



# Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970

*The prelude to  
psychiatric reform in  
Brazil: the  
contradictions of the  
1970s*

Luiz Fernando Paulin

Professor associado  
de psiquiatria da Universidade São Francisco,  
Bragança Paulista  
Alameda Inglaterra 252, Jardim Europa  
12919-140 Bragança Paulista — SP Brasil  
fernandopaulin@zipmail.com.br

Egberto Ribeiro Turato

Professor doutor do Departamento de Psicologia  
Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências  
Médicas da Unicamp, Campinas  
Rua Carlos Guimarães, 230  
13024-300 Campinas — SP Brasil  
erturato@uol.com.br

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

O objetivo deste trabalho é a reconstrução histórica do período imediatamente anterior àquele que se denominou Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os marcos desse período são a criação do INPS, em 1967, e o momento em que ganhou destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978. Discutem-se as contradições da política oficial de saúde mental no país, enfocando critérios técnicos influenciados pelo modelo preventivista norte-americano, e a prática de financiamento e fortalecimento das instituições psiquiátricas privadas, em detrimento das ações comunitárias. Embora a maioria dos documentos oficiais da década de 1970 apresente uma proposta claramente voltada para as ações comunitárias, o que se observou foi a cristalização do modelo de compra de leitos psiquiátricos em hospitais privados pelo público.

PALAVRAS-CHAVE: reforma psiquiátrica, história da psiquiatria, política de saúde mental, psiquiatria social.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: 'The prelude to psychiatric reform in Brazil: the contradictions of the 1970s'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 241-58, May-Aug. 2004.

*The article provides a historical reconstruction of the period leading up to what has become known as Brazil's Movement for Psychiatric Reform, which runs from the 1967 creation of the national social welfare system (INPS) to 1978, when the Mental Health Workers Movement gained prominence. Focusing on technical criteria influenced by the U.S. prevention model, our discussion examines the contradictions in Brazil's official mental health policy and also looks at the practice of financing and strengthening private psychiatric institutions, to the detriment of community action. Although most official documents from the 1970s contain proposals clearly aimed at community actions, what we observe is the crystallization of a model under which the government purchases psychiatric beds in private hospitals.*

KEYWORDS: *psychiatric reform, history of psychiatry, mental health policy, social psychiatry.*

## Introdução

Pode-se afirmar que um ciclo histórico da saúde pública no Brasil se concluiu com a aprovação pelo Congresso Nacional e sanção do presidente da República, em 6 de abril de 2001, da lei 10.216, para promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Tal ciclo teve início com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) pela Câmara Federal, em 1989, posteriormente encaminhado para apreciação do Senado, recebendo então várias emendas e substitutivos. A aprovação representou apenas a legalização institucional de um movimento que avançou de forma vigorosa desde o final dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, naquilo que se denominou 'reforma psiquiátrica'.

Tomamos como base para o surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil a proposta de Paulo Amarante (1995), que define a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental — Dinsam —, ocorrida em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, como desencadeadora de intenso processo de discussão sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos públicos. Esse processo levou à criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental — MTSM.

Este trabalho se propõe a discutir uma fase imediatamente anterior ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, quando surgiram de forma mais incisiva os primeiros núcleos de contestação à prática psiquiátrica predominantemente hospitalar. É certo que esse recorte histórico não tem o valor de uma periodização rígida. No entanto, ele é fruto da intenção de compreender um processo dialético de trajetórias que possuem uma dinâmica própria e, em muitos momentos, se sobrepõem, avançam e refluem, coexistindo em cenários distintos.

O período aqui estudado está compreendido entre 1967 e 1978. O ano de 1967 foi o da criação do Instituto Nacional de Previdência Social — INPS —, por meio da unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, tornando-se um novo paradigma na conformação do modelo médico-assistencial privatista que então se iniciava. E 1978 foi o ano de surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica, nascido no contexto da crise da Dinsam, desencadeando a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, embrião de todo um processo de reflexões teóricas e práticas inicialmente alternativas no campo da assistência psiquiátrica.

