. | Grão | N. | | N. | |
| 36 | Florianópolis | 127 | Primária | 1 | Criador | 92 | Solteiro |
| 1 | Bom Retiro | 5 | Secundária | 1 | Jardineiro | 90 | Casado |
| 1 | Jaraguá do Sul | 1 | Superior | 41 | Lacrador | 4 | Ignorado |
| 14 | Laguna | 52 | Analfabetos | 1 | Tintureiro | 8 | Viúvo |
| 14 | Tubarão | 9 | Ignorado | 3 | Pescador | | |
| 16 | Tijucas | | | 8 | Estudante | | |
| 6 | Biguaçu | | | 13 | Operário | | |
| 10 | Blumenau | | | 4 | Comércio | | |
| 4 | Brusque | | | 2 | Pinlor | | |
| 1 | Pôrto Belo | | | 4 | Servical | | |
| 2 | Crescuma | | | 1 | Motorista | | |
| 3 | Timbó | | | 1 | Rádio Telegr. | | |
| 19 | Palhoça | | | 3 | Militar | | |
| 10 | Lajes | | | 2 | Dactilógrafo | | |
| 3 | Rio do Sul | | | 4 | Escrivário | | |
| 1 | Corumbá | | | 2 | Industrial | | |
| 3 | Caçador | | | 1 | Ferreiro | | |
| 2 | Corupá | | | 1 | Jornalista | | |
| 9 | São José | | | 2 | Mineiro | | |
| 1 | Chapecô | | | 2 | Sapateiro | | |
| 4 | Nova Trento | | | 2 | Camista | | |
| 1 | Maíra | | | 1 | Foguista | | |
| 7 | Itajaí | | | 2 | Marítimo | | |
| 4 | São Francisco | | | 1 | Advogado | | |
| 2 | Urussanga | | | 5 | Funcionários | | |
| 2 | Joaçaba | | | 14 | Ignorado | | |
| 4 | São Joaquim | | | 72 | Doméstica | | |
| 1 | São Paulo | | | | | | |
| 1 | Videira | | | | | | |
| 2 | Caritíbanos | | | | | | |
| 1 | Joinvile | | | | | | |
| 4 | Rodeio | | | | | | |
| 1 | Oriente | | | | | | |
| 1 | Camboriú | | | | | | |
| 2 | Indaial | | | | | | |
| 1 | Est. Parana | | | | | | |
| 194 | | 194 | | 194 | | 194 | |

Fnte: Mensagem à Assembléia Legislativa, pelo Governador Aderbal Ramos da Silva, em 15/04/1948. DIÁRIO OFICIAL.

ANEXO 7 / TABELA 6

| Órgãos de serviço | 1951 | 1952 | 1953 | 1954 | TOTAL |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Cr\$ | Cr\$ | Cr\$ | Cr\$ | Cr\$ |
| Departamento de Saúde Pública | 8.703.700,00 | 11.734.800,00 | 13.018.200,00 | 15.907.808,80 | 49.364.508,80 |
| Hospital Colônia Santana | 2.809.200,00 | 5.639.980,00 | 6.383.300,00 | 6.977.842,40 | 21.810.322,40 |
| Hospital Colônia Santa Teresa .. | 3.724.200,00 | 3.489.900,00 | 3.819.500,00 | 4.612.842,40 | 15.646.442,40 |
| Hospital Nerêu Ramos | 1.201.960,00 | 2.051.160,00 | 2.051.160,00 | 2.101.360,00 | 7.405.640,00 |
| Maternidade Teresa Ramos | 532.200,00 | 697.200,00 | 812.200,00 | 800.560,00 | 2.842.160,00 |
| Maternidade Darcy Vargas | 532.200,00 | 697.200,00 | 812.200,00 | 818.520,00 | 2.860.120,00 |
| Abrigo de Menores | 1.859.656,00 | 2.520.780,00 | 2.624.420,00 | 3.058.918,00 | 10.063.774,00 |
| TOTAIS | 19.363.116,00 | 26.831.020,00 | 29.520.980,00 | 34.277.851,60 | 109.992.967,60 |

Fonte: Mensagem à Assembléia Legislativa, pelo Governador Irineu Bornhausen, em 15/04/1955. DIÁRIO OFICIAL.

