

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

CLEICE DE SOUZA MENEZES

“UM VASTO ASILO SERIA, ASSIM, A GUANABARA”:
Políticas e Assistência Psiquiátrica, entre 1966 e 1978

Rio de Janeiro
2012

CLEICE DE SOUZA MENEZES

**“UM VASTO ASILO SERIA, ASSIM, A GUANABARA”:
Políticas e Assistência Psiquiátrica, entre 1966 e 1978**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dra. Cristiana Facchinetti

**Rio de Janeiro
2012**

Ficha catalográfica

M543 Menezes, Cleice de Souza
.. “Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara”: políticas e
assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978 / Cleice de Souza Menezes –
Rio de Janeiro: [s.n.], 2012.

151 f .

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

Bibliografia: 129-151 f.

1. Psiquiatria. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. História. 4. Saúde
Mental. 5. Saúde Pública. 6. Regime militar. 7. Brasil.

CDD 616.89

CLEICE DE SOUZA MENEZES

“UM VASTO ASILO SERIA, ASSIM, A GUANABARA”:
Políticas e Assistência Psiquiátrica, entre 1966 e 1978

Dissertação de mestrado apresentada
ao Curso de Pós-Graduação em História das
Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo
Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre. Área de
Concentração: História das Ciências.

Aprovado em 13 de agosto de 2012 .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cristiana Facchinetti - (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) –
Orientador

Prof. Dra. Ana Teresa Venancio - (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Prof. Dra. Ana Maria Jacó Vilela (Instituto de Psicologia - Uerj)

SUPLENTES:

Prof. Luis Antônio Teixeira (Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz)

Prof. Francisco Portugal (Instituto de Psicologia Social – UFRJ)

**Rio de Janeiro
2012**

A Stela do Patrocínio,
aos meus pais, ao meu irmão,
a minha avó Maria, aos meus
amigos, aos afilhados e o
meu amor de hoje – Rodrigo.

AGRADECIMENTOS

Dedico o primeiro agradecimento à minha orientadora Cristiana Facchinetti. Sem o seu esforço e paciência, não seria possível a realização deste trabalho. Sou grata pelas conversas e pelos “puxões de orelha” que serviram para o amadurecimento não só da dissertação, mas também para meu crescimento pessoal.

À Ana Venâncio, que muito admiro pela postura segura e firme, meus sinceros agradecimentos pela atenção dispensada à pesquisa ao longo do mestrado. E pelas informações preciosas que muito serviram para o processo de consolidação do trabalho. À Ana Jacó Vilela, pela dedicação e pelo amor com que demonstra no trabalho que realiza.

O corpo docente da COC também não poderia ficar de fora. Aos queridos Robert Wegner, Flávio Edler e Luis Antônio, muito obrigada pela inserção na área da Ciência e da Saúde.

Aos funcionários da COC - ao paciente e simpático Nelsinho da “Xerox”; ao Cleber e seu sorriso contagiante; ao Paulo, ex-morador de Magé que é sempre eficiente no trabalho que realiza, à Claudia, sempre perspicaz nas informações prestadas; à Sheilinha, sua calma impressiona. A todos que lá trabalham, que participaram direta ou indiretamente desse percurso.

Seria uma injustiça não mencionar a turma que ingressou em 2010. O que seria dessa trajetória sem vocês? Vanessinha, Lú, Marcela, Claudio, Rafael, Miguel, Ricardo os momentos de descontração permanecerão no compartimento das boas lembranças.

Estudar a loucura, mesmo que indiretamente, me fez identificar alguns perfis típicos que participam da minha vida. Aos dois loucos que optaram por me colocar no mundo: a meus pais, devo toda minha dedicação e meu amor.

Ao lunático que me protegia quando criança, que morria de ciúmes das minhas paqueras na adolescência, meu irmão, muito obrigada por ter contribuído para que eu não assistisse a Chaves. Isso até hoje rende muitas perguntas, muitas “zuações”.

Também agradeço à hebefrênica de 90 anos, minha avó, que sabe como me fazer feliz.

Aos malucos, que mesmo sem parentesco, cismam em compartilhar momentos inesquecíveis. Aos pequenos loucos da minha vida, esses não posso deixar de nomear já que quando crescerem faço questão de mostrar que já eram amados desde de muito tempo: Matheus, João Victor, Rafael, João Pedro, Larissa, Letícia, Luiza. E aqueles que ainda estão por vir, cujos nomes estão sujeito a alterações – Lais, Duda, Samuca, Gael, Amora (ou Pilar), Vicente, Gustavo.

Ao doido que se apaixonou por mim e que não se cansa de plagiar Mário Quintana dizendo: “É tão bom morrer de amor e continua vivendo”. Saiba que também vivo esse momento de êxtase e que estou muito feliz com o nosso relacionamento.

Aos insanos que contribuíram para o processo de consolidação da dissertação
OBRIGADA!

RESUMO

Esta dissertação analisa os processos políticos e econômicos empreendidos, ao longo do período que vai 1966 a 1978, nas políticas de assistência à Saúde Mental no Rio de Janeiro. O processo de compra e venda de leitos psiquiátricos é aqui analisado como uma forma de se entender quais eram as prerrogativas do período, que está compreendido na chamada Ditadura Militar. O momento que antecedeu a Reforma Psiquiátrica é aqui desvendada nesta pesquisa como um período de “gestação” das reformas ocorridas na década seguinte. No entanto, a Colônia Juliano Moreira, entra como um estudo de caso para se entender como que as medidas adotadas acabaram por produzir modificações no interior da instituição. Os documentos utilizados foram relatórios produzidos pelos diretores da instituição para o órgão normatizador das políticas de saúde mental, assim como o livro *Psiquiatria Social* de Luiz Cerqueira, que, como relato de época, nos traz informações importantes sobre o período estudado.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the political e economic processes undertaken to assist the Mental Health in Rio de Janeiro during the period from 1966 to 1978. The process of purchase and sales of psychiatric stream beds is analyzed in this job as a form to understand which was the prerogatives of the period, ruled by a military government. The moment that preceded the Psychiatric Reformation is unmasked in this research as a period of “gestation” of the reforms that occurred in the following decade.

However, the Colony Juliano Moreira is used as an example to understand as that the measures adopted in the period had finished for producing modifications in the interior of the institution.

The used documents had been reports produced for the directors of the colony for the politics of mental health regulating institution, as well as the book “Social Psychiatry” by Cerqueira Luiz, who brings important information on the studied period.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 11
Discussão teórica e revisão historiográfica	p. 13
I. As diferentes Historiografias: da Continuidade e da Descontinuidade	p. 13
II. A descontinuidade como instituição de novas continuidades?	p. 25
III. Continuidades e Descontinuidades: a versão da Academia	p. 28
III.1 Instituições, políticas de saúde e de assistência: novos olhares	p. 28
1 As políticas de saúde e a ditadura militar (1966-1978)	p. 36
1.1 A ditadura militar e o contexto político-econômico	p. 36
1.2 A política de saúde no contexto do Regime Militar brasileiro	p. 44
1.2.1 A Previdência Social: uma revisão	p. 44
1.2.2 A Previdência Social e a Saúde na Ditadura Militar	p. 50
2 Políticas de saúde mental durante a ditadura militar	p. 61
2.1 A organização da assistência psiquiátrica sob a regência da previdência social, na segunda metade do século XX	p. 61
2.2 A Assistência Psiquiátrica na década de 1960	p. 74
2.3 A psiquiatria e a Dita (1964-1978)	p. 78
2.3.1 Valorização do setor privado (1966 -1973)	p. 79
2.3.2 O segundo recorte, 1974-1977 – Crise e Reformas	p. 86
2.3.3 A repercussão da crise	p. 89
3 A Colônia Juliano Moreira (1966 a 1978)	p. 93
3.1 A Colônia Juliano Moreira: fundamentos teóricos e a consolidação de um projeto	p. 94
3.2 A Colônia Juliano Moreira: números na ditadura	p.102
3.3 A Colônia Juliano Moreira e a Dinsam	p. 106
CONCLUSÃO	p.125
BIBLIOGRAFIA	p.129

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado tem por objetivo apresentar as relações entre as políticas de saúde mental e as de saúde pública brasileiras, no período de 1966 a 1978. Para analisar tais relações, buscou-se compreender seus efeitos nas ações e práticas decorrentes de tais políticas no cotidiano de uma instituição pública do período, a Colônia Juliano Moreira, situada em Jacarepaguá - RJ. Assim, a dissertação foi buscar na sua estrutura física e organizacional; nas relações profissionais, sociais e políticas no seu interior; e nas terapêuticas utilizadas na instituição os ecos de tais políticas mais amplas.

A Colônia Juliano Moreira até 1970 fazia parte do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado através do decreto-lei 3.171 de 1941, esse tinha como principais órgãos a Colônia Juliano Moreira, o Centro Psiquiátrico Nacional e o Manicômio Judiciário. A partir de 1970 ela passou a ser administrada pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que tinha por finalidade o planejamento, a coordenação e a fiscalização dos serviços de Assistência oferecidos aos doentes mentais.

Dentro da estrutura organizacional desse órgão a Colônia se situava na Coordenação de Atividades Supletivas (C.A.S), que atuava na internação e assistência a qualquer pacientes crônicos e também psiquiátricos, do sexo masculino e feminino, em especial aqueles que pudessem ser inseridos na praxiterapia. Os setores que faziam parte da C.J.M, citados no Regimento da Divisão são: Bloco Médico Cirúrgico Álvaro Ramos, Seção de Praxiterapia, Farmácia, Núcleo Rodrigues Caldas, Núcleo Ulisses Vianna, Núcleo Franco da Rocha, Núcleo Teixeira Brandão, Administração e Secretaria; sobre a estrutura organizacional da Colônia falaremos no terceiro capítulo.

Para atingir o objetivo ora proposto, utilizaremos como fonte o Regimento da Dinsam, Relatórios anuais da Colônia Juliano Moreira, Projetos de reformulação da instituição, relatórios estatísticos, entre outros.

O trabalho seguiu uma rota inesperada. Inicialmente, pretendia-se problematizar a narrativa de Stela do Patrocínio, paciente da Colônia Juliano Moreira naquele período (1966-1992).¹ O levantamento inicial de fontes, porém, mostrou o quanto seria

¹ Stela do Patrocínio nasceu em 1941, era filha de Manuel do Patrocínio e Zilda Xavier do Patrocínio. Sua mãe, Zilda, que dizia ser mãe solteira e trabalhava como doméstica. Tal como sua filha, Zilda foi também

necessário retomar objetivamente os processos pelos quais a instituição foi atravessada, de modo a compreender o contexto em que se inscreveu o “falatório”² de Stela.

O redirecionamento da pesquisa se solidificou com a verificação da pouca incidência de trabalhos historiográficos sobre o período, que tem como marco temporal inicial à unificação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, e as decorrentes modificações que a unificação teria produzido nas políticas de assistência no campo da saúde mental.³ Já o marco final, 1978, decorre da crise da DINSAM.

As unidades que faziam parte da DINSAM no Rio de Janeiro, a saber, o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), o Hospital Pinel, o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e a Colônia Juliano Moreira (CJM), decretaram greve em abril de 1978, após a demissão de duzentos e sessenta profissionais (Amarante, 1995, p. 51), sendo que muitos destes eram bolsistas que atuavam como médicos, psicólogos, enfermeiros, além de ocuparem cargos, como os de chefia e direção, que desde a década de cinquenta não havia concursos para a área.

Foi nesse contexto que eclodiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e, conseqüentemente, o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, com uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (Milagres, 2002), de base macro-hospitalar, que como o título da dissertação indica, faziam Luiz Cerqueira (1984, p.72) considerar a Guanabara “um vasto hospital”⁴.

Assim, este trabalho pretendeu contribuir para a complexificação dos debates acerca do período anterior à Reforma, buscando particularizar e, mesmo, relativizar o que é tradicionalmente delineado pela historiografia posterior como um momento

interna da colônia, no núcleo Teixeira Brandão. Stela passou a trabalhar na mesma residência em que sua mãe trabalhava e, aos 21 anos foi internada no hospital D. Pedro II, diagnosticada com “personalidade psicopática”, além de ser considerada como “esquizofrênica hebefrênica” (Mosé, 2001, p.21).

² Como Stela do Patrocínio definia suas narrativas e conversas no projeto apresentado no livro organizado por Mose, 2001.

³ O que se encontra sobre as décadas de 1960 e 1970 costuma advir da visão dos atores da Reforma Psiquiátrica, que escreveram, principalmente na década de oitenta, sobre o processo a partir de leituras políticas que tinha como foco o asilamento. De fato, a centralização da historiografia tem sido colocada tanto sobre a Reforma Psiquiátrica, com ênfase nas décadas de 1980 e 1990, quanto sobre o período de criação do primeiro hospício brasileiro, no século XIX, até meados dos anos 1930 (Lima e Holanda, 2010).

⁴ No início do século Miguel Couto considerara o Brasil um vasto hospital a céu aberto, tamanha a quantidade de doenças e epidemias nele disseminadas (Kropf e Lima, 2004), na década de 1970, sob a estrutura dos macrohospitais, o modelo do sistema de saúde mental para todo o país, representava graus de semelhança: o gigantismo e o enclausuramento dos milhares de desassistidos do sistema de saúde em instituições elas mesmas consideradas precárias, doentes e adoecedoras.

histórico exclusivamente de abandono das instituições públicas e do incremento na compra de leitos em instituições particulares.

Discussão teórica e revisão historiográfica

Ao buscarmos referências para esta dissertação sobre a história da psiquiatria no Brasil, chamou-nos a atenção a presença de alguns estilos de escrita e referencial teórico, bem como a prevalência de alguns períodos históricos mais recorrentes. Em nossa pesquisa, acabamos por organiza-los em tipos de produção: primeiro trabalhos feitos sob um viés continuísta e descontinuísta; e, um grupo organizado em torno das continuidades e discontinuidades.

Convidamos o leitor a considerar a divisão aqui estabelecidas como esquemáticas. Certamente, este é um dos muitos recortes e critérios de divisão possíveis. O modo como ora apresentamos tais textos (em ordem anual de publicação) ofereceu-nos a oportunidade de trazer à tona algumas luzes acerca da periodização e do recorte geográfico estabelecido pelos diversos autores, o que fizemos para ressaltar as matrizes historiográficas que atravessamos ao estabelecermos nossas próprias escolhas teóricas, bem como para determinar e justificar nosso recorte temporal.

I. As diferentes Historiografias: da Continuidade e da Descontinuidade

Iniciaremos pela ideia de continuidade, que nos é passada por meio de um viés linear de produção da escrita da história. Essa escrita é acumulativa, já que os autores que partem dessa leitura dos acontecimentos consideram que não há um conhecimento totalmente novo, mas que ele sempre está ligado a uma ideia desenvolvida anteriormente; e progressiva, porque os textos parecem pressupor que se chegaria cada vez mais próximo à compreensão total ou completa da realidade.

Este fazer histórico serviu não só para enaltecer o tempo presente, auge do carro do progresso da medicina mental, mas muitas vezes também para averiguar os impasses no sedimento do que vinha sendo desenvolvido no tempo da escrita, de modo a permitir compreender a evolução da ciência e sua direção como ferramenta para alcançar um estágio ideal de saber-fazer. Uma outra, de suas características principais é a demonstração de uma origem ou do início de um processo de consolidação de um saber

profissional e a tentativa de legitimação deste saber, em uma concepção progressista da história.

A outra leitura que se contrapõe aquela apresentada anteriormente é o viés da descontinuidade. Se na versão continuísta há um antes e um depois da psiquiatria, na perspectiva descontinuísta o próprio passado científico não é vangloriado, mas sim analisado de modo a demonstrar uma descontinuidade histórica ocorrida, que se desdobra em dois regimes de verdade, sem que um seja necessariamente pensado como mais evoluído que o outro – a marca principal é a da *diferença* entre eles.

Além disso, o foco tende a não se centrar nos ícones e personalidades colocadas no pódio de mudanças estruturais, mas sim na pergunta de como esta verdade científica pode prevalecer. Tal história tende a desconstruir as verdades essencializadas do presente, bem como a denunciar a impossibilidade de uma linha contínua no tempo, e muito menos uma ciência ahistórica. Assim, nesse viés, os saberes, como a psiquiatria, passam a ser considerados como um saber-fazer, constituído por um contexto social e político. Nessa vertente, a concepção da história ou do fazer científico é pautado por retificações e não por acúmulo de conhecimentos.

Diversos autores de história da ciência podem ser apontados como tendo se pautado por esse viés historiográfico, como é o caso de Georges Devreux⁵, de Gaston Bachelard⁶ ou Thomas Kuhn⁷. Mas apesar da importância desses autores a concepção descontinuísta da história das ciências, no campo da história da psiquiatria brasileira preponderou o enquadre teórico-metodológico foucaultiano.

O conceito de descontinuidade foi circunscrito por Michel Foucault⁸ no livro **História da Loucura na Idade Clássica**, 1961. Este surge vinculado aos regimes de

⁵ Georges Devereux (1908-1985), psicanalista húngaro é considerado um dos fundadores da etnopsiquiatria, vertente que procura relacionar a doença mental com o meio social onde se manifesta. (Miami, s/d)

⁶ Gaston Bachelard (1884-1962) foi um filósofo da ciência, lecionou na Faculdade de Dijon e em Sorbonne, integrou a Academia das Ciências Morais e Políticas da França além de ser o ganhador do Prêmio Nacional de Letras, em 1961. (Fronckowiak e Richter, 2005, p.01)

⁷ Thomas Kuhn (1922-1996) formado em física pela Universidade da Califórnia, com título de mestre e doutor pela Universidade de Havard. Deu aula na instituição em que se formou - Universidade da Califórnia, e também em Princeton é considerado um dos mais influentes filósofos da ciência. (Buchwald e Smith, abr. 1997, p. 361)

⁸ Michel Foucault nasceu em 1926, em uma família de médicos. Formou-se em filosofia e lecionou no Collège de France, entre 1970-1984. É considerado um dos grandes pensadores do século XX, suas principais obras são: História da Loucura (1978), História da Sexualidade (1993) e Vigiar e Punir (1975). Ele vem ao Brasil em fins da década de 1970 e contribui para essa mudança de perspectiva, denunciando que a ciência não é neutra e que tem fins políticos e que a verdade depende do contexto.

verdade⁹, sendo a descontinuidade aqui vista como resultante de um dado contexto social. Ambos estão intimamente ligados, já que o autor considera que quando a verdade hegemônica é combatida ou questionada, a descontinuidade “surge” como efeito do momento de mutação de concepções até então consolidadas. Em suma, a descontinuidade adviria do lugar das falhas, dos buracos, das zonas de turbulência, onde brotam os novos discursos. Seriam os pontos de fenda existentes no discurso hegemônico da verdade.