Por fim, busca-se também revelar com maior ênfase a influência das propostas preventivistas que emergiram no Brasil nos anos 1970, inclusive por meio de normas e portarias oficiais. Embora atualmente essas propostas sejam consideradas por alguns como algo que não modificou o cerne da estrutura assistencial psiquiátrica,

elas não podem e nem devem em absoluto ser qualificadas como um movimento secundário, sobretudo ao analisarmos o período político institucional e a pequena participação dos órgãos públicos de saúde na definição das estratégias de ação. Naquele momento, em que se privilegiava uma prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas, criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados era um significativo avanço no 'pensar' outros modelos que não o imposto pelo capitalismo monopolista.

### **Antecedentes da psiquiatria preventivista**

Para compreender a política de assistência psiquiátrica da década de 1970, faz-se necessário retornar à de 1940, mais exatamente a 1941, quando Aduino Botelho assumiu o então recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais — SNDM —, na estrutura do Ministério da Educação e Saúde pelo decreto-lei 3.171 de 24 de abril de 1941 (Beça, 1981). Botelho foi discípulo de Juliano Moreira, a figura mais proeminente da psiquiatria brasileira no primeiro quarto de século, que buscava conferir um caráter científico à psiquiatria.

Naquela época predominavam os hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Os famosos asilos — como o Juqueri em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre — exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. Havia sem dúvida alguns hospitais privados, como a Casa de Saúde Dr. Eiras no Rio de Janeiro e o Sanatório Recife, criado por Ulisses Pernambucano em 1936, e ambulatórios, que em 1941 resumiam-se a apenas quatro em todo o país, portanto bastante incipientes diante da pujança dos hospitais públicos (Medeiros, 1977; Sampaio, 1988).

A administração de Aduino Botelho à frente do SNDM perdurou de 1941 a 1954 e se caracterizou pela expansão dos hospitais públicos. Certamente o decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, propiciou esse crescimento, pois autorizava o serviço a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos (Sampaio, *ibidem*).

A nova legislação permitiu um surto de construção de hospitais em vários estados, como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e

Alagoas, que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos.

Tal política refletia a postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira. Sob a influência de Oswaldo Cruz, ele entendia que o asilo teria uma função preventiva e só deveria acabar quando a doença mental fosse erradicada (Medeiros, *op. cit.*).

Aquele foi um período em que a psiquiatria procurava se estabelecer na condição de especialidade médica e seu espaço de atuação passou a ser reconhecido como tal. O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações ‘hospício’, ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’, reconhecendo a categoria ‘hospital’. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante. Os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia, e tentavam afirmar para o psiquiatra sua função médica verdadeira (Sampaio, *op. cit.*).

Ao mesmo tempo que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento como especialidade médica, o hospital psiquiátrico se afirmava cada vez mais como espaço de atuação. Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Aduino Botelho havia promovido, na sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Porém a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes.

A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão. A sociedade, entretanto, se modernizava. Juscelino Kubitschek assumira o poder, implantando uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento. A democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental. Um novo ator institucional começava a despontar: o hospital psiquiátrico privado.

### **O hospital psiquiátrico privado e a ideologia privatista**

Segundo Medeiros (*op. cit.*), a instituição psiquiátrica particular mais antiga do país é a Casa de Saúde Dr. Eiras, criada pelo médico otorrinolaringologista Francisco Eiras, na cidade do Rio de Janeiro, em 1860. Além do setor de especialidade de seu fundador, o hospital dispunha de uma área de cirurgia e outra

destinada a doentes mentais. A área de psiquiatria iniciou com 40 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo, para os mais abonados, entre outras benesses, direito a um copo de vinho às refeições.

Com o passar dos anos outras casas de saúde psiquiátricas particulares foram surgindo. Embora dotadas de conforto e com baixo índice de mortalidade, tinham a mesma função social que os asilos, ou seja, isolar o paciente da comunidade, resguardando-a do perigo que ele supostamente representava.

Se na década de 1930 chegou a haver um fugaz convênio entre o Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado — Ipase — e a Casa de Saúde Dr. Eiras, foi na década de 1950 que incorporou-se a assistência psiquiátrica, mesmo que de forma incipiente, aos institutos de aposentadoria e pensões.