AMBULATORIOS DE SAUDE MENTAL IMPLANTADOS NAS UNIDADES SANITARIAS

TRIBUINDOS POR CARS, CIDADE, TIPO DE UNIDADE E EQUIPE RESPONSÁVEL

| CARS | CIDADE | Tipo de Unidade. | EQUIPE RESPONSÁVEL | | | | |
|------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|------------|----------------|-----------------|
| | | | Médico Psiquiatra. | Médico Generalista. | Enfermeiro | Assis. Social. | Auxil. de Saúde |
| I ^o | Florianópolis | A | 02 ² | 01 | 01 | 01 | 01 |
| I ^o | S. José-Barreiros | A | 01 | - | 01 | 01 | 01 |
| I ^o | Pelhoça | B | - | - | 01 | 01 | 01 |
| I ^o | Brusque | A | - | 01 | - | - | 01 |
| I ^o | Blumenau | A | 01 | - | - | 01 | 01 |
| II ^o | Joinville | A | 01 | - | 01 | - | 01 |
| II ^o | Itajaí | A | 02 | - | - | 01 | 01 |
| II ^o | Meira | A | 01 | - | - | - | 01 |
| II ^o | Lançinhas | A | - | 01 | - | - | 01 |
| II ^o | Rio Negrinho | C | - | 01 | - | - | 01 |
| II ^o | Porto União | A | 01 | - | - | - | 01 |
| III ^o | Criciúma | A | 01 | - | - | 01 | 01 |
| III ^o | Araranguá | A | - | 01 | - | - | 01 |
| III ^o | Tubarão | A | 01 | - | 01 | - | 01 |
| III ^o | Imbituba | A | 01 | - | - | -01 | - |
| IV ^o | Lages | A | 01 | - | 01 | 01 | 01 |
| IV ^o | Rio do Sul | A | 01 | - | - | - | 01 |
| IV ^o | Som Reiro | B | 01 | - | - | - | 01 |
| V ^o | Joaçaba | A | - | 01 | - | - | 01 |
| V ^o | Videira | B | - | 01 | - | - | 01 |
| V ^o | Campos Novos | A | - | 01 | - | - | 01 |
| V ^o | Itapiranga | A | - | 01 | - | - | 01 |
| V ^o | Concórdia | E | - | 01 | 01 | - | 01 |
| V ^o | Curitibanos | A | - | 01 | - | - | 01 |
| VI ^o | Chapecó | A | 01 | - | - | - | 01 |
| VI ^o | S. Miguel D'Este | A | - | 01 | - | - | 01 |
| VI ^o | Palmitos | B | - | 01 | - | - | 01 |
| VI ^o | S. Lourenço D'Este | B | - | 01 | - | - | 01 |
| VI ^o | Itapiranga | B | - | 01 | - | - | 01 |
| VI ^o | Dionísio Cerqueira | B | - | 01 | - | - | 01 |
| TOTAL | | | 18 | 18 | 07 | 07 | 28 |

Fonte: Secretaria de Estado Da Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

CONSULTA POR GRUPO DIAGNÓSTICO

ANOS: 1980 a 1986

| ANO | NEUROSE | PSICOSE | DEF. MENTAL | EPILEPSIA | ALCOOLISMO | DEF. DROGAS | OUTROS |
|------|---------|---------|-------------|-----------|------------|-------------|--------|
| 1980 | 9.593 | 12.351 | 1.618 | 5.180 | 801 | 299 | 996 |
| 1981 | 11.302 | 9.633 | 1.069 | 5.033 | 584 | 138 | 426 |
| 1982 | 9.238 | 8.850 | 970 | 5.236 | 448 | 110 | 1.200 |
| 1983 | 10.513 | 10.905 | 1.054 | 5.017 | 493 | 145 | 906 |
| 1984 | 11.597 | 12.423 | 1.513 | 4.891 | 1.130 | 290 | 1.522 |
| 1985 | 10.655 | 9.432 | 754 | 3.314 | 1.382 | 202 | 1.630 |
| 1986 | 14.614 | 13.317 | 2.471 | 5.366 | 1.429 | 145 | 1.430 |

Fonte: Departamento Autônomo de Saúde Pública. Avaliação do Exercício de 1985.