No texto, a estratégia da longa duração do discurso sobre a loucura foi utilizado como forma de Foucault marcar a descontinuidade entre a época clássica e a modernidade: ele sublinhou a ruptura que se estabeleceu entre os séculos XVIII e XIX, tanto no campo discursivo do conhecimento sistemático sobre a loucura, como no campo do não-discursivo, consideradas por ele como intimamente relacionadas.

Já no campo linear de se conceber a história alguns autores o apontam¹⁰, que os textos continuístas tenderam a permear os primeiros relatos sobre a história da Psiquiatria no Brasil e foram quase sempre elaborados por profissionais da área.

No texto de Juliano Moreira¹¹, filiado ao novo patamar científico da psiquiatria iniciado por Teixeira Brandão.¹² Em “**Notícia sobre a evolução**” (1905) justifica as dificuldades encontradas até então e aponta a direção para que o Hospício Nacional de Alienados (HNA)¹³ viesse a funcionar em sua máxima capacidade científica dali em diante, de modo a aumentar o número de altas e diminuir as mortes e fugas.

⁹ Para Foucault (2004) a verdade de cada momento histórico só pode ser revelada levando em consideração o contexto social onde se aplica tal pressuposto de verdade. Com isso a verdade pode ser considerada como o discurso hegemônico em um determinado período histórico. “Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' de verdade; isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros” (Foucault, 2004, p. 12).

¹⁰ A exemplo de Edler (2003), Huertas (2001) e Venancio e Cassilia (2010), muitos autores, ao perfazerem balanços historiográficos ressaltam a característica continuísta presente no campo da história da psiquiatria. Huertas chama-nos a atenção, porém, de que deve-se considerar o período em que os textos foram escritos, de modo a não estabelecer críticas a textos de um período em que não se trazia uma série de debates que se estabeleceram principalmente após a década de 1970 no próprio campo da história. Entretanto, o historiador sempre parte do presente para analisar o que passou.

¹¹ “Juliano Moreira (1873-1933) graduou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1891, com a tese “Sifilis maligna precoce”. Em 1903 assumiu a direção do Hospício Nacional dos Alienados, que manteve até 1930, tendo sido responsável pela introdução da psiquiatria organicista de base experimental (alemã) no país. Tornou-se diretor da Assistência Nacional a Alienados em 1911. Com Afrânio Peixoto, fundou os **Arquivos Brasileiros de Medicina e a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins**”. (Nunes, 2010, s/p)

¹² João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), foi psiquiatra, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi diretor do Hospício Nacional de Alienados de 1886 até 1902. Em 1887, foi um dos colaboradores do recém-lançado periódico **Brazil Médico**, diretor da Assistência e professor da cátedra de psiquiatria da Faculdade de Medicina. (Dicionário Histórico-Biográfico..., jan. 2012.).

¹³ “A instituição foi chamada de Hospício de Pedro II durante o Império; com a proclamação da República, passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados e, em 1911, ganhou o nome de

Este texto faz uma história da assistência aos alienados no Brasil. O então diretor do asilo retomou a crítica de Teixeira à administração não-científica das irmãs de caridade no Hospital Pedro II ao longo do Segundo Reinado (1840-1889), para diferir sua administração da delas, esta que foi então considerada científica, revolucionária e exitosa. Haveria então, segundo Manoel Olavo Teixeira – e também segundo Juliano – um divisor de águas entre o período anterior e posterior à direção de Teixeira Brandão na instituição: até o final do II Reinado, o hospício era religioso e degradado; após a República, teria se tornado laico e científico.

O recorte temporal escolhido por Juliano para seu marco zero é por ele considerado como o de uma guinada na própria instituição, identificada com o início de sua evolução: com a passagem para a República, o Hospício de Pedro II passara a se chamar Hospício Nacional de Alienados e, sob a batuta de Teixeira Brandão, ganhara um regulamento completamente novo. A atuação das irmãs de caridade foi impedida e sua mão-de-obra substituída pela entrada de enfermeiros profissionais vindo de Paris (Moreira, 1905, p.65).

Assim, quanto à consolidação do primeiro hospital para alienados no Brasil, o autor enfoca o processo de “evolução” que teria ocorrido. Para além da explanação sobre os fatos do passado, Juliano Moreira faz previsões do ápice desse saber-fazer, quando o que ainda deveria ser construído já estivesse em funcionamento (Moreira, 1905, p. 77). Teixeira Brandão, no século XIX, também busca uma ruptura com uma realidade que ele denuncia como não-científica, religiosa e especulativa, para se colocar, junto com o Dr. Nuno de Andrade¹⁴, como o ponto zero de uma nova linha - a da ciência psiquiátrica, tomada como único e verdadeiro caminho para a cura da alienação.

Em seus argumentos, o autor criticava a administração religiosa e não especializada, assim como o tratamento feito por pessoas não habilitadas, leigas. Em sua maneira de ver (e de se posicionar politicamente) a superlotação, além da violência como forma de tratamento empreendida no Hospício Pedro II, “reclama[vam] a necessidade de uma administração pelo poder público, com critérios científicos de

Hospital Nacional de Alienados. Em 1927 foi renomeada como Hospital Nacional de Psicopatas” (Facchinetti et al., 2010). Entre 1938 e 1944, os internos foram transferidos para Engenho de Dentro e para a Colônia Juliano Moreira. Posteriormente a Universidade Federal do Rio de Janeiro passou a administrar o prédio. (Oliveira, 2004, p.58-59)

¹⁴ Nuno Ferreira de Andrade (1851 - 1922) foi conselheiro do Imperador D. Pedro II, Comendador da Ordem de Cristo e doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi diretor do Hospício Pedro II na década de 1870 e primeiro professor da cadeira de medicina mental da FMRJ. Após a Proclamação da República mudou-se para a França onde se dedicou aos estudos sobre economia política. (Dicionário Histórico-Biográfico ..., jan. 2012).

gestão”. O Hospício era então denunciado como *locus* “de privilégios e abandono”, e não como uma instituição voltada para a filantropia e a ciência (Brandão, 1897, *apud* Teixeira, 1997, p. 64 e 65).

Em Pacheco e Silva¹⁵ (1940) encontramos outra origem para a psiquiatria no Brasil. Sua historiografia demonstra clara identidade com sua filiação, que se centra no Hospício do Juquery. Assim, seu texto acentua e engrandece a psiquiatria paulista e, em especial, seu mestre, que, como Brandão, também se auto-intitulava o Pinel brasileiro: o Dr. Franco da Rocha.¹⁶

Essa linha de argumentação resulta, por exemplo, no fato de que em **Assistência a Psicopatas no Brasil** (Pacheco e Silva, 1940), o autor não dê os créditos da desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa à Teixeira Brandão, mas sim ao “Ministro Souza Lobo”,¹⁷ que estaria “interessado em melhorar as condições da Assistência aos Psicopatas” (Pacheco e Silva, 1940, p.210).

Nessa mudança geográfica, a obra de Franco da Rocha é valorizada dentre as várias iniciativas enunciadas, Pacheco e Silva cita que sob essa administração foi adotado em São Paulo um “excelente serviço de assistência aos psicopatas”, além de ter iniciado uma série de publicações científicas “com repercussão tanto no Brasil quanto em países estrangeiros” (Pacheco e Silva, 1940, p. 213).

Vale dizer, Pacheco Silva sucedeu Franco da Rocha, em 1923, na direção do Hospital do Juqueri e na cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo. Mais uma vez, cá está nosso doutor acentuando seu lugar no centro das personalidades, como o dizem Venancio e Cassilia (2010). Pacheco e Silva teria então dado continuidade ao “programa traçado pelo seu mestre e antecessor”, ampliando “os diversos departamento de assistência a psicopatas” (Pacheco e Silva, 1940, p. 214).

¹⁵ Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988), formado em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Fez cursos na Europa de especialização em psiquiatria e neurologia, chegando a ser assistente voluntário da Clínica Charcot, na Salpêtrière. Voltou para o Brasil em 1921, e dois anos depois foi indicado por Franco da Rocha para dirigir o Hospital do Juquery. Implementou o setor psiquiátrico do Hospital das Clínicas em São Paulo e também presidiu a Associação Brasileira de Psiquiatria e foi professor da cadeira de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina e da Medicina da USP (Piccinini, jul. 2004)

¹⁶ “Francisco Franco da Rocha (1864-1933) graduou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e fez sua formação de alienista no Hospício Nacional. Foi fundador, em 1898, do Asilo de Alienados do Juqueri, que em 1928 passou a se denominar Hospital e Colônias de Juqueri e, mais tarde, Hospital Psiquiátrico do Juqueri, localizado no atual município de Franco da Rocha” (Nunes, 2010, s/p.).

¹⁷ Pacheco e Silva provavelmente utilizou o nome de Souza Lobo em referência ao jornalista Aristides da Silveira Lobo (1838-1896), político, deputado, um dos chefes do levante de 15 de novembro de 1899. Primeiro Ministro da Justiça e negócios Interiores do Governo Provisório, que também fez parte do senado federal (1892-1896) (Fausto, 1994, P.619). Através do Decreto 162 A, de 11 de Janeiro de 1890, Lobo determinou a desanexação do hospício.

Vemos então um processo de continuidade estabelecido quase meio século após o texto de Teixeira Brandão, ainda que marcado por um outro mito das origens.

A análise da assistência psiquiátrica no Brasil feita mais de vinte anos depois, no artigo **A psiquiatria e o velho hospício** (1966), ainda segue um viés histórico evolutivo. José Leme Lopes¹⁸ (1966) demonstra que após a entrada de Juliano Moreira na direção do Hospício Nacional, uma psiquiatria científica teria sido implementada, passando a ser exercida por todos os psiquiatras que vieram depois. Tal ponto de vista toma a psiquiatria como uma ciência e, como tal, a considera universal e atemporal. Aliás, essa compreensão da ciência faz com que sua discussão acerca da medicina mental remonte à Idade Clássica, por meio da citação de autores como Homero, Hipócrates e Cícero, em uma linha de pensamento que passa de forma aproblemática por Pinel até chegar em uma mesma linha de continuidade ao Hospício Nacional.

José Leme Lopes atribui a Juliano Moreira a patente de “reformador do Hospício Pedro II” – teria sido apenas a partir da entrada de Juliano Moreira que o Hospício teria ganho ares de cientificidade, além de uma organização administrativa coerente com sua função. Além disso, o denomina de “patrono da psiquiatria brasileira” (Lopes, 1966, p. 342). Lopes ainda afirma que ele “firmara o primado da ciência, apoiado na grande revolução da obra de Kraepelin, introduzida em face das concepções mais empíricas da psiquiatria anterior” (Lopes, 1966, p.343). Assim, sua filiação é clara: não apenas Moreira é o grande patrono, mas a teoria kraepeliana está no centro dessa cientificidade.

Esse autor, no entanto, amplia a linha temporal de análise da medicina mental; recorrendo a referências míticas para a validação do discurso. Ele também analisa o discurso da medicina como ciência, da universidade e da falta de organização orçamentária e de investimento político. O mesmo autor perpassa ainda pela conscientização da comunidade de que esses espaços manicomiais devem ser mantidos e ampliados.

Os relatos dos profissionais que fizeram a história da psiquiatria demonstraram um foco nas origens e no desenvolvimento da ciência psiquiátrica. As histórias contadas pretendem validar um discurso, quer seja de consolidação da psiquiatria, de uma instituição ou percurso individual, quer seja de validação de uma história que tem bases “sólidas” em um passado, se remetendo a ele para justificar a história do presente. No

¹⁸ José Leme Lopes (1904-1990) foi médico, psiquiatra, nascido no Rio de Janeiro. Foi presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Academia Nacional de Medicina, além de professor e diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Frota, Piccinini e Bueno, 2004, s/p).

processo, surge uma história da psiquiatria de cunho cientificista, mostrando os passos percorridos para que esta se tornasse científica e, portanto, verdadeira.

Um trabalho, em especial, se tornou referência para o campo da história da psiquiatria no Brasil, que seguiu o viés foucaultiano, ou seja, da descontinuidade. No livro produzido por Roberto Machado *et al.*,¹⁹ por exemplo, os autores se posicionam explicitamente contra uma história evolutiva da medicina e enfatizam a ruptura e as descontinuidades da História.

“É preciso, portanto, não ocultar a grande diferença entre o projeto histórico investido nessas análises e as histórias da medicina ufanista, dispostas a celebrar o presente, justificando-o pela ardorosa conquista de uma posição de racionalidade duramente realizada ou a se realizar. E que, com esta intenção, projetam sobre o passado as questões do presente, buscam continuidades, filiações e parentescos de um projeto homogêneo” (Machado *et al.*, 1978, p. 19).

O livro **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da psiquiatria** (Machado et al, 1978), trabalho escrito na década de 1970, teve com objetivo principal demonstrar, tomando como fonte principal as teses de medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro do século XIX, que o projeto de medicalização²⁰ social havia sido colocado em prática no Brasil do XIX. Segundo a obra, a medicina teria incidido sobre o meio social, passando a controlar a vida dos indivíduos, ganhando poder social por meio de seu reconhecimento como aquela que possuiria a diretriz e o saber o *bem estar* da sociedade, em termos de doença e saúde. O espaço social teria passado a ser esquadrihado pelos médicos para a obtenção de um maior conhecimento dos fatores que causariam malefícios à saúde da população, objetivando a implementação de medidas preventivas. Machado, com isso, buscou a matriz que teria sido a base para o surgimento das instituições psiquiátricas no Brasil, com destaque para o papel da medicalização e da disciplinarização²¹ da sociedade no período Imperial brasileiro.

¹⁹ Roberto Machado é professor titular do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS/UFRJ). É Bacharel em Filosofia pela Universidade Católica de Pernambuco (1965) e Doutor em Filosofia pela Université Catholique de Louvain, 1981, na Bélgica. Fez estágios no "Collège de France", sob a orientação de Michel Foucault, entre 1973 e 1980, e Pós-doutorado na Universidade de Paris VIII, com Gilles Deleuze, em 1985-86. Além disso, foi também professor da UFPB, da PUC/RJ e do Instituto de Medicina Social da UERJ. (Machado, 2012)

²⁰ A medicalização social vem a ser o processo em que a vida social passa a ser organizada a partir de conceitos advindos da medicina, onde regras de convivência, de higiene, sexuais, alimentares, habitacionais e morais são colocadas em prática com o objetivo de manter a saúde e evitar a doença, intervindo assim no meio convivência dos indivíduos. (Foucault, 2008).

²¹ O conceito de *disciplinarização* está diretamente ligado às práticas de controle e organização dos corpos. Uma das estratégias utilizadas é o controle e a reformulação dos espaços: “as disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras” criem espaços complexos: ao mesmo tempo

Nota-se, ainda, um especial interesse em denunciar a psiquiatria como um saber estabelecido para o controle dos indivíduos, em um processo de docilização concomitante ao surgimento do capitalismo, e predominante na psiquiatria ainda presente (Machado et al,1978, p. 19).²²

Essa publicação, assim como as demais que seguiram o mesmo viés metodológico, deram um papel preponderante às análises externalistas; isto é, passaram a analisar a loucura e a prática psiquiátrica a partir de “pressupostos sociais e culturais que respondem, é lógico, a acontecimentos ‘externos’ ao próprio ‘saber’ psiquiátrico” (Huertas, 2001, p. 17). Para essa linha historiográfica, o saber psiquiátrico não estaria envolto em questões restritas a este saber, mas diretamente atrelados à questão do poder.

Outra publicação incluída no viés da descontinuidade no Brasil é **Ordem Médica e Norma Familiar**, publicado em 1979 por Jurandir Freire Costa²³. Utilizando teses higienistas do século XIX, o autor buscou demonstrar que a atuação dos médicos junto à família burguesa, atrelada à compreensão higienista de que essa instituição era a principal causadora de malefícios médico-sociais. Tal perspectiva teria tido como consequência o estabelecimento de normas científicas de saúde física e mental que teriam alterado os lares burgueses, em um processo que teria dado lugar à medicalização de toda a sociedade brasileira.²⁴

Esta obra traz outro destaque: o uso da história para o presente. Assim como Foucault, Costa pretendeu, ao construir a história da medicina higienista no Brasil, denunciar os vínculos autoritários e os laços de poder que perduraram através da nova

arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos. São espaços mistos: reais pois que regem a disposição dos edifícios, de salas, de móveis, mas ideais, pois projetam-se sobre essa organização características, estimativas, hierarquias. A primeira das grandes operações da disciplina é então a constituição de “quadros vivos” que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas” (Foucault, 1999, p. 126-127).

²² O trabalho de Machado foi posteriormente criticado por causa de seu método de conceber e de questionar suas fontes. Supõe-se que a escolha das teses de medicina fizeram com que ele tomasse como verdade no cotidiano da sociedade citadina aquilo que eram projetos e teorias que, no mais das vezes, não chegaram a sair do papel (sobre isso, ver: Edler (1998), Gonçalves (2011)).

²³ Jurandir Freire Costa (1944-), possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, Especialização em Etno Psiquiatria pela École des Hautes Études en Sciences Sociales, França, e livre-docência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Atualmente é professor adjunto da UERJ. (Costa, 2012). É importante destacar que como a divisão estabelecida neste balanço historiográfico é uma interpretação acerca das publicações, os autores podem ser incluídos em mais de uma divisão, como é o caso de Jurandir Freire Costa.

²⁴ Essa obra atribuiu em demasia poder aos médicos no período analisado, e, especialmente aos psiquiatras, porém essa é apenas um viés investigativo da ampla realidade brasileira, e a atribuição do poder excessivo ao papel disciplinador da medicina maquia tal realidade. (Rago, 1995, p. 67)

prática higienista até o período da escrita do livro, o final da década de 1970. (Rago, 1995, p. 68).