À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes — IAPC — concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse ali construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciantes e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro. Este convênio pode ser considerado o marco inicial das internações em hospitais particulares, por meio da hospitalização de previdenciários (idem, *ibidem*).<sup>1</sup>

Segundo levantamento feito por Sampaio (op. cit.), o período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Estes últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%. Em 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Notava-se, no entanto, um crescimento de 24,9% dos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos.

Analisando-se tais dados, observa-se que, apesar do crescimento de leitos privados no período de 20 anos, eles significavam apenas um quarto do total dos leitos psiquiátricos do país. Mas quando se observam os números dos 20 anos seguintes (1961 a 1981), percebe-se que o quadro se modificou completamente: em 1981 os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4% (idem, *ibidem*; Nascimento, 1991).

No estudo sobre a mudança do perfil assistencial psiquiátrico no país — assim como o da saúde pública —, o movimento militar de 1964 constitui um ponto de inflexão, por romper com o modelo de poder desenvolvimentista-populista e introduzir uma nova concepção capitalista-monopolista, com repercussões significativas na área previdenciária e de saúde mental.

<sup>1</sup> Rezende (1987) relata a resolução da Organização Mundial de Saúde em 1950, recomendando aos países em desenvolvimento que investissem em ações de saúde mental. Este documento referia-se a uma pesquisa feita pelo Medical Research Council, da Grã-Bretanha, segundo a qual os transtornos psiconeuróticos produziram uma perda de tempo de produção na indústria superior àquela provocada por um resfriado comum.

No período que antecedeu o golpe militar, predominava no país uma política de base desenvolvimentista com forte influência dos setores sociais organizados, exercida por meio de sindicatos e associações classistas, que reivindicavam as chamadas ‘reformas de base’. O processo de urbanização por que passou o país a partir da década de 1950 criou um novo perfil da sociedade brasileira. Trouxe para as cidades uma grande massa de assalariados, geralmente com baixa remuneração e más condições de trabalho. Em contrapartida, manteve assistência médica nos institutos de aposentadoria e pensões, garantindo ao menos a capacidade produtiva dessa força de trabalho.

O novo modelo econômico em vigor a partir do golpe de 1964 se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O regime político instaurado também imprimiu mudanças no padrão de relação entre o Estado e o conjunto das classes sociais. Foram excluídas as classes trabalhadoras como elemento de sustentação política e firmou-se uma aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional (Braga *et al.*, 1981; Oliveira *et al.*, 1986). A princípio o governo militar, além dessa aliança, buscou sua legitimação como poder político junto aos grupos sociais excluídos. Investiu-se na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam.

A contratação dos serviços de saúde da rede privada e a garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras refletiram diretamente na área da saúde mental:

... o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda (Rezende, *op. cit.*, pp. 60-1).

Este foi sem dúvida o caminho percorrido em nosso país, embora os documentos oficiais da época apontem para outro que não o da hospitalização. No ano de 1962, por exemplo, a Previdência Social lançou a resolução de serviço CD/DNPS 942/62 — Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais. Disciplinava a assistência psiquiátrica e enfocava o aspecto preventivo, bem como determinava que o seu desenvolvimento ocorresse em ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais. No entanto, isso nunca foi operacionalizado.

Em 1966 Luiz Cerqueira denunciava, em seu trabalho ‘Pela reabilitação em psiquiatria’, a situação de cronicidade dos doentes mentais. Representando o setor dos prestadores privados de saúde em geral e da psiquiatria em particular, naquele mesmo ano foi fundada a Federação Brasileira de Associações de Hospitais, que na década de 1970 passaria a ser denominada Federação Brasileira de Hospitais. Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado (Amarante,1995).

A grande modificação no sistema de prestação de serviços previdenciários ocorreu com a criação do INPS, em novembro de 1966, que trouxe em seu contexto duas correntes opostas: a favorável à compra de serviços de terceiros pelo instituto e a que defendia a opção pelo aumento dos hospitais da rede própria e contratação de profissionais para o quadro. Sem dúvida a primeira corrente foi majoritária.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> A política de contratação de serviços privados ocorreu não apenas na assistência psiquiátrica, mas também na assistência médica geral. Tal período foi denominado por Oliveira *et al.* (op. cit.) de ‘privilegiamento do produtor privado’.