Quem também pode ser incluído na linha historiográfica que valoriza a continuidade é Darcy de Mendonça Uchôa (1981).²⁵ Seu texto traz uma história das grandes narrativas, em que a compreensão da posição central da psiquiatria na sociedade se dá a partir de grandes marcos históricos da psiquiatria relacionados à história do Estado Brasileiro.

Nessa leitura, a psiquiatria no século XX é entendida pelo autor como prosseguimento daquilo que já vinha sendo realizado desde o século anterior. Uchôa ressalta a importância da inauguração do hospício, o fortalecimento das críticas a administração desse asilo com Teixeira Brandão e ainda destaca a entrada de Juliano Moreira “para a direção da Assistência aos Alienados do Rio de Janeiro” (sic) (Uchôa, 1981, p.34). Assim, Moreira é novamente construído como mito paradigmático, são listados vários ícones (tanto personalidades quanto estabelecimentos) que, para Darcy, participaram significativamente na construção dessa história, em uma leitura memorialista e acumulativa. E sobre o Serviço de Psiquiatria da escola Paulista de Medicina, ele cita que “transformou-se completamente com a nomeação do Prof. Darcy de Mendonça Uchôa” (Uchôa, 1981, p.35).

Outro conceituado trabalho do campo da história da psiquiatria e que aqui ganha destaque também por seu referencial foucaultiano, apesar de incluir ainda uma vertente thompsoniana é a publicação **O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo**, de 1986. Este texto é resultado da pesquisa sobre a construção do primeiro espaço asilar paulista, o Hospício do Juquery, criado pelo recém-formado em medicina Franco da Rocha, no final do século XIX. Maria Clementina Pereira da Cunha²⁶ serve a uma pesquisa que visa enfatizar o processo de institucionalização da loucura no estado de São Paulo, relacionando-a com o processo de disciplinarização do Estado.

De acordo com a autora, o hospício é proclamado pelo Estado como um dos pilares do progresso no período. Nessa sociedade por ela esquadrinhada, o louco teria sido caracterizado socialmente como um excluído, o outro da sociedade, que deveria ser transformado de modo a poder ser inserido na sociedade e nos meios de produção. É

²⁵ Darcy de Mendonça Uchôa foi psicanalista e catedrático da Escola Paulista de Medicina. (UNIFESP)

²⁶ Maria Clementina Pereira Cunha é graduada em História Social pela Universidade de Brasília, possui mestrado e doutorado em História Social pela Universidade de São Paulo, foi professora titular da Universidade de Campinas. (Cunha, 2012)

importante considerar ainda que, para Cunha, os médicos consolidaram o poder estatal de disciplinarização e da atuação da medicina sobre a massa trabalhadora nesse espaço.

Vale dizer, o controle da loucura é analisado por Cunha a partir das formas de produção que regem a vida social. Assim, o espaço asilar atuaria sobre os internos pobres, os párias sem emprego, e é nesse viés que esse espaço asilar incide, através de práticas que tornem essa mão de obra ociosa (e pobre) em produtividade. A laborterapia, prescrita apenas para os internos não pagantes, do sexo masculino, era a principal terapêutica utilizada; para as mulheres de qualquer classe social o trabalho como bordar, limpar, cozinhar simulando a vida doméstica era uma forma de projeta-las a “normalidade”.

Outro tema presente nessa publicação é o debate acerca da forma de organização do alienismo em São Paulo, dentro da nova perspectiva social. E neste, somos então informados que o Juquery foi instalado no dia 14 de maio de 1952, seis meses antes do hospício D. Pedro II²⁷. Para Clementina, o hospício pretende ser uma continuidade da ordem moralizante do meio social. A autora analisa também o ambiente físico e a distribuição dos internos, bem como seu cotidiano no asilo, suas histórias de vida e os motivos de sua internação.

Já Elso Arruda²⁸ (1995), ligada a uma análise que se atém aos fatos, propõe um parecer da psiquiatria brasileira pelo viés comparativo, por meio do confronto com a história da psiquiatria francesa e alemã. O autor divide o texto tendo por referência a divisão factual e política da História do Brasil – Período Colonial, Vice-Reinado, Primeiro Império, Segundo Império e Período Republicano. Assim como os outros autores, ele considera que no Período Colonial não houve uma política de saúde e, conseqüentemente, o que se tinha era a inexistência de uma política para a saúde mental.

Após a caracterização da loucura nos diferentes períodos históricos brasileiros, o autor faz um panorama do que chamou de “O período Juliano Moreira” (Arruda, 1995, p.34) e “o período Teixeira Brandão” (Arruda, 1995, p.43). A história da psiquiatria é contada sob o ponto de vista de alguns estados brasileiros, dentre eles é dado destaque para São Paulo, Minas Gerais e Bahia. Ao final, Arruda revisita a psiquiatria brasileira do pós-guerra até os anos de 1990. Ele considera que no presente da escrita, estava

²⁷ Saliento que o Juquery acima relatado tinha as mesmas características do asilo provisório do HPII. Este funcionou entre 1841 e 1852, período que abrange a criação do Hospício D. Pedro II e a sua inauguração.

²⁸ Elso Arruda (1916-1995), foi professor e diretor do Instituto de Psicologia da UFRJ (1970-1976), onde se tornou também titular emérito. Também atuou como professor da Escola Ana Nery entre 1960 e 1962 (UFRJ). (Centofanti, 1982).

configurada uma demanda mundial de renovação que desse conta tanto do espaço asilar como da terapêutica empregada. O hospital psiquiátrico clássico, segundo Arruda, teria sido substituído por instituições de pequeno porte. O ambiente desse novo espaço, de acordo com ele, era tranquilo, com a preservação da condição humana e da dignidade, com cuidados terapêuticos voltados para estabelecer atividades para os pacientes.

Outra obra de referência para a história da psiquiatria brasileira resulta de uma tese de doutoramento. **Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospício no Rio de Janeiro**, publicada em 2001 por Magali Engel,²⁹ a autora centrou sua pesquisa no período histórico de 1830 a 1930, na cidade do Rio de Janeiro. O extenso recorte temporal compreende desde o momento em que os médicos exigem ser os responsáveis sobre o saber acerca da loucura e de seu tratamento, defendendo a criação de um espaço onde os doentes pudessem ser mantidos e tratados conforme o interesse dos especialistas da área.

Contudo, para ela (2001), como para Cunha (1986), a atuação da medicina psiquiátrica esteve de acordo com o projeto de construção da nação e de manutenção da ordem social – considerando-a assim, antes de tudo, como instância de controle social. Ressaltam então, em seus trabalhos, o processo de disciplinarização vinculado ao poder psiquiátrico. Porém enquanto a primeira trabalha com uma vertente analítica no interior de uma instituição e de constituição da mesma, pesquisando as diferenças sociais nas entranhas do Juqueri, a outra trabalha com o cotidiano da loucura e a forma como viviam em meio a sociedade.

Outro autor, Walmor Piccinini³⁰ (2008) propõe-se a retomar a história “toda” da psiquiatria no Brasil, mas partindo da história de uma outra instituição: a Casa de Saúde Dr. Eiras. Seu objetivo é demonstrar a importância dessa instituição para a história da psiquiatria local e impedir que ela entre em um ciclo de esquecimento onde a sociedade não saberá qual o seu devido valor. Neste sentido, o autor busca demonstrar que a derrocada dessa Casa de Saúde decorreu a partir das políticas do período da ditadura militar.

²⁹ Magali Engel possui graduação e mestrado pela Universidade Federal Fluminense, doutorado pela Universidade de Campinas. Atualmente é professora adjunta da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Intelectuais, Sociedade e Política (CNPq). (Engel, 2012)

³⁰ Walmor Piccinini Psiquiatra, professor da Mário Martins Fundação Universitária, membro do departamento de história da psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, “autor do Índice Bibliográfico Brasileiro de Psiquiatria e co-editor de Psychiatry Online Brasil” (Piccinini, out. 2011,p. 48).

Ao fazer esse acerto de contas e revalorizar uma instituição que foi desativada em 1992, Piccinini destaca algumas personalidades - os antigos diretores da Casa de Saúde. A lista é grande, e tem o intuito de salientar a seriedade e grandiosidade de vários profissionais que administraram a instituição ao longo de sua existência, apontando a importância da mesma.

É importante ressaltar que na análise continuísta, os autores retomaram os períodos e recortes estabelecidos por Teixeira Brandão. Agora, porém, Piccinini o faz como estratégia política de continuidade, não mais para o reconhecimento e o apoio do Estado à profissão da psiquiatria, mas voltada para a opinião pública e para os novos profissionais que adentraram o campo após a redemocratização do país e a entrada da Reforma Psiquiátrica. A estratégia de continuidade continua a servir de argumento para demonstrar a cientificidade da psiquiatria e a filiação de seus profissionais à ciência. Nesse processo, a interpretação de Teixeira foi apropriada como verdade factual e sua periodização e interpretações foram essencializadas pelos autores que ainda buscam pertencer a essa tradição.

Como Venancio e Cassilia (2010, p. 26) o ressaltam, outra característica dos textos que seguem essa vertente é servirem de apoio para o enaltecimento da prática assistencial e, em última instância, para o próprio indivíduo que narra sua história pessoal, inscrevendo-o como profissional de importância na história da psiquiatria que narra. O texto do Dr. Walmor Piccinini (2008), que acabamos de apresentar, exemplifica bem este viés. No texto, o autor resalta sua inserção na instituição, que o abrigou desde os seus tempos de estudante, como acadêmico estagiário, incluindo-o, assim, em meio a tantas personalidades da história da psiquiatria desde o século XIX.

Como podemos ver pelos autores já tornados clássicos da história da psiquiatria e filiados à vertente descontinuísta, esses são, em sua maioria, advindos das ciências humanas e sociais (mesmo Costa que escreveu seu trabalho após sua especialização junto à EHESS). A proposta que se opõe ao continuísmo, ligada a Foucault teria estabelecido a mudança de foco para a pesquisa histórica, que passou a ser vista a partir de um problema, a partir do qual novas questões quanto ao fazer histórico e novos temas em debate foram postos à baila, como a história da loucura, a história das prisões, da sexualidade, da instituição, da disciplinarização, do biopoder, entre outros objetos.

Assim, a vertente mostra um interesse pelos vínculos profundos entre ciência, Estado e sociedade, bem como sobre a disciplina e o poder, e é concomitante à entrada desse objeto nos campos acadêmicos mais distantes das práticas e interesses

profissionais da psiquiatria. Por outro lado, a proposta de descontinuidade, poder e disciplinarização, serviu a um tempo de questionamento da ciência, assim como das estruturas de poder autoritárias que haviam perdurado por todo o tempo da ditadura do Brasil, invadindo os micro-poderes ligados aos mais diferentes campos do saber-fazer.

As críticas posteriores apontaram que essas obras muitas vezes acabaram por reificar o “instrumental teórico foucaultiano”, por não considerarem, as especificidades sociais, geográficas, políticas, econômicas e culturais locais. Assim, tais pesquisas teriam deixado de lado o embasamento empírico que poderiam ter propiciado uma relativização de suas teses na análise da sociedade brasileira (c.f. Edler, 1998, p. 174).

A partir dessas primeiras obras descontinuístas, surgiram uma série de trabalhos que retomou o modelo de forma original: para estabelecer uma crítica contundente ao saber do passado e valorizar o processo revolucionário. Por outro lado, as críticas que foram produzidas acerca dos trabalhos com o apoio teórico foucaultiano, se desdobraram em um novo grupo de trabalhos que passou a relativizar o viés descontinuísta da história. É do que vamos tratar agora.

II. A descontinuidade como instituição de novas continuidades?

Ao longo do processo de divisão por tipo de argumentação, continuísmos e descontinuísmos, sobressaíram alguns autores que apresentam estratégias que trouxeram problemas para o nosso sistema de classificação. Essa particularidade está implicada com os objetivos e interesses dos autores, como veremos a seguir.

No entanto, o que chama atenção nessa série de textos quando os tomamos por meio dessa divisão aqui estabelecida, é que as instituições psiquiátricas, as práticas e as teorias anteriores ao movimento da Reforma Psiquiátrica são compreendidas como estando articuladas a um poder que reprime e contém, e passam a ser consideradas como uma tradição a se esquecer. Em contrapartida, surgem novos mitos de origem e as novas propostas de políticas e práticas de saúde mental passam a ser pensadas em termos de desenvolvimento e evolução, enquanto a proposta anterior tinha por objetivo a análise dos acontecimentos que estavam em curso e ao enaltecimento do passado,

Assim, a estratégia da descontinuidade passa a servir não mais para estabelecer a crítica do presente – não há qualquer menção, em geral à questão do poder neste novo modelo, considerado democrático e parece, portanto, estar isento dele -, mas serve para

emoldurar uma ruptura com um modelo anterior, enquanto que o presente volta a ser engrandecido, ainda que não mais centrado em termos de cientificidade, e sim na política e na cidadania.

Um livro emblemático dessa “nova tradição” é o **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, coordenado por Paulo Amarante (1995)³¹. Os textos estabelecem uma ruptura radical entre a psiquiatria tradicional e a Reforma Psiquiátrica no Ocidente. Para tanto, a obra se organiza por meio da revisão dos principais referenciais teóricos que influenciaram o movimento da Reforma no Brasil, em especial, a reforma psiquiátrica italiana. Nessa leitura, as experiências inglesa, francesa e estadunidense e suas repercussões nos anos de 1970 e 1980 no Brasil se difeririam da italiana como tentativas marcadas pela incompletude ou pelo erro. Somente a reforma italiana teria contribuído de forma significativa para a transformação radical da assistência ao indivíduo portador de sofrimento psíquico (Amarante *et al.* 1995, p. 42).

O momento de crise da psiquiatria teria se aprofundado a partir da Segunda Guerra Mundial, momento em que teriam se fundido a preocupação psiquiátrica ao modelo terapêutico, considerado como impotente diante das doenças mentais, com as preocupações governamentais acerca dos custos decorrentes do aumento de cronicidade das mesmas.

Portanto, a estrutura de divisão dos capítulos é conformada pelas diferentes ações de psiquiatria social que ocorreram pelo mundo, no pós Segunda Guerra Mundial, bem como pela periodização em que se enquadrariam cada uma de suas modalidades, iniciando-se com a psicoterapia internacional e as comunidades terapêuticas (Inglaterra) e a psiquiatria de setor (França), ambas na década de 1940; psiquiatria preventiva na década de 1950 (Estados Unidos); e o caso da antipsiquiatria, década de 1960 (Itália).

O fato de as reformas psiquiátricas na Itália terem se iniciado tardiamente teria permitido a reflexão das experiências em outros territórios, podendo desta forma reformular aquilo que não deu certo. Inicialmente, Basaglia também teria tido o intuito de transformar o ambiente hospitalar, integrando os indivíduos envolvidos no funcionamento e na manutenção do manicômio, os pacientes, os médicos e o corpo

³¹ Paulo Duarte de Carvalho Amarante é médico psiquiatra com mestrado em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (1982) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994). É editor da **Revista Saúde em Debate**, representante do **Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**, professor/pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz e coordenador do Projeto Loucos pela Diversidade, do convênio entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde por meio da Fiocruz. (Amarante, 2012).

administrativo (Amarante *et al*, 1996, p.72). Posteriormente, porém, teria sido o mentor de uma transformação radical e profunda da instituição e do saber psiquiátrico. No caso do Brasil, sua experiência teria sido fundamental para uma nova maneira de se pensar e de se lidar com a loucura.

No livro de Maurício Lougon, **Psiquiatria Institucional: do Hospício à Reforma Psiquiátrica** (2006), o autor perpassa a reforma empreendida na Colônia Juliano Moreira, década de 1980, mas, em seguida, recua para a década de 1920, momento que para ele é importante por situar a Colônia Juliano Moreira (foco da publicação) no instante de sua criação.

O autor, Maurício Lougon, é também personagem da Reforma, assim como os autores da publicação analisada anteriormente. Como ele mesmo nos diz, “o objeto em foco aqui é a Reforma Psiquiátrica, considerada como tentativa de reduzir os danos sociais criados com a medicalização ou psiquiatrização” (Lougon, 2006, p.137).

No entanto este trabalho aponta claramente para uma ruptura do antes e depois da reforma. Essa publicação também possui continuidades como o afirma Venâncio em sua resenha sobre o livro (2007):

“A história contada aparece como sinônimo das teorias clínicas, discursos e projetos médicos enunciados em periódicos, teses, estatutos e legislações, como se a história fosse a comprovação desse enredamento total, capilar, que conseguiu de fato calar outras falas, interesses e personagens, efetivando-se exatamente como planejado” (Venancio, 2007, p.02).

Assim em Lougon há oposição entre uma realidade sombria nas instituições psiquiátricas antes da reforma e uma realidade modificada no depois, mas aparece, aqui e ali os senões que demonstram continuidades no processo, ainda que a perspectiva seja a de sua superação.

Para finalizar, outro importante personagem para a história da reforma psiquiátrica italiana, e que influenciou e continua a influenciar a reforma no Brasil é Ernesto Venturini. No **I Encontro de Pesquisadores em História da Saúde Mental** (2010), ele produziu um balanço historiográfico das diferentes fases da psiquiatria no mundo, com destaque para o contexto psiquiátrico da década de 1960, na abertura do evento. Segundo o autor,

“A “Psiquiatria Democrática” na Itália demonstrou a possibilidade de mudar a relação entre o psiquiatra e o usuário e sobretudo a condição do doente, ainda se aproveitando da velha lei. Esta atitude se demonstrou um recurso fundamental para ultrapassar a idéia da psiquiatria como repressão e controle dos comportamentos.” (Venturini, 2010, p. 270).

Em sua fala inicial, ele chama atenção para o fato de que a nova história deveria deixar de utilizar como objeto os velhos asilos e a velha psiquiatria repressora, para estabelecer uma história do tempo presente, essa sim fundamental para a nova sociedade que se pretende produzir.

Portanto, verifica-se que o saber-fazer advindo do movimento reformista se propõe como um novo modelo triunfante, o que seria provado pelo foco no portador de sofrimento, articulando-o à sociedade e ao corpo administrativo. Tal ideia é valorada como o *Bem*, enquanto que a psiquiatria tradicional é colocada em plano de polarização absoluta. Tem-se a impressão, através da literatura apresentada, que com o advento da reforma basagliana, as demais modalidades deixaram de existir, como tentativas que precisaram superar determinados obstáculos em sua concepção para evoluir para o modelo italiano. Assim, o que não chegou ao ápice do desenvolvimento está apenas em processo, e deve evoluir.

Em sua maioria, os autores são também atores ativos das práticas e políticas do novo modelo de assistência, que tem como sua contraparte a produção de uma história contada de forma que novos marcos se instauram, em um processo de ruptura com o velho (desvalorizado até mesmo sob o ponto de vista histórico), numa linha de evolução e de continuidade com as propostas que já contam algumas décadas atrás de si.

Embaralhando as cartas, esses textos nos mostram que as duas vertentes – continuidade ou descontinuidade – podem trazer propostas e críticas que muitas vezes não são o que parecem ser. Como disse Costa (1976) é preciso atentar para as linhas de forças e para os interesses dos indivíduos que constroem essas histórias, de modo a se perceber se buscam a afirmação de um saber que se sobressai aos outros - como evolução ou diferença -, ou se pretendem romper com uma sociedade que se propunha até então.

III. Continuidades e Descontinuidades: a versão da Academia

III.1 Instituições, políticas de saúde e de assistência: novos olhares

Nesta categoria elencamos trabalhos que nos pareceram escapar de uma escolha de viés continuísta ou descontinuísta da história. O enfoque volta-se muito mais para o

aprofundamento de especificidades locais e de contextos. Desses trabalhos surgem novos objetos, novos recortes geográficos e temporais, bem como novas perspectivas, as vezes teórico-metodológicas, as vezes conjunturais. Tais trabalhos resultam do amadurecimento de seus referenciais teóricos e buscas de novas abordagens, a partir das reflexões e debates sobre o uso muitas vezes reificador (Edler, 1998, p.174) das leituras de Foucault, assim como da relativização do uso quase exclusivo da categoria de poder para analisar instituições e saberes.

Assim, mesmo nessa divisão nos deparamos novamente com Foucault, que como Rago (1995) ressaltou, acabou por marcar de forma indelével as obras desse campo. Entretanto, outras obras de Foucault são arregimentadas para a construção dos argumentos, deslocando a centralidade do poder para processos de subjetivação e regimes de verdade (Facchinetti, 2010). Tal perspectiva ofereceu aos novos leitores de Foucault um lugar bastante diverso para a compreensão de poder oferecida pelos autores anteriormente considerados, que no mais das vezes, localizaram o poder quer no Estado, quer num grupo de elite intelectual ou indivíduos. Assim, ainda que a perspectiva de forças discursivas permaneça em um grande número de leituras, a concepção de poder se torna mais complexa, obedecendo aos parâmetros do filósofo quando este esclarece que o poder não é aquilo que somente “impede, vigia, controla, inibe; é um poder que suscita, que produz” (Foucault, 1992, p. 123). Assim:

“o poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce, porque no asilo, como em toda a parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens” (Foucault, 1979, p. 7.).

É nesse sistema de diferenças que será preciso analisar o poder que se põe em funcionamento, “mais precisamente, pelo que poderíamos chamar de uma disposição tática na qual os diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumprem certo número de funções precisas”. (Foucault, 1979, p. 9) Assim, por trás da descontinuidade ou da hegemonia e continuidade de regimes de verdade acerca da psiquiatria, por exemplo, sempre estaria presente o embate de diferentes forças em luta. Tais forças diriam respeito a diferentes teorias, práticas, políticas e crenças em disputa para estabelecer sua verdade como hegemônica.

Esse novo viés de leitura acabou por permitir análises com ênfase na pergunta de como, de que modo, teria sido possível que determinados discursos ganhassem estatuto de verdade (Foucault, 1986). Nesse modo de fazer história, ao historiador não caberia a

compreensão dos fatos históricos, mas sim delimitar os cortes para que os fatos pudessem ser analisados (Foucault, 2008). Desta forma, o historiador selecionaria seu objeto de acordo com as redes de poder até então estabelecidas, os trabalhos não privilegiam uma análise totalitarista do tema, mas seu recorte. Nesta linha analítica, se sobressaem as discussões sobre produção de subjetividade e o contra-poder, ganhando preponderância também a voz dos diferentes atores - seja o louco, o enfermeiro, o familiar, já que os anônimos também ganham voz ativa.

Além de Foucault, outra referencia teórica central para esses debates é a história cultural e a antropologia. A partir do viés culturalista, em diálogo com diferentes campos das ciências humanas e sociais, esse novo modelo ultrapassa as macro explicações da realidade para se defrontar com as múltiplas facetas e especificidades do acontecimento, bem como sobre a complexa negociação em jogo (Venancio e Csilia, 2010, p. 33).

O trabalho de Manoel Olavo Teixeira³² pode ser facilmente incluído nessa vertente, **Nascimento da Psiquiatria no Brasil** (1997). O objetivo do texto foi mostrar que o Hospício Nacional não instituiu-se através da relação de poder estabelecida pela vertente dos foucaultianos brasileiros. Antes, visava demonstrar que interesses mais pessoalistas e afeitos à sociedade brasileira do XIX (Miskolci, 2006) estavam presentes. Teria sido em nome desses desejos e favores que a instituição ganhou forma: a prática médica psiquiátrica formal só teria se iniciado após a prática asilar, após a fundação do Hospício de Pedro II (1852), que teria sido, ela própria, um ponto de chegada de um largo processo. Para o autor sua fundação respondeu aos anseios do poder público

“às reclamações feitas pelos médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia contra a circulação dos loucos pelas ruas (...), às constantes denúncias de maus tratos a que eram submetidos os loucos internados nas enfermarias da Santa Casa (...) [e] uma espécie de coroamento simbólico do nascente Império brasileiro” (Teixeira, 1997, p. 42).

Manoel Olavo, através de Teixeira Brandão, enfatiza o processo de transição administrativa dessa instituição para um viés médico na época da república que, segundo o autor, era inexistente sob o comando das irmãs de caridade. E para que tal análise fosse feita, Olavo retoma criticamente Teixeira Brandão, “renomado alienista que não tinha pudores em se autoproclamar o ‘Pinel Brasileiro’” (Teixeira, 1997, p. 63).

³² Manoel Olavo Teixeira, médico psiquiatra formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e com doutorado pela mesma instituição. Atualmente é Pesquisador Adjunto do Instituto de Pesquisas Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (Teixeira, 2012).

Por outro lado, o trabalho ainda mantém certas continuidades com os trabalhos tradicionais, seja tomando como verdade certos marcos temporais, seja tomando certas afirmações de Brandão acriticamente. O autor enaltece, também, Juliano Moreira, psiquiatra que se utiliza das idéias de Brandão; e menciona que após o período de consagração dos médicos no interior do espaço nosocomial, Juliano Moreira teria se aproximado de uma vertente psiquiátrica ligada aos moldes alemães de tratamento psiquiátrico; uma psiquiatria organicista, considerada mais moderna e científica no circuito internacional do período.

Manoel Olavo, assim como os outros autores dessa tradição historiográfica ora apresentados, caracteriza o espaço manicomial como local de exclusão e repressão. No entanto todos tentam demonstrar as iniciativas de transformação ocorridas nesse espaço ou até de aniquilamento do mesmo.

Outro trabalho presente nessa divisão é o de Edmar Oliveira³³ (2004), que assim como as publicações de Lougon e a organizada por Amarante, apresentados nesta revisão, tem como enquadre analítico a reforma psiquiátrica. Contudo esse se centra na história do Centro Psiquiátrico Pedro II. Para pensar a atualidade, no entanto, Edmar faz uma revisão do processo histórico que antecedeu o Hospital de Engenho de Dentro. As análises de Edmar estão apoiadas em Foucault e Basaglia como ferramenta teórico-metodológica para criticar o espaço manicomial.

Nesse percurso, o autor contextualiza as ações da psiquiatria em um quadro de políticas públicas e propostas presentes no Ministério da Saúde do período militar que levaram a uma diretriz que percorreu todo esse período - as privatizações do setor psiquiátrico. Esta discussão serve a sua tese central, que propõe que a representação acerca do usuário do serviço como portador de sofrimento psíquico ou de doente está intimamente atrelada a políticas mais amplas, tal como elas são desdobradas nas práticas engendradas no manicômio. Esta concepção também pressupõe que as políticas adotadas nos espaços manicomiais (e fora dele) influenciam os usuários em seu cotidiano e na compreensão social acerca do processo de adoecimento mental. Com isso, as medidas políticas que sofrem influência do setor econômico e social, estariam diretamente ligadas às práticas que modificam atores, práticas terapêuticas e políticas assistenciais, executadas no interior das instituições.

³³ Edmar Oliveira em 1981, trabalhou na Colônia Juliano Moreira contratado pela Campanha Nacional de Saúde Mental e em 1984 foi transferido para o Centro Psiquiátrico Pedro II, onde permaneceu até 2010. Fez parte da equipe de Assessoria em Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (de 1983 a 1987). (Oliveira, 2012).

Mas ao contrário dos outros trabalhos apresentados sobre o tema da reforma, o autor não situa o processo reformador que aconteceu no Centro Psiquiátrico Pedro II como tendo produzido mudanças radicais na sua estrutura, como é a tendência dos textos do item anterior, ainda que considere como positivo o saldo que tal movimento teve em momentos específicos e também em determinados setores do hospital (Oliveira, 2004, p.79). Assim, Oliveira afirma que, no que tange especificamente à instituição que se propõe analisar, "as mudanças, tanto em referência aos objetivos quanto à estrutura administrativa, são mínimas e relativas ao contexto imediato (...)" no decorrer da década de 1980 até o processo da eleição direta para presidente (1985). E ressalta:

"O que chama a atenção nas aspirações dos planejadores da época é a amplitude do leque de objetivos, como se fosse possível realizar todas as urgências, de imediato, que se acumularam num longo período de esquecimento a que o infortúnio da loucura ficara trancado nos corredores e guardado por chaves e muros de exclusão" (Oliveira, 2004, p.79).

Assim, o discurso apresenta descontinuidades, mas estas são relativizadas por continuidades a situações anteriores à Reforma e por alteração efetivadas após sua instauração. O autor propõe não considerar a reforma como uniforme, ou total, em relação a todos os setores da esfera hospitalar.

Outra importante publicação que foi incluída nessa divisão é o livro **História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico** (2007) de Jurandir Freire Costa. Esse autor não segue o referencial foucaultiano, e sim a teoria de Devereux. Ressalta-se que o autor percebe como necessária uma justificativa para o fato de não partir de Foucault em sua introdução, deixando-nos entrever o papel hegemônico da teoria foucaultiana no campo da história da psiquiatria (Costa, 2007, p. 16). Ele considera que para Foucault não seria possível a análise da Psiquiatria senão pelas práticas da disciplina corporal. "Esta concepção opõe-se claramente ao pensamento de Devereux, que pretende explicar os sistemas psiquiátricos primitivos e modernos com base nas teorias psicológicas, sociológicas e antropológicas atuais" (Costa, 2007, p. 16).

Entretanto, a estratégia de descontinuidade está presente, comparecendo por meio do aporte teórico-metodológico do conceito de *duplo discurso*. Assim, o autor postula que para qualquer fato não haveria uma explicação única, mas um certo número de explicações que abarcariam tanto o seu aspecto social quanto psicológico. Dessa maneira, nesse relato histórico aparece uma concepção de ciência rompida com as concepções lineares da história das ciências. No entanto, nesta obra, a ciência

comparece como elemento dependente do contexto sociocultural, seria, assim, uma ciência externalista.

Seu interesse dirigiu-o a uma preocupação central acerca do seu próprio tempo, importante para o contexto em que escrevia sua obra: a idéia hegemônica da prevenção. Mais especificamente, seu objetivo era o de demonstrar que, a despeito da eugenia ter supostamente se tornado uma teoria “perdedora” após a II Guerra Mundial, ela estaria em linha de continuidade com o conceito de prevenção, que estaria no auge das ações da saúde mental do final da década de 1970. Assim, Costa valoriza a análise histórica como meio de evitar o perigo de se tomar as “novidades” psiquiátricas sem acompanhar suas linhas históricas de continuidade, o que permitiria ver a que estão vinculadas (Costa, 1989, 49).

Assim, ainda que naquele momento histórico o autor fizesse parte dos movimentos que bafejavam a Reforma Psiquiátrica brasileira e, portanto, os apoiasse, estabelecendo críticas ao modelo asilar e às práticas terapêuticas existentes, a pesquisa se centra no objetivo de chamar a atenção para o perigo de tomar como nova uma proposta do saber-fazer sem compreendê-la historicamente: ao postular a descontinuidade, aqueles que apoiavam a prevenção como caminho para a saúde e a democracia estariam, ao contrário, mergulhados em uma linha de continuidade com aquilo que havia de mais repressivo e autoritário, representado pela “má ciência” eugênica (Costa, 1989, p.73).

Mais recente, uma obra que pode ser aqui incluída é a tese de Monique Gonçalves (2010). **Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das ‘nevroses’ e da loucura na corte imperial (1850-1880)**. Seu texto não busca novos objetos de análise na história da psiquiatria, mas sim outro olhar para a velha temática do surgimento do alienismo, no Rio de Janeiro, em meados do século XIX.

Assim, a autora pesquisa o processo de construção do conhecimento médico no Hospício Pedro II; ela, também, questiona a historiografia continuísta que apresentou, ao longo dos anos, a classificação das manifestações mentais genericamente por alienação mental e, ainda, analisa a institucionalização do próprio alienismo no período pesquisado. Revisita então os textos de tradição continuísta para romper com o ideal progressista e o ideal político de desabonar o que havia sido construído antes da entrada do cientificismo.

Considerando os limites dessa dissertação, privilegamos a análise dos trabalhos acima citados por considerarmos que eles já são suficientes para demonstrar a diferenciação entre o viés da continuidade ou da descontinuidade. Que auxiliarão nas interpretações no decorrer da dissertação a cerca do momento em que se enquadra a pesquisa.

Poderíamos inserir nesse balanço historiográfico uma nova divisão - “Novos olhares sobre a psiquiatria” - onde apareceriam estudos que se articulam com o contexto de políticas mais amplas, pesquisas estas que são se enquadram nas divisões aqui propostas. Continuaríamos nossa análise com uma multiplicidade de objetos, em sintonia com a sua enorme ampliação, seja no recorte temporal proposto ou na análise de novos enfoques. Este é o caso das pesquisas como as de Ana Teresa Venâncio (1998), Cristiana Facchinetti (2001), J. Roberto Franco Reis (2002), Paula Barros Dias (2003), Ana Maria Oda (2003), Maria Cláudia Magnani (2004), Alcidesio de Oliveira Jr. (2005), Nádia Weber (2005), Jacileide Guimarães (2006), Alexander Jaber (2008), Renata Prudêncio da Silva (2008), André Luiz da Conceição Fabrício (2009), Yonissa Wadi (2009), Pedro Muñoz (2010), Janis Cassilia (2011) e Daniele Corrêa Ribeiro (2012).

Tais trabalhos inovam no que diz respeito aos enfoque, aos recortes temporais e ao uso de fontes. Mas a marca forte de todos é a relativização e desconstrução da proposta de descontinuidade radical, presente nos trabalhos anteriormente elencados, bem como um diálogo com essas obras.

Retomando o início de nossa empreitada, lembramos que as diferentes divisões por nós propostas não são datadas, no sentido que ainda hoje temos estudos que podem ser classificados nas diferentes categorias. A investigação dessa historiografia foi fundamental para que pudéssemos enquadrar nossa pesquisa em uma perspectiva que buscasse um novo recorte temporal, bem como novas fontes, na busca de como o contexto político, econômico e social produziu políticas de saúde pública e como tais políticas e representações sobre a loucura impactaram o cotidiano de uma instituição, a Colônia Juliano Moreira, no período da Ditadura Militar da década de 1960 e 1970, buscando entrever nela atores sociais, suas motivações e possibilidades.

Para tanto, o primeiro capítulo desta dissertação dedicou-se a discutir o campo da saúde pública no período militar, buscando-se aí delinear, em especial, de que modo as políticas de assistência e as normas a elas relacionadas estavam relacionadas ao campo mais específico da saúde mental no Brasil. Observamos também o contexto

político em que a saúde pública esteve então inserida, bem como as continuidades e descontinuidades frente aos períodos anteriores. Para este capítulo, privilegiamos uma revisão da bibliografia secundária já estabelecida sobre o tema.

O segundo capítulo explorou as especificidades das propostas políticas voltadas para a assistência em saúde mental no Brasil do período, de modo a demonstrar sua organização em termos de normas e leis, bem como em termos de intenções nem sempre levadas a cabo pelos burocratas e médicos do Ministério da Saúde. O capítulo revisitou fontes secundárias, bem como primárias, sendo as últimas levantadas junto ao acervo da DINSAM (IMASJM), bem como do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e do Ministério da Fazenda. Buscamos aqui dar ênfase, sempre que possível, ao modelo de saúde mental proposto especificamente para o Rio de Janeiro.

Já o terceiro e último capítulo da dissertação analisou, com o suporte das informações levantadas nos capítulos anteriores, a repercussão das propostas, leis e normas do campo da saúde nas práticas da Colônia Juliano Moreira. Nessa etapa, as fontes primárias utilizadas foram levantadas principalmente no arquivo do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), buscando-se trazer a partir delas as consequências das políticas mais amplas para o cotidiano da colônia, bem como confrontar tais achados com o material bibliográfico disponível. O trabalho é concluído por meio de uma discussão histórica acerca dos dados encontrados sobre a instituição.

1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A DITADURA MILITAR (1966-1978)

Um dos pontos de análise do presente capítulo é o enquadramento do contexto histórico no qual o recorte temporal da dissertação está pautado. O objetivo é permitir a compreensão acerca dos princípios políticos, sociais e legislativos que vigoravam entre os anos de 1966 e 1978.

Nesta primeira divisão, o foco foi direcionado para as relações políticas, econômicas, buscando, dessa forma, caracterizar o período antes de adentrar nas relações mais específicas relacionadas à Saúde. No presente capítulo, far-se-á também uma análise das questões ligadas à Saúde pública entre 1966 a 1978, período este inserido no chamado regime militar.

A abordagem política aqui utilizada visa trazer à tona – ainda que de forma não definitiva - as relações do regime autoritário que influenciaram diretamente a assistência à saúde e aos doentes mentais, seja, com relação às modificações empreendidas no interior das instituições psiquiátricas seja com referência aos leitos psiquiátricos ou mesmo com relação à legislação específica.