Com o processo de unificação dos institutos previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados.

A situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao ‘discurso da competência’, exposto pelos empresários privados. Valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e ineficazes para a cura dos doentes. Ou o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social? Certamente, a opção pelo hospital privado era inerente à população previdenciária (Paulin,1998).

Foi nesse processo que tanto o campo da saúde geral como o da assistência psiquiátrica caminharam para o amplo movimento de privatização, refletindo a estratégia de hegemonia das classes dominantes que ditou as normas sociais após 1964.

Cerqueira, em vários estudos compilados no livro *Psiquiatria social - problemas brasileiros de saúde mental* (1984), demonstrou de forma enfática como o processo de privatização da assistência psiquiátrica, chamado por ele de ‘indústria da loucura’, estava em marcha acelerada. No triênio 1965/68, segundo o autor, houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede particular); 51% de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1.040% na particular).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Cerqueira denomina ‘leitos-chão’ o excedente de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos.

O período foi marcado pelo crescimento, não apenas numérico como também político, dos setores privados. Tal força política emergente se concretizou com a indicação, em 1968, de Leonel Miranda, grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro, para a pasta da Saúde no governo Costa e Silva. A filosofia que se tentou impor na administração Miranda, por meio do Plano Nacional de Saúde, refletia uma proposta radical de privatização da assistência médica, eliminando-se o setor próprio de serviços médicos previdenciários, cujas instituições seriam repassadas aos produtores privados. Ao Estado caberia somente o papel de financiador.

O plano não foi viabilizado graças às resistências por parte da população e dos setores próprios do INPS. Estes se opunham à entrega total de recursos estatais para as mãos da iniciativa privada. Apesar disso, o Plano Nacional de Saúde tornou-se o embrião de propostas futuras, demonstrando até onde a iniciativa privada pretendia chegar.

### **A psiquiatria preventivista**

O início da década de 1970 se caracterizou, no Brasil, pela crescente influência de propostas que se apresentavam efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária. O decreto do presidente John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado *Community Mental Health Center Act*, baseava-se nos conceitos preventivistas lançados pelo professor Gerald Caplan e redirecionava os objetivos da psiquiatria. A partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental.

Tanto no âmbito institucional, pela recém-criada Divisão Nacional de Saúde Mental, como no acadêmico e associativo, a influência das propostas preventivistas tornaram-se a referência maior de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que se tornava hegemônico.

Em 1970, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o evento, foi lançada a Declaração de princípios de saúde mental, em que se pôde observar o predomínio dessa corrente de pensamento.

A declaração apresentava dez itens, a saber:

01 - Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

02 - Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados



às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

03 - Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.

04 - Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

05 - Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

06 - Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

07 - Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

08 - Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

09 - Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

10 - Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios (Giordano Jr., 1989, pp. 141-2).

A postura preventivista era cada vez mais nítida também na esfera internacional, por meio das recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. O próprio Ministério da Saúde, por intermédio de seu titular, o dr. Mário Machado Lemos, em outubro de 1972, foi um dos signatários do documento que se propunha nortear os rumos da assistência psiquiátrica para o continente. O documento, denominado 'Plano decenal de saúde para as Américas', foi elaborado com os demais ministros da Saúde de países latino-americanos em Santiago do Chile.

No entanto, a situação da assistência psiquiátrica no país, na época, apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades.

Era necessária uma atitude por parte dos órgãos competentes, pois a política previdenciária, ao priorizar a compra de serviços dos hospitais privados, levou a um déficit financeiro, obrigando a Previdência Social a buscar soluções saneadoras para melhor utilização da rede pública e modernização de suas unidades. Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos — CPAP-GBM —, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado. A comissão formada por profissionais, entre eles Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando a racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços. O relatório do grupo de trabalho, aprovado em 1970 e publicado no ano seguinte, apresentou um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica local, com o setor ambulatorial totalmente deturpado, funcionando principalmente como encaminhador de laudos para internação, e o hospital se consagrando como o grande e único agente terapêutico eficaz. Além do levantamento, a comissão indicou propostas de melhoria da assistência, lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana.