Nesse percurso, analisamos ainda a contratação de leitos privados, prática preponderante no período, frente à construção e manutenção de hospitais públicos; observando-se o desenrolar de medidas adotadas que, em última análise, teriam viabilizado ou freado essa iniciativa.

1.1 A Ditadura Militar e o contexto político-econômico

A década de 1960 foi fortemente marcada, no Brasil, por um golpe de Estado e pela entrada dos militares no cenário político, econômico e social. Como se sabe, esse processo intervencionista derrubou o governo de João Goulart³⁴ e deu início ao período histórico comumente conhecido por “Ditadura Militar”, ou o “pós-64”.

Tendo anteriormente exercido função “arbitral-tutelar”, isto é, sendo acionadas apenas frente a crises institucionais em situações de desordem política ou no estabelecimento dos limites da ação civil até o período de 1964, as Forças Armadas,

³⁴ João Belchior Marques Goulart (1919-1976) foi eleito em 1955 e 61 para o cargo de vice-presidente de Juscelino Kubitschek e Jânio Quadros, respectivamente. Em meio à crise de renúncia do presidente Jânio foi empossado e sob forte resistência dos militares foi deposto (em 1964) por uma junta militar (Brasil, 2012 A).

após a “intervenção militar”,³⁵ passaram a ocupar o centro da cena política (Borges, 2003, p. 16).

Serviu de apoio para essa ascensão a *Doutrina de Segurança Nacional*,³⁶ cuja influência repercutiu, no Brasil, na criação do Serviço Nacional de Informação (SNI) – dispositivo esse que, influenciado por uma política de proteção nacional, voltou-se para o treinamento dos indivíduos de alta patente com o intuito de habilitá-los a exercer as funções de planejamento e direção da segurança nacional.

Munidos de tal aporte militar, as Forças Armadas Brasileiras conseguiram ascender, no pós-64, ao papel de dirigentes da sociedade, apoiando a burguesia local e controlando a sociedade civil através da censura (Borges, 2003, p.21). Para consolidar o regime de exceção, os militares utilizaram vários instrumentos, da burocracia estatal, incluindo até mesmo a tortura.

Contudo, para a posterior compreensão das implicações que as medidas burocráticas e visões ideológicas tiveram para o campo da saúde, privilegiamos aqui os *Atos Institucionais* (AI) como instrumentos utilizados pelo poder instituído para contornar as leis da Constituição de 1946. Tais decretos, estabelecidos pelo governo militar e promulgados pelo Poder Executivo, intervieram nos direitos políticos e civis dos cidadãos.

O primeiro Ato Institucional (AI-1), de 1964, delegou ao Congresso Nacional plenos poderes para a escolha do presidente da República. O Parlamento, logo a seguir, no dia 11 de abril de 1964, elegeu como presidente Humberto de Alencar Castelo Branco.³⁷ Foi com o AI-1 que se instituiu o bipartidarismo no país: o partido do governo – a Arena; e a oposição – o MDB. Entretanto, como alerta Marcelo Ridenti (2003), não havia uma separação de fato entre os partidos, apenas uma separação teórica ou retórica.

O governo Castelo Branco deu prioridade ao combate à inflação por meio do crescimento do desenvolvimento econômico, que acabou por não ser bem sucedido (Prado e Earp, 2003, p. 213). Ainda assim, reformas institucionais importantes foram

³⁵ Para Marcelo Ridenti (2003, p.135), esse talvez tenha sido o fato histórico ocorrido durante a República que congregou política, cultura, intelectualidade e vida, seja pública ou privada, mais marcado pelas questões revolucionárias. Esse movimento se autodenominou de *revolução*, e buscou implementar mudanças no âmbito político, econômico e social para a construção de “uma nova ordem”.

³⁶ Esse aporte militar havia sido desenvolvido nos Estados Unidos no contexto da Guerra Fria, em 1947, pelo então presidente Harry Truman (1884-1972), com o objetivo de combater o avanço comunista (Borges, 2003, p.21).

³⁷ Humberto de Alencar Castello Branco (1897-1967), combateu a Coluna Prestes, em 1925, e participou dos combates na Itália, durante a Segunda Guerra Mundial. Foi um dos principais articuladores do golpe militar de 1964, que depôs o presidente João Goulart. Através de eleição indireta passou a exercer o cargo de presidente da República em 15 de abril de 1964. Faleceu, em 18 de julho de 1967. (Brasil, 2012 B).

realizadas nesse período, criando as bases para um novo modelo de crescimento. A partir do Golpe foi formada uma junta para reformular o sistema previdenciário brasileiro com o intuito de mudar sua abrangência, os beneficiários e ainda o recolhimento.

A reforma fiscal, “que criou uma base tributária (...) para o financiamento do setor público”, foi uma das modificações empreendidas nesse período. A reforma financeira buscava gerir a política monetária por meio da criação do Banco Central; a reforma trabalhista “criou fundos de poupança compulsória” e o Plano Nacional de Habitação (Prado e Earp, 2003, p. 216). Este dispunha de instrumentos como o Sistema Financeiro da Habitação, o Banco Nacional da Habitação e o Serviço Federal de Habitação e Urbanismo, iniciativas para garantir fonte de recursos permanentes por meio de um sistema com objetivos definidos e em nível nacional.

Durante o governo Castelo Branco, outros três Atos Institucionais entraram em vigor. Com o segundo ato institucional, de 27 de outubro de 1965, foi ampliado o número de parlamentares, de modo a obter a maioria no Congresso. O mesmo ato instituiu as eleições indiretas para presidente da República, além de ter formalizado a perda de estabilidade do funcionalismo público, sempre que se comprovasse que suas atividades não estavam de acordo com os ideais do Governo Militar.

Já o AI-3 (2 de fevereiro de 1966) estabeleceu “eleição indireta para governadores e a nomeação dos prefeitos das capitais pelos governadores”. O AI-4 (7 de dezembro de 1966), por sua vez, ampliou ainda mais os poderes do Executivo, com a promulgação de uma nova constituição que seguiu o molde das políticas autoritárias (Escorel, 2008, p.386).

Foi durante essa gestão que houve a Unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP'S), no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), iniciativa do governo ditatorial que visava garantir assistência médica aos trabalhadores formais e a seus dependentes. Tal medida se configurou como uma das estratégias usadas pelo governo na busca de apoio e também de legitimação social, que permeou todo o período do regime militar.

Em março de 1967, assumiu o governo Arthur Costa e Silva³⁸. Tal como o governo anterior, sua administração também teve como meta o combate à inflação. Para

³⁸ Arthur Costa e Silva (1899-1969), foi Ministro da Guerra durante o governo Castelo Branco (1964-1966). Em 3 de outubro de 1966, Costa e Silva e Pedro Aleixo foram eleitos, respectivamente, presidente e vice-presidente pelo Congresso Nacional. Em 15 de março de 1967 foi empossado na presidência, e em

tanto, a política salarial foi revisada, o comércio exterior foi expandido e, conforme Prado e Earp (2003, 219), houve “a redução do papel do setor público e o aumento da participação do setor privado”.

Essa maior atuação do setor privado refletiu na saúde com o desenvolvimento do Complexo Médico Industrial. Assim, os serviços médicos foram ampliados com o concomitante aumento da privatização dessa área, como estratégia de enfrentamento da falta de uma estrutura hospitalar pública capaz de atender à crescente demanda de beneficiários.

Mesmo com o aumento da participação do empresariado nas políticas estatais, a manutenção de alguns mecanismos democráticos foi mantida como a eleição para governadores, em 1965, ainda que tenha sido implementada a redução dos partidos políticos - reforma bipartidária estabelecida pelos militares. Além disso, houve também o fracasso do plano de estabilização econômica e da reforma tributária; e a manutenção de salários baixos, a repressão, fizeram com que as mobilizações populares de 1964 fossem retomadas a partir de 1967, com greves estudantis e operárias, apoiadas por movimentos de protesto contra a política econômica e a repressão nas ruas.³⁹

Assim como grande parte da sociedade civil, a Igreja Católica e algumas lideranças da própria frente conservadora começaram a reagir. Para completar, os militares também começavam a se dividir frente aos rumos da política econômica (Almeida 2006, p.382).

A necessidade de legitimar a nova ordem política e econômica e de sufocar os crescentes movimentos e conflitos resultaram na promulgação do Ato Institucional nº 5 (13 de dezembro de 1968), que fechou o Congresso Nacional e delegou todos os poderes aos representantes do regime. O AI-5 permitiu, igualmente, uma intensificação da repressão, o que resultou em um aumento da censura nas artes, na cassação de mandatos de senadores, bem como na demissão de deputados, prefeitos, governadores e juízes, dentre outras medidas autoritárias (Prado e Earp, 2003, p. 216). Vale ressaltar que com a entrada em vigor do AI-5, os quatro atos promulgados por Castelo Branco perderam a validade.

agosto de 1969 afastou-se do cargo devido uma trombose cerebral. Faleceu no Rio de Janeiro, em 17 de dezembro de 1969 (Brasil, 2012 C).

³⁹ Aumentaram as manifestações civis contra a ditadura, a prisão política e a censura, como, por exemplo, a *Passeata dos Cem Mil*, organizada pelo movimento estudantil; e uma maior organização por parte dos movimentos de oposição como o Movimento Revolucionário 8 de outubro (MR-8), Ação Libertadora Nacional (ALN) (Escorel, 2008, p. 387).

Com a morte de Costa e Silva, em agosto de 1969, uma junta militar assumiu o poder até a escolha do novo presidente, Emílio Garrastazu Médici⁴⁰, em outubro de 1969. O período militarista sob o comando de Médici pode ser caracterizado como o mais autoritário da ditadura, mas no plano administrativo, esteve diretamente associado ao chamado “milagre econômico”, período em que o país gozou de elevado crescimento econômico⁴¹,

No período, ocorreram “as principais medidas que estimularam a captação da poupança externa”. Além disso, “a liberação dos fluxos de capitais criou condições para que firmas brasileiras pudessem integrar-se ao rápido crescimento da oferta de crédito internacional” (Prado e Earp, 2003, p. 218).

Para reduzir a distância que separava o Brasil das principais economias do mundo e para combater o subdesenvolvimento, o governo Médici publicou o Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND), que propunha a elevação da taxa de investimento para 19% ao ano, e priorizava os setores siderúrgico, petroquímico, de transportes, construção naval, energia, comunicação e mineração. A meta do plano era alcançar o patamar de crescimento de 9% ao ano.

“O projeto desenvolvimentista de Médici estender-se-ia até a gestão Geisel centrado no desenvolvimento da indústria petroquímica, da química fina, dos eletrônicos, além de uma espantosa rede de obras públicas de infra-estrutura – rodovias, pontes, melhoria dos portos e aeroportos, além da indústria bélica” (Silva, 2003, p.259).

Ao ser promulgado, o plano encontrou um cenário muito favorável: a inflação decrescera e as taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) entre os anos de 1968 e 1973 ficaram entre 10 e 14%, acima do esperado (Prado e Earp, 2003, p. 223). O milagre econômico foi sucintamente definido por Sarah Escorel como uma “fase de grande crescimento na economia, cujos resultados eram usados para mascarar a falta de liberdade” (Escorel, 2008, p.387).

⁴⁰ Emílio Garrastazu Médici (1905-1985) presidiu o Brasil de 1969 até 1974. Foi Comandante da Academia Militar das Agulhas Negras entre 1963-1964, apoiou o golpe de 1964. Foi chefe do Serviço Nacional de Informações (SNI) em 1967. Com o afastamento de Costa e Silva, teve seu nome indicado à sucessão presidencial. Através de eleição indireta, passou a exercer o cargo de presidente da República em 30 de outubro de 1969. Faleceu em 9 de outubro de 1985” (Brasil, 2012 D).

⁴¹ Entre 1961-1973 os Estados Unidos, a Alemanha, e a Itália cresciam aproximadamente 4% ao ano, enquanto o Japão cerca de 9%. O déficit norte-americano devido à Guerra do Vietnã e à manutenção de tropas militares pelo mundo. Enquanto isso, o mercado europeu também estava em expansão com as euromoeças (transações em moedas estrangeiras realizados no mercado europeu) e este mercado teve um crescimento de 36%. Com isso se o mercado estrangeiro estava crescendo o mercado interno buscou se preparar para aproveitar o bom momento. (Prado e Earp, 2003, p. 209).

Como consequência do decréscimo inflacionário, a política de combate à inflação foi desacelerada, mesmo com a existência de uma “pressão inflacionária” externa que o governo brasileiro pressupôs ser ainda resultado do momento anterior. “O combate à inflação deixou de ser feito através da contenção creditícia e passou para a esfera do controle de preços dos segmentos não competitivos da economia” (Prado e Earp, 2003, p. 224). Nesse contexto, a distribuição de renda do país foi piorando, enquanto que o crescimento do PIB não passou de 10%. Em decorrência, o antes bem sucedido modelo econômico tornou-se impopular, como afirmam Edler *et al*:

“No final do governo do general Médici (1970-1974), (...) a subordinação ao mercado mundial, tornada muito mais forte, resultou na profunda vulnerabilidade do país, frente às crises geradas internacionalmente. A elevação dos preços de determinadas matérias-primas (...) e a concomitante desvalorização dos produtos exportados (...) tornaram a balança comercial profundamente desfavorável ao país. Por outro lado, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associado a um processo de intensa migração do campo para a cidade, rebaixou as condições de vida da população” (Edler *et al.*, 2005, p. 62).

O fracasso do milagre econômico brasileiro acabou levando Médici a perder o cargo. Ernesto Geisel⁴² assumiu a pasta no ano de 1974. Seu governo foi marcado pela busca de alternativas ao petróleo como fonte de energia. Durante esse processo, a oposição, o MDB, saiu fortalecido e conquistou, durante a eleição de novembro de 1974, dezesseis cadeiras no Senado (de um total de vinte e duas) e 187 vagas na Câmara dos Deputados (de um total de 420) (Silva, 2003, p.267). Porém, os atos de violência e truculência de parte dos militares contra a população civil aumentaram, trazendo à tona por parte daqueles favoráveis à abertura política e de entidades internacionais de direitos humanos, o descontentamento com a inércia da Justiça frente aos militares.

Logo no início da gestão Geisel, em 1974, foi criado, por meio do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social (Oliveira, Beltrão e Ferreira, 1997, p. 08), o Ministério da Previdência e Assistência Social. A pasta foi pensada como *locus* de um processo de centralização, elaboração e execução das

⁴² Ernesto Beckmann Geisel (1907-1996), foi chefe do Gabinete Militar do presidente Castelo Branco (1964-1967). Através de eleição indireta passou a exercer o cargo de presidente da República em 15 de março de 1974. Faleceu no Rio de Janeiro, em 12 de setembro de 1996. Seu governo foi marcado pelo início da abertura política (Brasil, 2012 E).

políticas relacionada à previdência, assistência médica e assistência social. Supõe-se que a estratégia do governo era dar maior autonomia à Previdência Social.

Para o combate da crise econômica e social, o governo lançou o II PND, que funcionou entre 1975 e 1979. Esse programa apoiava o Pró-Alcool, o Acordo Nuclear com a Alemanha, além da construção das usinas hidrelétricas de Itaipú e Tucuruí. Por meio do programa, já “com recursos escassos, o governo abre o país à prospecção do petróleo por companhias estrangeiras. Pela última vez o Brasil apresentava uma face desenvolvimentista, com intensa política industrial e de construção de infra-estrutura” (Silva, 2003, p.267).

Em 1977, ainda sob o governo de Geisel, foi lançado o *Pacote Abril*, que alterava alguns pressupostos constitucionais: modificação das eleições, para que a maioria na Câmara fosse da base governista; extensão do mandato presidencial de cinco para seis anos; manutenção das eleições indiretas para governador; e o fechamento, pela segunda vez do Congresso Nacional. O *Pacote* fazia parte da tentativa do governo de conter a crise causada pelo MDB, que exigia modificações na Constituição, e por partidários do regime que se recusavam a aceitá-las.

É possível observar a existência de um processo de abertura iniciado no Governo Geisel, embora marcado por fortes contradições: por um lado, era um governo “autoritário”; e por outro lado, foi capaz de “perceber as condições de crise do país e propor alternativas em torno de um projeto soberano e constitucional” (Silva, 2003, p.269).

E de fato, foi justamente na transição do governo anterior para o Governo Geisel que ocorreu, de forma mais visível, o embate entre propostas distintas para o Brasil: de um lado o “projeto oficial de abertura” e do outro a oposição encabeçada pelos chamados “linha dura”. Ou seja, de um lado estavam aqueles que defendiam a abertura política e que propunham a redemocratização e as eleições diretas (como Geisel e Figueiredo); do outro lado, aqueles que se opunham e que tentavam impedir tal abertura, por meio de diversas estratégias, como atentados à bomba.⁴³

Saiu vencedor o grupo da bandeira da abertura e, conseqüentemente, deu-se início a uma liberalização política, cujo marco mais significativo foi a redução da censura e a revogação do AI-5, de 1978. Entretanto, a *abertura* era pensada como algo

⁴³ O atentado mais conhecido é o do Riocentro, que em 1981, durante show em comemoração ao dia do trabalhador uma bomba explodiu no estacionamento do local matando o sargento Guilherme Ferreira do Rosário e ferindo o capitão Wilson Chaves Machado.

a ser administrado pelos próprios militares, em um processo “*lento, gradual e seguro*” (Silva, 2003, p.264).

“Com o desaparecimento do AI-5, o papel das Forças Armadas no processo político adquire um novo perfil, isto é, devolver a direção do estado aos civis, desde que em bases confiáveis. Essa confiabilidade estava inserida naquilo que ficou conhecido com a não-argentinização do regime, no sentido de que os militares não fossem levados ao banco dos réus pelos excessos praticados durante o *ciclo revolucionário*” (Borges, 2003, p. 23).

O ápice da crise social, e da luta pela redemocratização, foi marcado pela impunidade diante das mortes do jornalista Wladimir Herzog e do operário Manuel Fiel Filho, em 1975 e 1976, respectivamente. “Geisel intervém rapidamente, numa tentativa de reafirmar seu poder perante a corporação e a sociedade, demitindo o comandante do II Exército, o general Ednardo d’Ávila Melo” (Silva, 2003, p.266).

A demissão de D’Ávila Melo não suprimiu a repressão nem fez a Justiça rever suas sentenças aos assassinatos acima mencionados. Pelo contrário, instituições oposicionistas ao regime, como a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) foram alvos de novos ataques a bombas, organizados por militares. Os atentados que atingiram as instituições em 1976 e 1980, respectivamente, foram, entretanto atribuído oficialmente ao grupo Aliança Anticomunista Brasileira.⁴⁴

A insatisfação se dava não só pela lentidão do processo de abertura política, mas também pela crise econômica pós-milagre. “O impacto da crise do petróleo, de 1973, fora ignorado por quase 2 anos (...). Em 1975, já não era mais possível ignorar os efeitos negativos da crise” (Silva, 2003, p.267).

Assim, os primeiros conflitos mais agudos haviam sido diluídos por meio de respostas às demandas de grupos dominantes e às expectativas da classe média, especialmente por meio do “Milagre Econômico”. Entretanto, após a exaustão desse ciclo expansivo os velhos conflitos retornaram somados agora a novos desafios resultantes do desenvolvimento industrial e das desigualdades individuais e sociais. Tais elementos funcionaram como motor de uma nova fase de movimentação social e crise econômica que acabou por levar ao processo de redemocratização. (Almeida, 2006, p.384). Mas seriam necessários mais alguns anos para o restabelecimento da

⁴⁴Aliança Anticomunista Brasileira (AAB), grupo conservador, pró ditadura militar. Foram os responsáveis por alguns atentados à bomba como a da ABI em 1976, e a tentativa no mesmo ano na OAB, sendo que esta a bomba foi desarmada antes da explosão. Também foram os responsáveis pelo sequestro do bispo Dom Adriano Hipólito (Brasil, 2012 F).

normalidade civil no país, com o restabelecimento do voto e a retirada das Forças Armadas do centro do poder político.

Para o enquadre da pesquisa no período histórico no qual a análise se pauta, entretanto, o momento democrático não será analisado. Essa apresentação serve apenas de introdução para nossa investigação mais específica, a História das Políticas Psiquiátricas na Colônia Juliano Moreira do período. Para tanto, buscar-se-á delinear agora as linhas de ação vigentes no âmbito da Saúde pública no período, uma vez que nosso esforço compreende o funcionamento da Colônia Juliano Moreira a partir de normas da assistência e dos debates do campo da saúde pública construídas no período investigado. Procurar-se-á dessa forma identificar de que modo as diretrizes mais amplas do campo da saúde impactaram o modelo assistencial e o cotidiano da instituição.

1.2 A política de saúde no contexto do Regime Militar brasileiro

Como vimos, o Golpe Militar alterou a estrutura de todo o Estado Nacional e, conseqüentemente, promoveu modificações no Sistema de saúde pública. Os anos de 1964 até 1974, inseridos nesse contexto, foram caracterizados por Edler *et al.* (2005, p. 60) como um período em que o Sistema Nacional de Saúde foi balizado pelo “predomínio financeiro das instituições previdenciárias”.

A Saúde, de maneira geral, sofreu com um processo de mercantilização engendrado por uma crescente burocratização, bem como por um esvaziamento de financiamento para a pesquisa científica. Tais fatores acabaram por produzir uma crise na Previdência, decorrente, portanto, do privilégio dado a um modelo pautado pelo segmento médico empresarial. Vejamos mais de perto esse processo.

1.2.1 A Previdência Social: uma revisão

De uma maneira geral, pode-se afirmar que a Saúde no Brasil até a década de 1980 foi organizada em termos dicotômicos: de um lado, voltada para combater epidemias e endemias (que posteriormente passaria a atender também a população fora do mercado formal de trabalho); de outro, a proteção dada a partir da constituição da

Previdência Social ao trabalhador formalizado. Neste processo, além do governo federal, estados e municípios participaram continuamente da assistência.

A dicotomia se institucionalizou, segundo Fonseca (2007), no governo Vargas ⁴⁵ período em que foram constituídos o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde e Educação. O primeiro era ligado aos setores organizados do mundo do trabalho e de suas instituições de proteção social, enquanto o segundo tinha foco no interesse coletivo, já que, como veremos, não havia amparo legal nem acesso a direitos sociais para os trabalhadores com ocupação desconhecida pela lei.

Já em 1931, após a criação do Ministério de Educação e Saúde e principalmente com a reforma implementada pelo ministro Gustavo Capanema, em 1941, a estrutura “verticalizada e centralizadora encontraria expressão com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde” (Lima, 2002, p. 45)

Antes disso, em janeiro de 1923, tem início, com a sanção da Lei 4.682 do referido ano a implantação da Previdência Social brasileira. Também conhecida como Lei Eloy Chaves, a norma criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídas inicialmente para as organizações trabalhistas com maior influência na política e no mercado financeiro, principalmente os ferroviários e os marítimos (Oliveira e Teixeira, 1989).

As CAPs tiveram por objetivo beneficiar os trabalhadores e apaziguar as revoltas populares, as reivindicações comunistas e anarquistas da década de 1920, bem como atender às exigências internacionais de um “padrão” mínimo de salubridade, já que os países importadores de produtos brasileiros reivindicavam por qualidade e questionavam o estado de saúde dos trabalhadores e de suas condições laborais.

Naquele momento, os benefícios previdenciários variavam de acordo com a contribuição paga: assistência médico-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por invalidez e por tempo de serviço, além de pensão para os dependentes e auxílio funeral (Bravo, s/d, p. 04).

⁴⁵ Getúlio Vargas (1883-1954) nasceu em 1883. Iniciou sua vida política como deputado estadual (1909-1912; 1917-1921) pelo Partido Republicano Rio-Grandense (PRR). Fez parte do movimento que depôs o presidente Washington Luís. Getúlio Vargas tomou posse como chefe do governo provisório em 1930. Com a promulgação da Constituição de 1934, foi eleito presidente da República pela Assembleia Constituinte. Em 10 de novembro de 1937 anunciou a dissolução do Congresso, dando início ao Estado Novo. Governou o país até ser deposto, em 29 de outubro de 1945. Concorreu às eleições presidenciais de 1950, pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Vargas venceu por larga maioria seus opositores, e tomou posse em 31 de janeiro de 1951. Suicidou-se, no Rio de Janeiro, em 24 de agosto de 1954. (Brasil, 2012 G).

“As CAPs eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de um CAP - esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração” (Baptista, 2005, p.17).

Assim, tal modelo inaugurou as bases conceituais para a nova relação entre o social e o Estado, e em especial, para a relação do Estado com a saúde de sua população, promovendo um sistema marcado pela segmentação da assistência e da previdência social (Tomacheski, 2007). Segundo Fonseca, 2007, durante o governo Vargas tanto as políticas de saúde ligadas à Previdência Social quanto aquelas ligadas à Saúde Pública fizeram parte do modelo de construção do Estado Nacional, defendido por Vargas. De acordo com Fonseca, a política de saúde nesse período não foi prioritária para a Previdência.

Quanto à Previdência, ao final de 1932, já tinham sido constituídos 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas (Mercadante et al, 2002, p. 237). Entre os serviços oferecidos aos segurados, constavam os de natureza previdenciária, bem como assistência médica e fornecimento de medicamentos.

A partir de 1933, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas gradualmente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que passaram a organizar a Previdência e a Saúde, novamente de maneira classista e estratificada.

Assim, tais institutos, visavam ampliar o número de beneficiários, estender as categorias beneficiadas (advindos dos setores organizados da classe média urbana) e, conseqüentemente, aumentar a renda da instituição, já que um maior número de contribuintes participaria do modelo.⁴⁶

Os profissionais beneficiados pelos Institutos eram agrupados por categorias e não mais ligados a uma empresa, como era o caso das CAPs. Deste modo, o Estado passava a participar mais ativamente da administração e do financiamento dos Institutos, diferenciando os IAPs das Caixas e ampliando sua atuação. Mas as obrigações da previdência social ficavam restritas às aposentadorias e pensões. Cada

⁴⁶ Os IAPs foram colocados em prática no governo Getúlio Vargas, que instaurou uma intervenção estatal mais sistemática na sociedade e, principalmente, na economia, com o intuito de restaurá-la seguindo os moldes da industrialização, com especial ênfase na energia e na siderurgia. Além disso, nessa época foram estabelecidos direitos trabalhistas, como a jornada de oito horas de trabalho diário, férias e salário mínimo (Baptista, 2005, p.17).

instituição é que concedia a assistência médica, na dependência de seus próprios recursos (Escorel e Teixeira, 2008, p.359). Assim, as iniciativas governamentais forjadas na década de 1930 restringiram o acesso ao direito à atenção à saúde aos não contribuintes (Costa, 1996):

“Apesar de o atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência desde a promulgação da Lei Elloy Chaves, as legislações dos vários IAPs revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão” (Mercadante et al, 2002, p.238).

Com isso, cada instituto passou a ter suas próprias atribuições, de acordo com a contribuição e o grau de articulação da categoria beneficiada. Na prática, isso significou que alguns IAPs fossem mais bem organizados e obtivessem um maior número de benefícios.

Além disso, ressalta-se que mesmo após essas alterações, parte das pessoas economicamente ativas continuava fora da assistência, como por exemplo, os desempregados; por outro lado, a assistência prestada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões também era desigual, e determinadas categorias gozavam de maior privilégio.

“Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, o que fez com que algumas categorias profissionais tivessem mais privilégios que outras. As categorias com maior poder econômico, como os industriais, os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciada por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores” (Baptista, 2005, p.19)

Em 1941, o Ministério da Educação e Saúde passou por uma reforma administrativa que influenciou na ampliação do combate a doenças, hierarquização e, conseqüentemente, a centralização da ação do governo federal (Hochman, 2005, p. 131). A organização da estrutura do sistema de saúde brasileira teve como base as doenças, o que, segundo Lima, se configurou historicamente como uma das características da Saúde Pública no Brasil (Lima, 2002). O exame do organograma de 1942 do Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde revela uma estruturação voltada para doenças específicas, naquele momento organizadas por serviços nacionais de: “febre amarela, malária (ao qual se subordinavam ações profiláticas contra doença de Chagas e esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais” (Lima, 2002, p. 46)

Enquanto a assistência social continuava de forma segmentada, restrita aos grupos urbanos, o governo varguista firmou, em 1942, uma parceria com os Estados Unidos. O acordo consistia em fornecer apoio médico-sanitário às regiões que serviriam de ponto estratégico para o período da Segunda Guerra Mundial, parceria essa que pode ser apontada como a primeira mudança na atuação do governo federal com relação a estratégia de saúde mais ampla. As primeiras regiões beneficiadas foram a Amazônia, notável pela produção de borracha, Goiás e o Vale do Rio Doce (ambas produtoras de minérios).

Esse convênio absorvia os trabalhadores advindos de áreas rurais e originou o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), transformado em 1960 em fundação pelo Ministério da Saúde. Sublinha-se que sua atuação se restringiu às áreas interioranas e carentes, mas se destacou pelo seu pioneirismo em ações como atendimento domiciliar, serviços preventivos e curativos, redes integradas de saúde, capacitação pessoal em saúde pública, entre outros. Tal atuação foi considerada bem sucedida, e a instituição, com isso, passou a gozar de prestígio (Mercadante *et al.* 2002, p. 239).

Já a Saúde Pública na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) foi, conforme relata Hocchman (2005), adotada efetivamente como uma política estatal. Nesse período, o setor foi reformulado e estabelecido enquanto pertencente à estrutura administrativa. A Saúde Previdenciária, por sua vez, teve um aumento de mais de seis vezes no número de associados do sistema entre os anos de 1923 e 1930. De 1930 a 1945, esse número aumentou ainda mais: aproximadamente em vinte vezes (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 59). Contraditoriamente a política varguista nos momentos finais de seu primeiro governo, foi marcada pela redução de verbas e pelo endurecimento político.

Durante o governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), primeiro presidente eleito pelo voto direto após a ditadura varguista, houve o desmonte gradual das “medidas contencionistas” estabelecidas na era Vargas. O Estado passou a adotar a noção de “seguridade social”, que implicou a compreensão de responsabilidade do governo para com a saúde de todo cidadão. Foi nesse período que o estado passou a incluir as obrigações médico-hospitalares na Previdência social. Tal perspectiva fez com que os gastos nessa área se ampliassem sensivelmente: se eram de aproximadamente 2% em 1945, passaram a responder por cerca de 10% dos recursos arrecadados em 1952 (Escorel e Teixeira, 2008, p. 368).

Na gestão Dutra, o governo passou a financiar todos os IAPs, além de dar início ao atendimento universal, - como a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Ainda que disponível somente nos casos de urgência, pode ser classificado como a maior inovação na assistência do período (Mercadante *et al.*, p. 237). Apesar dessa ampliação de investimentos no setor, o Brasil de 1950 contava, em todo seu conjunto, apenas com cerca de 160 mil leitos disponíveis, sendo que 46% eram públicos enquanto que 54% eram privados (Roemer, 1991 apud Tomacheski, 2007, p. 230).

O segundo governo de Vargas (1951-1954), que sucedeu Dutra, foi marcado pelo abandono da perspectiva de novas reformas, principalmente em razão de sua dependência política dos sindicatos e de líderes políticos que formavam parte de coalizão política (Malloy, 1986, p.84).

Por outro lado, inúmeras iniciativas do legislativo buscaram reformas no campo da previdência, mas o crescente imobilismo do Estado tenha acabado por ampliar a crise institucional que acabaria por abrir frente para o Golpe Militar de 1964 (Tomacheski, 2007, p. 77).

Mesmo levando em consideração o gradual crescimento de cobertura dos benefícios e da amplitude dos serviços, até o fim do governo Kubitschek (1954-1960), essa melhoria não era uniforme para todos os segurados que chegou a aproximadamente cinco milhões de contribuintes.

Mas a tendência expansionista prevaleceu, seguindo em crescimento até o início da década de 1960, quando foi proposta a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), regulamentada pelo decreto 48.959 do mesmo ano, que mais uma vez buscava uniformizar as atribuições do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), ainda que com a manutenção de uma estrutura fragmentada.

Para Escorel e Teixeira (2008), o modelo proposto em 1960, além de dar continuidade à política de Dutra, rompia definitivamente com a previdência varguista. Ela propunha uma padronização das diretrizes dos Institutos (Oliveira e Teixeira, 1989, p.165). Mas, na prática, as LOPS não conseguiram reverter as distorções originárias da multiplicidade de institutos.

“(…) após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas. Por exemplo, enquanto, o instituto dos bancários despendia 33% do seu orçamento em assistência médica, no instituto dos industriários esse percentual era inferior a 8,5%. Entretanto, havia ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que

os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles.” (Mercadante *et al.*, 2002, p. 238)

Ainda na década de 1960 podemos destacar os investimentos na Escola Nacional de Saúde Pública, criada em 1955, que se desdobraram em um Plano Nacional de Saúde, cuja recomendação central seria a de considerar o tema como uma questão de superestrutura. Por essa razão, a municipalização da assistência médico-sanitária era entendida como benéfica (Fleury, 1988, p.21) por descentralizar os níveis político-administrativos.

Tal proposta foi enunciada especialmente a partir da III Conferência Nacional de Saúde (1963) e incorporada ao Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965) do Governo de João Goulart. Entretanto, o golpe de 1964 interrompeu o processo de implantação dessas propostas, trazendo um refluxo do sanitarismo desenvolvimentista, já que, como veremos em seguida, o modelo de assistência que venceu ficou pautado pelo atendimento hospitalar e de consultório, sem ênfase na medicina coletiva, pelo menos até a segunda metade da década de 1970.

1.2.2 A Previdência Social e a Saúde na Ditadura Militar

Contrariamente ao que seria de esperar, foi durante o regime militar, a partir de 1964, que uma série de alterações acabou por buscar incorporar todos os cidadãos de modo mais universal, conformando uma nova clientela para os serviços de saúde (Malloy, 1977).

Desde 1964, sob a direção de Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira⁴⁷, estabeleceu-se uma comissão para pensar um novo modelo de previdência. No entanto, segundo Hochman (1987), a proposta de reformular a Previdência não é recente. Em 1931 fora criado o "Plano Coutinho", que propunha a unificação das 98 Caixas de Aposentadoria e Pensões, mas o projeto não foi levado à frente. Em seu lugar, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, divididos por categorias profissionais.

Esse modelo só seria superado na década de 1960, durante o governo Castelo Branco por iniciativa do ministro do Trabalho e Previdência Social Arnaldo Sussekind.

Conhecida como Reforma da Previdência, essa proposta de mudança no setor é considerada a primeira ação do governo militar com repercussão na área da saúde, tendo

⁴⁷ Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira ex-diretor do Departamento Nacional de Previdência.

sido gestada por mais dois anos até tornar-se uma determinação legal em 21 de novembro de 1966 (Decreto-Lei nº 72, DOU de 22/1/66). Tal processo foi marcado pelo projeto de modernização do Estado e incremento do poder de regulação da máquina estatal.

Na prática, a Reforma resultou na unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, no que passou a ser denominado de Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS (Ponte, 2010, p.190).

Todas as contribuições previdenciárias passaram a se concentrar neste instituto, passando ele a administrar as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores que possuíam carteira assinada. Vale dizer que, neste processo, os trabalhadores rurais e os informais continuaram desassistidos, mas os trabalhadores com carteira, até então assistidos precariamente, migraram para uma cobertura que incluía hospitais melhor estruturados.

A partir de 1974, “a Previdência incorporou (...) mesmo aqueles trabalhadores não segurados” (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 206) anteriormente. Dentre as medidas que se destacaram no processo de ampliação da assistência médica estão: a Lei nº 6.136/74, que instituiu o salário–maternidade para reduzir a discriminação da mulher no mercado de trabalho e impedir que o contratante se isentasse de pagar esse benefício; a Lei nº 6179/74, que decretou o direito ao amparo previdenciário assegurado para maiores de 70 anos e inválidos; e a Lei nº 6.195/74, que ampliou a assistência para o trabalhador rural, empregadas domésticas e autônomos (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 240).

Outra medida que tentava organizar a saúde foi a Lei 6229, de 1975, que dispunha sobre a racionalização do setor da saúde. Mas na verdade, o que a lei fez foi “consagrar a dicotomia existente entre atenção médica individual e saúde coletiva, atribuídas ao MPAS e ao MS, respectivamente” (Vaissman, 1983, p. 26). Seu objetivo era, efetivamente, buscar o fortalecimento do Estado, que perdia prestígio social com as oscilações das taxas inflacionárias.