O trabalho desenvolvido pela CPAP-GB repercutiu intensamente, de tal forma que, em 1971, praticamente a mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil: o *Manual de serviço para a assistência psiquiátrica* (Vaissman, 1983; Cerqueira, op. cit.).

Aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o manual privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares. Seu intuito era recuperar rapidamente o paciente para que ele voltasse às suas atividades normais. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial. Os princípios técnico-administrativos baseavam-se nos conceitos de

integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal.

Quanto aos níveis assistenciais, propunha-se a estruturação básica do preventivismo por meio das atenções primária, secundária e terciária, contemplando programas assistenciais específicos tais como o materno-infantil e os destinados a adolescentes, epiléticos, crônicos etc. Incentivava-se também a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. A internação integral seria feita, quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos. O prazo máximo seria de 180 dias, após o qual se deveria proceder à reavaliação do paciente por uma junta médica.

O manual foi saudado como um fato histórico para a assistência psiquiátrica. Algumas dúvidas, contudo, foram levantadas quanto à sua viabilidade, tanto na questão de recursos humanos como na financeira, além das resistências quanto à inadaptabilidade do paciente à vida em comunidade. A oposição maior surgiu dos empresários do setor psiquiátrico, que afirmavam “ser o verdadeiro hospital psiquiátrico o órgão principal da assistência psiquiátrica” (Vaissman, op. cit.). Mais que ideológica, a questão econômica pautava esse tipo de argumentação, pois a viabilização de serviços extra-hospitalares poderia funcionar como ‘filtros administrativos’ para as internações asilares, gerando diminuição do faturamento. O manual nunca saiu das intenções, conforme denunciou Cerqueira (op. cit., p. 224):

... elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarpitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados.

O modelo preventivista que inspirou ideologicamente o manual surgiu como alternativa ao modelo psiquiátrico clássico organomecanicista. Almejava não apenas a prevenção da doença mental, mas, fundamentalmente, a promoção da saúde mental.

Costa (1989), no entanto, avalia que programas semelhantes de prevenção, como o desenvolvido nos Estados Unidos, acarretaram um aumento da população com atendimento ambulatorial e extra-hospitalar. Tal fato ocorreu não pelo esvaziamento da população internada nos hospitais psiquiátricos, mas devido ao projeto de medicalização da ordem social. Para o autor, a psiquiatria preventiva não atingiu necessariamente as instituições asilares. Houve até um movimento de retroalimentação dessas instituições, pelo ingresso de

novos contingentes de clientes para tratamento mental, fenômeno denominado de *aggionamento* por Castel.

### **Normas e portarias**

Em janeiro de 1974, o Ministério da Saúde, por intermédio da Dinsam, expediu a portaria 32 definindo esta divisão como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. A portaria nada mais era do que a reedição de documentos anteriores, como o *Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica*, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da ABP (Medeiros, op. cit.).

Embora a portaria ratificasse a posição oficial do Ministério da Saúde, este se encontrava política e financeiramente enfraquecido. Vivia-se um momento de crise do governo Ernesto Geisel, provocado pelo fim do milagre econômico, em que se apresentava uma realidade de deterioração das condições de vida da população brasileira. A assistência psiquiátrica perdia sua importância em relação à assistência médica global. Tal fato era justificado pela necessidade de intensificar medidas de caráter social, enfatizando-se a ação da Previdência Social como mecanismo de recuperação e manutenção da força de trabalho e consolidando-se a hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública.

Certamente distúrbios limitantes e crônicos como as doenças mentais não eram vistos como prioridade naquele momento. Em 1971 a assistência psiquiátrica respondia por 8,24% das despesas em assistência médica do INPS; em 1974, correspondia a apenas 5,73%; no início da década de 1980, chegou ao patamar inferior de 4,25% (Rezende, op. cit.).

A portaria 32 teve o mesmo fim que o manual, ou seja, não foi implementada, mas a portaria 39, de setembro de 1974, conhecida como Plano de Pronto Ação — PPA —, teve destino diferente. Este plano tinha como principal resolução a desburocratização do atendimento das emergências, tanto para os segurados da Previdência como para seus dependentes. Em números, isso representava a cobertura de cerca de 80% da população urbana (Luz, 1986).

O PPA distinguiu-se pela legalização de uma política de atenção médica curativa e individualizada nos atendimentos de emergência; no entanto, trouxe uma perda de controle por parte da Previdência, levando a significativas fraudes das contas hospitalares. Esse plano trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público, inclusive nos hospitais psiquiátricos. Após dois anos de sua implantação, verificou-se uma

intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários ou racionais, o que provocou a insolvência da Previdência Social pelo esgotamento dos recursos financeiros (Beça, op. cit.; Braga *et al.*, op. cit.).

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental — Pisam —, do Ministério da Saúde. Novamente tentava-se restaurar os princípios da psiquiatria comunitária, por meio da qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos no nível primário, isto é, em centros de saúde. Apesar do relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste do país, o programa não atingiu a população de egressos de internações psiquiátricas, ou pacientes crônicos que necessitavam de outra abordagem terapêutica. Pouco tempo depois, o Pisam foi desativado sob duras críticas do setor privado.

### **Algumas experiências inovadoras**

Embora isoladas, novas experiências vinham ocorrendo no país. É certo que tais práticas eram pontuais, porém contribuíram para reflexões e discussões que posteriormente provocariam uma mudança de paradigma na assistência psiquiátrica brasileira. Destacaremos três estados que se tornaram referências de tais experimentos, sem subestimar, no entanto, outras localidades que também produziram práticas diferenciadas no mesmo período.

#### **1 - Rio Grande do Sul**

O Rio Grande do Sul foi o estado em que o modelo preventivo-comunitário foi mais marcante. Esse modelo teve como exemplo emblemático a experiência desenvolvida na Unidade Sanitária de Murialdo, na periferia de Porto Alegre. Desde a década de 1960 funcionava como unidade experimental da Secretaria de Saúde do Estado e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir de 1974 criou-se um programa alternativo de prestação de serviços, sob a forma de sistema comunitário de saúde, desenvolvido para prover serviços gerais de saúde sem dissociar as tarefas curativas e de reabilitação das de prevenção e fomento.

Estabeleceram-se algumas prioridades quanto à forma de funcionalidade, pautadas nos pressupostos da saúde pública e da psiquiatria comunitária. Priorizou-se o atendimento às famílias e a capacitação de pessoal técnico, com treinamento de membros da comunidade para exercer o papel de agentes de saúde. Atividades grupais e avaliações epidemiológicas marcaram essa experiência, realizada com base em um modelo de psiquiatria

comunitária inovador no país, em um momento no qual a prática de assistência hospitalar predominava e as propostas comunitárias praticamente não ultrapassavam a condição de documentos oficiais (Opas, 1990; Gomes, 1993).

Foi também no Rio Grande do Sul que surgiu, no início dos anos 1960, a Clínica Pinel, sob a coordenação do psicanalista Marcelo Blaya, considerada o primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica. Inspirada nos conceitos de seu idealizador, Maxwell Jones, bem como nas experiências da psicoterapia institucional francesa, a proposta das comunidades terapêuticas era viabilizar uma prática alternativa que agisse no interior dos hospitais asilares. Em sua essência, procuravam alterar a lógica do funcionamento manicomial, tornando-se um espaço de recuperação que integrava os pacientes aos familiares e desprovido da hierarquia repressiva das instituições (Duarte *et alii*, 2000).

Ainda na década de 1960, David Zimmermann instalou um serviço comunitário na Divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre. Propunha restrição da terapêutica medicamentosa, estimulando a terapia ocupacional e a terapia de orientação psicanalítica entre os pacientes internados.

No começo dos anos 1970, no município de Viamão, interior do estado, criou-se o Centro Agrícola de Reabilitação. Os pacientes internados no hospital psiquiátrico da cidade eram estimulados a trabalhar em estabelecimentos agrícolas da região próxima ao hospital (Brum *et alii*, 1983).

## 2 - Rio de Janeiro

No Rio de Janeiro, experiências fecundas trouxeram à tona um novo olhar para a assistência psiquiátrica. O Centro Psiquiátrico Pedro II — CPPII —, estrutura exemplar da prática manicomial asilar, tornara-se palco privilegiado para viabilizar os avanços no modelo de atenção ao doente mental.