Assim, a oferta de leitos tornou-se o principal componente da previdência social. A continuidade da expansão da prestação de serviços em saúde e o alargamento da cobertura previdenciária acabaram por ter, como contrapartida, uma estrutura cada vez mais insuficiente para dar cabo das novas obrigações do Estado, apesar do aumento da arrecadação.

“(o plano) tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. (...) Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde (...)” (Edler *et al.*, 2005, p.61).

Deste modo, é possível afirmar que houve paulatinamente uma ampliação dos direitos sociais, já que o número de segurados entre 1963 e 1977 cresceu em 8,9% (Fleury *et al.*, 1988, p.51). Mas a expansão não acabou com as desigualdades da assistência médica uma vez que com a criação de planos de assistência das grandes empresas públicas e privadas, as classes médias permaneceram cobertas por um sistema diferenciado e de melhor qualidade de assistência e dos benefícios.

Enquanto isso, o INPS passou a ser cada vez mais utilizado por trabalhadores de baixo poder aquisitivo, reatualizando as diferenças sociais. E a falta de investimento econômico do Estado acabou resultando em uma distribuição precária de pessoal e de serviços para os mais necessitados (Tomacheski, 2007, p.69). Esse aumento da demanda somado ao tímido investimento resultou em um maior déficit do Estado, já que a contribuição dos previdenciários não comportava as despesas geradas.

Contribuição da União — 1967/76

(Em R\$ de Junho de 1998)

Ano	Despesa com pessoal	Despesa de Admisnitração	Recebido	Saldo devedor
1967	970.047.539,09	300.931.967,97	769.071.561,41	501.907.945,66
1968	1.019.338.668,80	486.599.467,66	846.777.579,32	659.160.557,14
1969	1.015.905.156,54	319.734.575,59	949.783.981,59	385.855.750,53
1970	1.128.089.336,22	29.505.801,51	938.558.216,57	219.036.921,16
1971	1.191.634.649,11	341.713.560,70	1.088.062.463,14	445.285.746,66
1972	1.237.299.109,45	469.380.581,27	1.238.159.701,07	468.519.989,65
1973	1.271.017.888,00	538.787.106,79	1.344.628.383,56	465.176.611,23
1974	1.555.238.720,47	671.808.416,81	1.213.433.666,25	1.013.613.471,03
1975	2.423.149.787,93	911.340.092,77	1.343.409.429,93	1.991.080.450,76
1976	3.031.834.825,39	1.137.720.479,72	1.496.368.089,41	2.673.187.215,70

Fonte: INSS/Coordenadoria Geral de Contabilidade apud Oliveira, Beltrão e David, 1999, p.08.

Analisando a tabela acima podemos verificar o aumento das despesas da União e a concomitante privatização do serviço público no setor da saúde, o que nos leva a crer que o segundo se configura como consequência do primeiro. Neste sentido, o INPS se instalou “como grande comprador” (Donnangelo, 1975, p.37).

O período que se seguiu ficou tradicionalmente retratado pela historiografia como voltado para a criação do “complexo médico-industrial”, que conforme Oliveira e Teixeira (1989, p. 209), foi “responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos”. Deste modo, a íntima relação que se deu entre a Previdência e a iniciativa privada fomentaram, também, os interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

O aumento do consumo de medicamentos caracterizou igualmente esse momento, assim como o uso de medicamentos passou a se estabelecer como a “prática terapêutica dominante” no país (Cordeiro, 1980, p.5).

Além disso, uma vez que a estrutura do Estado não era capaz de absorver os novos contribuintes, o governo considerou mais vantajoso fortalecer a iniciativa privada sob o controle do Estado (Tomacheski, 2007, p.80). Como resultado das novas medidas, os gastos do INPS com a assistência médica, entre os anos de 1967 e 1970, tiveram um aumento de 95,3% nos anos seguintes; já a porcentagem de gastos com a estrutura dessa assistência caiu vertiginosamente, chegando a 31,3%, em 1976.

Por outro lado, dos 2.800 hospitais existentes no país em 1967, 2.300 passaram a ser contratados pelo INPS (Donnangelo, 1975, p.37). Assim, no início da década de 1970, 90% de todos os serviços médicos estavam direta ou indiretamente subordinados ao INPS (idem, p.34). Tais dados demonstram que existe uma relação direta entre o modelo de assistência médica vigente e a previdência social desse período histórico: isso porque as políticas públicas de saúde estavam diretamente atreladas à política previdenciária.

O precário investimento na saúde pública teve várias e severas consequências, entre elas, destaca-se o retorno de doenças já erradicadas⁴⁸ e surtos epidêmicos de doenças então controladas. Poder ser ainda atrelado a esse recrudescimento de doenças o fato de que o saneamento não constou na pauta das políticas dos governos ditatoriais.

“A manutenção das agências de controle de endemias e de suas ações fazia parte da ideologia desenvolvimentista dos anos 50 e 60, fortemente apoiadas e muitas vezes financiadas, por organismos internacionais e pelo governo norte-americano. O gradual desinteresse deste último pelo controle e erradicação de endemias, notadamente a malária, fez com que o governo brasileiro pós-1964 passasse a relegar essas atividades para um plano cada vez mais secundário, preocupado que estava com seu projeto de desenvolvimento de indústrias de

⁴⁸ “*Ae. aegypti*, erradicado em 1955, voltou ao país por diversas vezes, mas sempre eliminado, até que em 1973 se constatou a reinfestação do país, não mais sendo alcançada a erradicação” (Silva, 2003, s/p)

base e de infra-estrutura, muito mais urbano do que rural. O centro das preocupações em saúde passou a ser o oferecimento de atenção médico-hospitalar à crescente população urbana.” (Silva, 2003, s/p)

A falta de unidades de atendimentos que suprisse a demanda foi resolvida não com a construção de hospitais e com a formação e incorporação de novos médicos pelo Estado, mas por meio da contratação de serviços terceirizados. Escolha essa que foi orientada pela “diretriz estabelecida na Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969, consubstanciada no decreto-lei n.200/1968, sobre a Reforma Administrativa” da previdência social (Oliveira e Teixeira, 1986 *apud* Escorel, 2008, p. 390-391).

Vale dizer que o então ministro da Saúde, Leonel Miranda (1903-1986), indicado por Costa e Silva para empreender transformações no sistema de saúde, propôs em dezembro de 1967 um plano para o setor conhecido como “Plano Leonel Miranda”. Este foi elaborado após a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, ocorrida ainda naquele semestre. A Conferência, que teve um caráter técnico, abordou o planejamento de recursos humanos. Foi a primeira vez que se debateu a situação do trabalhador da saúde (Edler et al, 2005, p. 92).

O plano sofreu severas críticas, tanto dos opositores ao sistema antidemocrático quanto dos profissionais ligados à Previdência Social, dos técnicos e da Congregação da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Almeida, 2006, p. 382). O projeto do governo determinava que todos os hospitais da rede pública deveriam ser privados.

“Este plano, ademais privatizante, é defensor da prática médica liberal: propõe o regime de livre escolha do médico pelo cliente, sendo os honorários médicos pagos parcialmente pelo estado através dos recursos previdenciários e parcialmente pelo cliente que ‘exerceu o direito’ de escolha. Ou seja, o cliente paga duas vezes” (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 213).

A resistência ao Plano Nacional de Saúde foi causada, assim, pelo risco que este expunha à cobertura previdenciária pela possibilidade de transferência dos hospitais públicos para a iniciativa privada, além da existência de uma crítica a uma medicina assistencial balizada pela medicina liberal, voltada para o tratamento individual. Caso o Plano Leonel Miranda prevalecesse, o que acabou por não ocorrer (Almeida, 2006, p. 384), pensava-se que a Previdência Social poderia falir, já que a compra de serviços acabaria por ser altamente onerosa para os cofres públicos.

À resistência ao plano e sua consequente recusa, seguiu-se a perda de poder do então ministro. Francisco da Rocha Lagoa, que tinha sido diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)⁴⁹ nos primeiros anos do regime militar, assumiu a pasta no lugar de Leonel Miranda, em 1969, ocupando-a até 1972⁵⁰. A política de saúde empreendida por esse ministro também permaneceu focada na compra e venda de leitos da iniciativa privada, não havendo uma mudança na estrutura do que vigorava até então. Deste modo, a venda de leitos privados prevaleceu como modelo.⁵¹

Assim, o Instituto Nacional de Previdência Social passou a ser o grande detentor de serviços privados. Os números dão visibilidade ao tamanho da dependência de tais unidades a este setor (Oliveira e Teixeira, 1989, 211). Em consequência disso, as internações em hospitais públicos tiveram um decréscimo de 4,2%, em 1970 para 2,6% em 1976 (Cordeiro, 1980, apud Ponte, 2010). Segundo Almeida e Pêgo, (*apud* Ponte, 2007, p.189), 96% das internações passaram a ser pagas pela Previdência Social ao setor privado. Em decorrência, o número de hospitais privados, entre 1964 e 1974, passou de 944 para 2.121, aumento este que ultrapassou 200% (Almeida e Pêgo, 1983 *apud* Ponte, 2007, p. 189). O gráfico mostra o crescimento de unidades privadas no decorrer de uma década, de 1964-74:

⁴⁹ O Instituto Oswaldo Cruz a partir de 1970 passou a ser chamado por Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz). É uma instituição ligada ao Ministério da Saúde, foi criada em 1900, em 1918 a instituição passa a se chamar Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em homenagem ao renomado sanitarista Oswaldo Cruz. É considerada uma das principais instituições brasileiras ligada à pesquisa na área da saúde. (Brasil, 2012 H)

⁵⁰ O período em que ocupou a direção do instituto, maior órgão de referência em pesquisas no campo das ciências biomédicas. Foi marcado por perseguições sofridas pelos pesquisadores. Além de persegui-los, o então diretor interveio no repasse de verbas, o que acarretou a suspensão do financiamento das pesquisas científicas realizadas em determinados setores. (Brasil, 2007)

⁵¹ E vale dizer, que esse sistema facilitou tanto o lucro quanto a corrupção. Já que os preços das atividades médicas e dos serviços prestados eram tabelados com valores mais baratos do que os preços executados pelas clínicas privadas fora do convênio, passou a ser prática frequente forjar pacientes, diagnóstico e tratamentos que renderiam mais lucro para a instituição prestadora de serviço. Outro efeito desse comércio foi a mudança no padrão de conduta médica. As intervenções mais lucrativas foram privilegiadas frente a procedimentos mais simples e mais baratos, como é o caso do exemplo clássico da escolha pelo parto cesariana em detrimento do parto normal (Escorel, 2008, p.391).

2.121									■
1.996								■	■
1.744							■	■	■
1.708						■	■	■	■
1.596					■	■	■	■	■
1.476				■	■	■	■	■	■
1.425		■		■	■	■	■	■	■
1.423		■	■	■	■	■	■	■	■
944	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	1964	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1973	1974

Fonte: Anuários Estatísticos FIBGE (Almeida e Pêgo, 1983). Os dados referentes a 1965 e 1972 não estão disponíveis.

O excesso de gastos com a privatização de leitos contribuiu com os grupos empresariais e a indústria farmacêutica; o excesso de serviços contratados de empresas terceirizadas e o superfaturamento dos serviços médicos privados (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 237) foram os principais pontos para que a saúde pública se deparasse com o enorme rombo em seu orçamento.

“O diagnóstico apresentado para a saúde (...) denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, o que reduzia a eficácia dos recursos públicos a elas destinados e elevava o risco das decisões de aumentá-las.” (Edler et al., 2005, p.66).

A crise econômica teve duas consequências, com reflexos na qualidade de vida da população, que piorou. A outra consequência foi a diminuição dos recursos destinados para a saúde, decorrente da diminuição das receitas fiscais e das contribuições sociais. Diante desse cenário de crise financeira e do recrudescimento dos movimentos civis antagônicos ao governo e em prol do bem-estar social, novas estratégias foram assumidas pelo governo militar para que a meta do “Brasil grande potência” fosse atingida.

Com esse objetivo, o ministro Mário Machado Lemos (1922-2003),⁵² que tomou posse na pasta em 1972, durante o governo de Emílio Garrastazu Médici, e ficou no cargo até 1974, tentou promulgar novos princípios para a orientação do governo, por meio da queda do I PND e pela implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Lemos participou da III Reunião Especial de ministros de Saúde realizada em Santiago do Chile, 1972, ocasião em que foi enfatizada a necessidade de efetuar mudanças na forma de se conduzir as políticas de assistência à saúde. O resultado dessa reunião foi a elaboração do Plano Decenal de Saúde para as Américas. O “documento continha uma série de recomendações para os países americanos, entre os quais, alcançar uma média regional de 8 médicos, 2 odontólogos, 4,5 enfermeiros e 14,5 auxiliares de enfermagem para cada 10.000 habitantes” (Opas, 2012). Tanto a gestão de Lemos quanto as recomendações da Reunião Especial, caracterizam-se como mais uma tentativa de reduzir o abismo entre população e acesso à Saúde.

O Serviço por ele proposto, entretanto, só foi “instituído oficialmente pela Lei nº 6229 de 1975, e tinha o objetivo principal de corrigir a multiplicidade institucional descoordenada no setor público” (Mercadante *et al.*, 2002, p.242). Os serviços que seriam disponibilizados estariam voltados para a universalização da assistência, da regionalização dos serviços, da integração de serviços preventivos e da assistência e individual. Esse projeto também fracassou, após provocar disputas e posições antagônicas dentro do próprio governo.

Já em 1975, com o ministro Paulo de Almeida Machado (1916-1991), o governo federal promulgou a Lei 6.229, que organizava então o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujo objetivo era organizar as múltiplas funções dos ministérios que oferecem os serviços de saúde.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento foi então instaurado em 1975, já durante o governo Geisel (1975-1978). O documento previa as políticas sociais deveriam estar incluídas no processo de desenvolvimento econômico. Com isso a educação, a saúde e a infraestrutura dos serviços urbanos, também passaram a ser consideradas relevantes para a redução dos contrastes sociais. Segundo Vater (1996, p. 123 *apud* Temporão, 2003, s/p), “a saúde passa a ser interpretada como um subsistema

⁵² Mário Machado Lemos, foi médico formado pela Faculdade de Medicina da Bahia; foi membro da OMS e chefe da OPAS em alguns países da América Latina. Em junho de 1972, tomou posse como ministro da Saúde no governo Emílio Médici, permanecendo no cargo até março de 1974. (Brasil 2012 l).

político global", permeando diferentes áreas do meio social e deixando de ser concebida como um sistema isolado:

“A complexidade dessa conjuntura está exemplificada na aprovação pelo Congresso Nacional da lei 6229 de 1975, que estabelecia as áreas de competência dos distintos aparelhos estatais na saúde e a criação do Sistema Nacional de Saúde. Ela definia com clareza que as atividades de atenção individual seriam de competência do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto as voltadas para a organização e oferta das ações de caráter coletivo ficariam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). Ao estabelecer a definição de campos institucionais específicos e confiar competências no campo a ministérios, política e financeiramente mais poderosos que o MS, esta lei desencadeou intensa polêmica. Esta envolvia aspectos técnicos a adequação da divisão entre ações de caráter coletivo e individual e políticos a expansão da política de compras de serviços assistenciais ao setor privado, entre outros” (Temporão, 2003, s/p).

Consequência disso foi “uma autonomização da política de Assistência Médica Previdenciária em face da política Nacional de Saúde” (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 239).

As medidas instauradas pelo II PND centraram-se no convênio entre o MEC/MPAS, que integrou os Hospitais Universitários à Previdência Social, fazendo com que esses passassem a atender aos preceitos de expansão da cobertura, além de formação de recursos humanos.

O II PND versava ainda sobre a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), conjunto de Portarias e Resoluções que normatizavam “o funcionamento dos diferentes setores que disciplinam o funcionamento do Complexo Previdenciário, estabelecendo suas rotinas” (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 250).

O PPA teve como maior finalidade oferecer as condições necessárias para a universalização da previdência social. Contudo, sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados, independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência (Mercadante *et al.*, 2002, p.242); e o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que passou a financiar projetos do setor público e privado na área social.

Deste modo, apesar de apresentar novas propostas, o Plano continuou alinhado a uma medicina assistencialista e individual, e as ações coletivas continuaram a ser rejeitadas, em parte por advirem de um grupo filiado ao movimento nacional

desenvolvimentista, conjunto esse considerado por muitos militares como contrário aos ideais por eles preconizados.

Mesmo assim, a iniciativa foi importante para mudanças na política de saúde pública, de acordo com Edler et al (2005, p. 65), já que o II Plano levou à criação do Centro de Desenvolvimento Social, que se alinhava a uma política de desenvolvimento onde a meta era o desenvolvimento social integrado às políticas do Estado (idem). A criação do Centro acabou por resultar na ampliação de espaços institucionais para os grupos de sanitaristas que, com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), passou a promover programas de saúde comunitária como alternativa à assistência médica oficial (Tomacheski, 2007, p. 89)

“Como não havia profissionais aliados ao governo militar habilitados a preencher as vagas ofertadas, indivíduos contrários ao governo acabaram por entrar no bojo das políticas sociais e de saúde, e essa ampliação de mão de obra – com perspectivas políticas divergentes do modelo então empregado - acabou por permitir a criação de propostas transformadoras, no sentido de melhorar e democratizar o atendimento a saúde das populações mais carentes” (Edler *et al.*, 2005, p.67).

Assim, a entrada em cena desses novos trabalhadores do campo acadêmico, amparado por alguns setores da máquina burocrática estatal, acabou por auxiliar na reatualização das teses do sanitarismo desenvolvimentista, (Tomacheski, 2007, p. 89). A Previdência Social começou, de tal modo, a ser reformulada, já que essa mão de obra que tinha por objetivo transformar o setor da saúde havia penetrado no interior das instituições políticas profissionais. Tal movimento ficou conhecido depois pela alcunha de “Reforma Sanitária”.

Outro projeto que objetivou melhorar a assistência foi o Programa Interiorização de Ações da Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que visava à organização da saúde de forma hierarquizada para que o atendimento à saúde fosse disponibilizado nas regiões mais interioranas. O objetivo era instalar núcleos de atendimento em comunidades do Nordeste, com população de vinte mil habitantes, dotando, assim, essas regiões de uma estrutura básica de assistência à saúde pública capaz de solucionar problemas médico-sanitários.