Nise da Silveira, influenciada pelos conceitos do psicanalista Carl Jung, realizou experiências inovadoras. A partir da década de 1940 desenvolveu, na Seção de Terapêutica Ocupacional, um vigoroso trabalho de práticas terapêuticas lançando mão de atividades expressivas com pacientes daquela instituição. Na década seguinte fundou a Casa das Palmeiras, clínica de reabilitação de doentes mentais em regime de externato. Nos anos 1960 formou o Grupo de Estudos do Museu de Imagem do Inconsciente, que se tornou centro de referência no desenvolvimento de práticas artísticas para pacientes psicóticos.

Em 1968 Oswaldo dos Santos e Wilson Simplício, dois psicanalistas da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro, criaram a primeira

comunidade terapêutica no estado, na Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galloti, uma das 12 unidades que compunham o CPPII (Figueiredo, 1993). Tal comunidade, assim como a de Porto Alegre, apoiava-se na psicanálise, com a compreensão psicodinâmica da doença mental. A visão progressista e diferenciada atraía muitos seguidores, em contraposição ao discurso e à prática médico-biológica vigentes naquelas instituições. No ano seguinte, Eustaquio Portella Nunes e Roberto Quilelli fundaram a comunidade terapêutica do Hospital Pinel.

Por volta de 1973, com o encerramento do convênio entre o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Ipub — e o Hospital Pinel, o projeto se desfez, o mesmo ocorrendo dois anos depois no CPPII.

### 3 - São Paulo

Experiências marcantes também ocorreram em São Paulo. No ano de 1972 foi celebrado um inédito convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e as 15 faculdades de medicina existentes no estado. O objetivo era a promoção e o desenvolvimento de modelos assistenciais, pesquisas epidemiológicas, capacitação de recursos humanos e implantação de centros comunitários de saúde mental.

O convênio — bem como o modelo preventivista comunitário — atingiu o apogeu no ano seguinte, quando Luiz Cerqueira assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental. No entanto sua passagem pelo cargo foi curta, menos de um ano. Tal convênio, assim como outros projetos desenvolvidos no estado — ou seja, a expansão de ambulatórios, a criação de um serviço de emergência psiquiátrica e a suspensão das internações no Hospital do Juqueri —, foram gradativamente se interrompendo, denotando o retorno à prática predominante da assistência hospitalar (Giordano Jr., *op. cit.*).

Enfermarias em hospitais-gerais, tal como a localizada no Hospital do Servidor Público Estadual, coordenada pelo psiquiatra Carol Sonenreich, e serviços de hospitalização parcial, como o da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, além de outras experiências, podiam ser identificados tanto no estado de São Paulo como em outros lugares do país. Certamente apresentavam-se de forma quantitativamente insignificante em relação à assistência psiquiátrica hegemônica na época. Entretanto, a inserção dessas práticas foi referência marcante para o desenvolvimento de modelos assistenciais que viriam a emergir na política de saúde mental dos anos 1980.

## Conclusão

A década de 1970, no período estudado, poderia ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil.

Mais de uma vez essa situação foi denunciada pelos assessores da área de saúde mental. Nos encontros anuais de psiquiatria do Inamps, entre 1976 e 1978, eles demonstraram em seus relatórios que nada do que fora proposto tecnicamente se aplicara. As recomendações apresentadas eram a repetição integral dos programas elaborados pela própria Previdência, mas nunca viabilizados. Propunha-se ênfase na assistência extra-hospitalar, por meio de dotação orçamentária para a implantação desses serviços e reestudo para a funcionalidade de modelos assistenciais, como pronto-socorros e hospitais-dia.

No último encontro, realizado em 1978, os assessores novamente lamentavam a falta de verbas para executar os serviços extra-hospitalares, já que elas se destinavam às hospitalizações. O resultado dessa política orçamentária era claro, ao se constatar que, em 1977, os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais recursos extra-hospitalares, dos quais o mais significativo era o ambulatório (Amarante, 1995).

Vaissman (op. cit.) entende que, apesar de todas as dificuldades para a implantação de programas de perfil preventivista no período, o projeto de uma psiquiatria comunitária, tendo em vista a organização social dos serviços psiquiátricos na Previdência Social, foi correto. Significou a incorporação e o reconhecimento, por parte da instituição, da necessidade de uma psiquiatria que atendesse aos interesses da classe trabalhadora, considerando-se fundamental a participação comunitária.

Amarante (1992), por outro lado, apresenta uma posição crítica, pois tais programas não romperiam com o modelo clássico médico-psicológico de análise e tratamento. O autor destaca que o preventivismo se orienta regularmente por indicadores burocráticos de desempenho, como diminuição do tempo médio de internação, taxas de ocupação, índices de reinternações, oferta de consultas ambulatoriais, recursos extra-hospitalares ou atos normativos — manuais, cartilhas etc. No entanto, este modelo não conseguiu questionar os conceitos de saúde e enfermidade mental, não obtendo êxito nem mesmo no consenso aos seus próprios propósitos.



A proposta preventivista que começava a surgir na política de saúde mental em nosso país trouxe em si contradições, avanços e retrocessos, os quais se tornariam mais aguçados no final dos anos 1970, quando a reorganização da sociedade civil, o enfraquecimento do governo militar e as novas reflexões e experiências da saúde pública — bem como da saúde mental — viriam gestar os primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, Paulo  
1992 'A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial'. Em M. E. X. Kalil (org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo/Salvador, Hucitec, pp. 103-19.
- Amarante, Paulo  
(coord.)  
1995 *Loucos pela vida — a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Beça, Eugênia Turenko  
1981 'Reformulação da assistência psiquiátrica: realidade e perspectiva'. *Neurobiologia*, 44(3), pp. 223-48.
- Braga, José Carlos de  
Souza et. al.  
1981 *Saúde e previdência — estudos de política social*. São Paulo, Cebes/Hucitec.
- Brum, Antônio Francisco  
Maineri et alii  
1983 'A equipe de reabilitação'. Em S. Saidemberg et al. (orgs.). *Psiquiatria e saúde mental*. São Paulo, Editora Autores Associados, pp. 397-403.
- Cerqueira, Luiz  
1984 *Psiquiatria social — problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo, Livraria Atheneu.
- Costa, Jurandir Freire  
1989 *A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Xenon.
- Duarte, Maria das  
Graças dos Santos et alii  
2000 'O movimento das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro: humanização disciplinadora e/ou resistência sitiada?'. Em P. Amarante (org.). *A loucura da história*. Rio de Janeiro, LAPS/Ensp/Fiocruz, pp. 227-41.
- Figueiredo, Ana Cristina  
1993 'Psiquiatras, psicanalistas e psicólogos: o jogo profissional no campo psi'. Em J. Russo et al. (orgs.). *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 53-8.
- Giordano Jr., Silvio  
1989 *A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à história das políticas de saúde mental no estado de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo. (mimeo.)
- Gomes, Maria Paula  
1993 *A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Uerj, Rio de Janeiro. (mimeo.)
- Luz, Madel  
1986 *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal.
- Medeiros, Tácito  
1977 *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro. (mimeo.)

- Nascimento, Álvaro  
1991 'Municipalização: trinta anos de esperanças e frustrações'.  
*Revista Tema*, 9, 12, pp. 3-6.
- Oliveira, Jaime et al.  
1986 *(Im)Previdência Social: 60 anos de historia da Previdência no Brasil*.  
Rio de Janeiro, Vozes/Abrasco.
- Opas – Organização  
Pan-americana de Saúde  
1990 *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implantação*. Caracas, Opas/Instituto Mario Negri.
- Paulin, Luiz Fernando  
Ribeiro da Silva  
1998 *A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica documental e oral*. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas. (mimeo.)
- Rezende, Heitor  
1987 'Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica'. Em N. R. Costa et al. (org.). *Cidadania e loucura — políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco.
- Sampaio, José Jackson  
1988 *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da Uerj, Rio de Janeiro. (mimeo.)
- Vaissman, Magda  
1983 *Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro. (mimeo.)

Recebido para publicação em dezembro de 2002.

Aprovado para publicação em junho de 2004.