Em 1979, esse sistema foi novamente ampliado para outras regiões da federação, através dos convênios firmados com as secretarias de saúde dos municípios (Mercadante *et al.*, 2002, p. 244 e 245).

Com a extinção do AI-5, em 1978, uma nova etapa do regime militar teve início e, sob o governo de João Batista Figueiredo, a crise política e econômica marcou o fim do regime autoritário e da aliança entre empresariado, capital internacional a “tecnoburocracia militar e civil” que o sustentava.

“Diante da crise, o governo federal lançou, em novembro de 1981, o ‘pacote previdência’, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), para propor alternativas racionalizadoras que conseguissem conter os gastos da previdência social com assistência médica.” (Rodríguez Neto, 2003 *apud* Escorel, 2008, p. 420).

Como o presente trabalho centrou-se na análise das alterações ocorridas na área da saúde a partir da Unificação do IAPs, em 1966, até 1978, quando a crise na saúde se instalara, não adentraremos o período em que as reivindicações desse grupo ganharam maior visibilidade. Mas a revisão estabelecida aqui permite afirmar que as políticas públicas do setor saúde no Brasil entre 1963 e 1978, considerando-se seu aspecto legal, tiveram a incorporação crescente de diferentes segmentos da população. Ainda assim, mantiveram uma hierarquização por diferentes categorias sociais que acabaram por determinar também uma hierarquia no acesso à assistência a saúde.

Assim, as modificações do período não foram capazes de modificar o modelo da saúde. Por outro lado, beneficiaram os setores médicos e farmacêuticos, dando-lhes franca expansão, e estabeleceram como norma a valorização e incremento dos leitos privados e do modelo médico individual.

Trataremos agora de pensar o modo pelo qual tais diretrizes mais gerais impactaram as políticas e as legislações específicas do setor.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL DURANTE A DITADURA MILITAR

Ao analisarmos o período estudado consideramos alguns marcos históricos para a melhor compreensão das políticas psiquiátricas à época em que a previdência social vigorava enquanto principal ator na assistência psiquiátrica. Foram eles: a institucionalização do INPS (1966), a criação do Ministério de Assistência e Previdência Social (1974), a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (1974), instituída pela lei 6.118, e a implementação, em 1978, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Para esta análise, seguiremos a divisão de períodos proposta por Magda Vaissman (1983): no primeiro, entre 1967 a 1973, avaliamos um intervalo temporal que apresenta significativo crescimento da privatização da saúde; no segundo, de 1974-1977, analisaremos período marcado por crises e reformas; far-se-á ainda menção ao terceiro período por ela proposto, que vai de 1978-1980, considerado por Vaissman como momento de crise econômica, institucional e política. No tocante a esse último intervalo, restringiremos nossa análise ao ano de 1978, quando termina o recorte temporal aqui proposto.

Apesar de seguirmos a divisão proposta por Vaissman, nosso trabalho tem como objetivo destacar as ações que caracterizaram contradições, tensões e tendências frente ao modelo político implementado, de modo a demonstrar o período em sua complexidade.

A despeito disso, o capítulo inicia-se com uma revisão do modelo de assistência ao portador de sofrimento psíquico até o período, de modo a permitir, ao fim da dissertação, pensarmos em termos de continuidade e descontinuidade frente aos modelos anteriormente propostos. É o que veremos a seguir.

2.1. A organização da assistência psiquiátrica sob a regência da previdência social, na segunda metade do século XX

Como já apontado por diferentes autores (Facchinetti et al. 2010; Lima et al., 2010, Venancio e Cassilia, 2007) e exemplificado na introdução desta dissertação, as pesquisas históricas sobre a psiquiatria no Brasil têm priorizado os temas da constituição do pensamento psiquiátrico, da história institucional, do processo de

institucionalização dos loucos, da psiquiatria e de seus processos de subjetivação, bem como da reforma psiquiátrica.

Tais temas implicaram também numa ênfase temporal que circunscreveu desde a década de 1840 até meados de 1930, com exceção de trabalhos que abordaram o tema pelo viés da reforma psiquiátrica, a partir da década de 1980.⁵³ Optamos, assim, por uma revisão acerca da assistência que nos dê consistência de informações para *a posteriori*, valorizar as ações e políticas do período pós-1964 até 1978.

O processo de organização, sistematização e institucionalização do alienismo no Brasil se intensificou principalmente na segunda metade do XIX, após a criação da Cadeira de Moléstias Mentais na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Facchinetti et al., 2011; Espírito Santo et al, 2005; Venancio, 2003) e a entrada do Regime Republicano, que inaugurou a *Assistência Médica e Legal dos Alienados*, desanexando o Hospício Nacional de Alienados da Santa Casa e subordinando-o ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI). Medidas essas que determinaram que tais instruções para a assistência médica legal fossem destinadas a todos os alienados enfermos, independente do gênero, da raça ou da nacionalidade.

Para os alienados indigentes, mas capazes de trabalhar, foram destinadas as colônias de alienados da Ilha do Governador, também sob a determinação do MJNI (Decreto n. 206 A, de 15 de fevereiro, e o Decreto n. 508, de 21 de junho, ambos de 1890).

No processo de consolidação da psiquiatria, ao longo das três primeiras décadas do XX, o decreto de 1903 (n. 1132) constituiu um marco central, pois determinava a especialização em psiquiatria como necessária para que o médico pudesse trabalhar e dirigir as instituições psiquiátricas.

Ademais, as especificações correntes para a doença mental como “moléstia congênita ou adquirida”, capaz de comprometer a ordem pública, a segurança das pessoas ou a do próprio alienado, indica o aumento da preocupação com relação ao tema da periculosidade, bem como uma inflexão para se pensar a loucura como orgânica e hereditária.

Tais procedimentos contribuíram para a substituição do alienismo francês pelo modelo alemão de psiquiatria, principalmente o desenvolvido por Emil Kraepelin

⁵³ Para maiores informações sobre o período, ver indicações na introdução, no item 1.1.

(Engel, 2001; Muñoz, 2010), considerado mais de acordo com os ideais cientificistas ao longo dessas primeiras três décadas do século XX.

Assim, a aproximação com o modelo da Clínica de Munique (Facchinetti et al., 2012) acabou por resultar em propostas de novos tipos de tratamento ambulatoriais, desembocando em nova reforma da Assistência em 1911, que incluía o licenciamento de internos considerados tranquilos de modo a “promover a experiência clínica da reintegração no meio familiar”, “promover a influência curativa” e “averiguar o estado de cura definitiva” dos licenciados (Brasil, 1911).

Junto ao crescimento do organicismo alemão que se desenvolveu no início do século XX, a psiquiatria brasileira passou a se afinar cada vez mais com os movimentos sanitaristas emergentes nas políticas públicas da época por meio da higiene mental, que apregoava a prevenção como chave para a regeneração da população, além da diminuição do risco de adoecimento da população predisposta.

A centralidade da ideia de prevenção tornou necessária uma nova mudança estrutural na Assistência, cuja abordagem estava na doença mental antes mesmo de ela se manifestar. Tal mudança se estabeleceu efetivamente a partir do Decreto de 1927.⁵⁴

Com ela, ampliou-se o escopo dos cuidados médicos-mentais, que passaram a investir seus esforços na população de uma forma mais ampla, ou como aparece no decreto, nos “psicopatas, alienados ou não” (Brasil, 1927). A legislação introduziu ainda os termos “profilaxia” e “higiene mental”, estabelecendo que como competência da *Assistência aos Psicopatas* “fixar os meios mais eficazes de organizar a profilaxia das perturbações nervosas e mentais” (idem).

Assim, a aproximação com a psiquiatria kraepeliana e com a higiene mental, permitiu aos psiquiatras da Assistência ampliarem suas estratégias discursivas acerca da sua participação e responsabilidade frente às questões da saúde da população, passando a enfatizar não apenas a internação, mas também a prevenção, pensada então como capaz de evitar o excesso de reclusões e, ainda mais, do próprio adoecimento. Compreendiam assim participar do incentivo, da manutenção e da construção da normalidade, bem como da regeneração da população local (Nunes, 2010, p. 386).

O primeiro governo varguista, iniciado em 1930, resultou em um momento decisivo para o campo da saúde pública e na montagem de um modelo de cidadania,

⁵⁴ Em 1927, Assistência a Alienados passou a ser denominada de Assistência a Psicopatas. Nele, a Assistência passou a abranger não apenas os alienados, mas todos aqueles em risco de sofrerem de desordens mentais (Facchinetti e Cupello, 2011).

quer pelo estabelecimento da proteção social ao cidadão (conceito este circunscrito a partir de referências reguladas pelo mundo das profissões), quer pela reforma que impactou as ações estatais voltadas para a saúde (Santos, 1979).

No campo da saúde mental, as mudanças repercutiram a partir dos decretos 19.444, de 1930; 20.110, de 1931 e 20.889 do mesmo ano. Os três transferiram a responsabilidade do serviço de *Assistência aos Psicopatas* do Departamento Nacional de Assistência Pública e da Secretaria de Estado do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Manicômio Judiciário) para o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), indicando a proximidade do viés higiênico mental das ações estatais.

Os novos decretos reafirmaram também a exclusividade da psiquiatria sobre os alienados, bem como a incapacidade civil destes, embora nesse momento esta incapacidade passasse a ser considerada apenas suspensa, já que as novas terapêuticas descobertas ao longo do período, como os eletrochoques, o coma insulínico e a lobotomia, traziam esperanças renovadas de cura (Piccinini, 2006, s/p). Mas vale chamar atenção para o fato de que a psiquiatria não ganhou grande espaço na burocracia estatal. Esteve, antes, incluída como parte da estratégia sanitária, ocupando posições secundárias aos sanitaristas na estrutura hierárquica da saúde pública.

Neste processo político e teórico, ganhou hegemonia a ruptura com o modelo de assistência pautado nas instituições fechadas, projeto já delineado desde a reforma da Assistência de 1927, e que determinou o crescimento das propostas de tratamento fundamentadas na *Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro*, sob a batuta de Gustavo Riedel⁵⁵ (Oliveira, 2004).

Assim, esse modelo assistencial teve como critério a detecção e profilaxia dos psicopatas, os serviços ambulatoriais, os serviços abertos para agudos e fechados para

⁵⁵ “Em 1911 inaugurou-se a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro, que recebeu da Seção Esquirol o excedente de mulheres 'indigentes' do Hospício Nacional (Brasil, 1911). Em 1918, após Gustavo Riedel assumir a direção (1918-1932), passou a se chamar Colônia de Alienados de Engenho de Dentro e a abrigar também pacientes masculinos. Deixando de ser apenas um anexo para auxiliar no excesso de contingente do Hospício Nacional, a Colônia sofreu importantes modificações em sua estrutura. Abrigou um serviço heterofamiliar de assistência extra-hospitalar, bem como constituiu o primeiro órgão de divulgação da higiene mental, o Instituto de Profilaxia Mental (1921), que originou, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental. A ênfase na profilaxia das doenças mentais, por sua vez, fez com que a colônia instaurasse o primeiro ambulatório psiquiátrico do Brasil (Ambulatório Rivadávia Correia). O interesse de Gustavo Riedel pela renovação do projeto psiquiátrico brasileiro redundou ainda na criação do Laboratório Experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro (1923) e da Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto (Oliveira, 2004). As modificações de seu projeto acabam por se firmar como proposta hegemônica em relação ao Hospício Nacional. Assim é que, na direção de Ernani Lopes, que substituiu Riedel quando este adoeceu e em meio à reestruturação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) ocorrida em 1937, a Colônia foi ampliada e transformada em Colônia Gustavo Riedel para homens e mulheres (Facchinetti et al, 2010, p.735).

os crônicos, bem como praxiterapia, assistência hetero-familiar, entre outros (Resende, 1943, p.288). Mas vale ressaltar que, na contramão do movimento da saúde mais geral, sua abrangência continuou restrita ao Distrito Federal (área que compreendia a época o atual município do Rio de Janeiro), apesar da tendência de nacionalização das ações, tal como orientadas pelo MESP.

Logo após a promulgação da Constituição Federal de 1934, e vinte dias após a posse de Gustavo Capanema⁵⁶ no MESP, um novo Decreto, de número 24.559, determinou novas direções para a Assistência, estabelecendo novos critérios de proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. No mesmo documento, é possível entrever também que o centro das ações da assistência estava menos nos alienados e mais nos novos indivíduos incluídos sob os cuidados exclusivos da psiquiatria: os “intoxicados habituais”, os “menores anormais”, os “psicopatas”, os “toxicômanos” e aqueles indivíduos considerados “suspeitos” de psicopatia. Deste modo, a ênfase da legislação passa a estar nos campos da higiene mental⁵⁷ e da eugenia⁵⁸.

A psiquiatria ganhou a partir de então maior entrada na estrutura estatal. Criou-se com o decreto, por exemplo, o *Conselho de Proteção aos Psicopatas*, presidido por Capanema, tendo como vice-presidente o diretor geral da *Assistência aos Psicopatas*, e que tinha por atribuição aconselhar o governo sobre a proteção aos psicopatas e negociar a cooperação com outras instituições no país, buscando maior proximidade da psiquiatria com as estratégias de Estado (Brasil, 1934).

A psiquiatria ganharia ainda mais espaço a partir de 1937, quando o Decreto 378 conferiu nova organização ao Ministério de Educação e Saúde Pública, que passou a se denominar Ministério de Educação e Saúde. Com a nova denominação, a pasta trouxe a proposta de centralização e intervenção da saúde em amplitude nacional. O objetivo era buscar a padronização das unidades da saúde nos estados, com apoio do orçamento liberado para construção e manutenção de hospitais em todo o país (Brasil, 1937). Foram incluídas nesse bojo as unidades de *Assistência aos Psicopatas*.

⁵⁶ Gustavo Capanema nasceu em 1900 e foi eleito para Vereador em sua cidade natal, Pitangui (MG), em 1927. Apoiou Vargas nas eleições de 1930. Foi nomeado em 1934 para assumir a pasta do Ministério da Educação e Saúde, permanecendo no cargo até 1945. Sua gestão foi marcada pela Criação da Universidade do Brasil e da Serviço de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, bem como diversas iniciativas de estruturação da saúde pública (FGV/CPDOC).

⁵⁷ Os preceitos da higiene mental, no Brasil, foram consolidados através da Liga Brasileira de Higiene Mental. Para uma maior compreensão da instituição, ver Jurandir Freire Costa (1981) que analisa entre os anos de 1928-1934.

⁵⁸ Sobre o movimento eugênico, no Brasil, e suas especificidades, ver Stepan, 2004 e Souza, 2006.

A seguir, as reformas no Ministério de Educação e Saúde resultaram ainda nas *Delegacias Federais de Saúde*, que estabeleceram inspeções técnicas e inquéritos que deram origem em concessão de serviços (Brasil, 1941).

No caso da *Assistência aos Psicopatas*, o inquérito permitiu constatar que no final da década de 193 havia apenas no país “trinta e cinco hospitais públicos para psicopatas”, de modelo de sistema fechado (*Relatório do Serviço Público Federal*, 1937, p. 16 *apud* Amorim, 2004, p. 69). Além disso, foi ressaltado o pequeno número de profissionais atuantes na área (*Relatório dos Serviços Federais de Saúde*, 1937, p. 99 *apud* Amorim, 2004, p.71).

O mapeamento resultou em investimentos concretos na área. Entre as propostas presentes no documento que se concretizaram estavam três novos núcleos de modelo pavilhonar na *Colônia de Jacarepaguá*, considerados os mais modernos instrumentos de atendimento a essa especialidade naquele período. O primeiro deles, inaugurado já em 1936, tinha capacidade para 650 pacientes. Também recebeu investimentos a *Colônia de Engenho de Dentro*.

Além de investimentos nas unidades já existentes, foi projetado um novo hospital para 400 leitos, bem como o *Instituto de Neurosífilis*, com cem leitos, um *Serviço de Neuropsiquiatria Infantil*, com 180 leitos e ainda a ampliação de cem leitos para o *Manicômio Judiciário* (*Relatório dos Serviços Federais de Saúde*, 1937, *apud* Amorim, 2004, p. 98).

Sob a direção do novo diretor do *Serviço de Assistência a Psicopatas* (SAP), Valdomiro Pires Ferreira, previa-se a transferência dos pacientes do Hospital Nacional de Psicopatas (e de seu desmonte) para as Colônias de Jacarepaguá e de Engenho de Dentro. Apesar de proposta para 1938, a espera da construção de dois novos pavilhões na Colônia de Jacarepaguá atrasou os planos (Pires, 1937, p. 96).

Em 1939, Aduino Botelho⁵⁹ substituiu Pires no SAP, ocupando o cargo até 1954. No mesmo período, ocorreu uma epidemia de tifo entre os dois mil internos do Hospital Nacional, quando mais uma vez foi ressaltada a precariedade dos internos do asilo e reforçada a demanda pela mudança institucional.

⁵⁹ Aduino Junqueira Botelho (1895-1963) foi médico psiquiatra brasileiro e docente da Faculdade Nacional de Medicina, foi um dos fundadores do Sanatório Botafogo. “Na gestão Henrique Roxo foi Assistente, Chefe de Laboratório, Chefe de Clínica da Cátedra e substituto eventual do catedrático. Em 1938 optou pelo serviço Público Federal, mas ficou como assistente em disponibilidade. Voltou em 1956, como catedrático interino por escolha da congregação da Faculdade de Medicina, após a aposentadoria compulsória de Maurício de Medeiros, ocupou a cátedra até a seleção do titular. Foi diretor do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*”(apud Piccinini, fev. 2009).

Mas foi somente a partir de meados de 1942 que o Hospital Nacional de Psicopatas foi paulatinamente transferido da Praia Vermelha para os bairros de Engenho de Dentro e Jacarepaguá, com novas instalações e ampliação do número de vagas, incluindo-se aí novos e modernos centros cirúrgicos para as lobotomias. Ressalta-se também que durante o processo o modelo que se manteve foi majoritariamente o de internações (Venancio e Cassilia, 2007, p. 5).

Foi também no início da década de 1940, sob a direção de Barros Barreto⁶⁰, que o *Departamento Nacional de Saúde* (DNS) conseguiu emplacar uma reforma sanitária que ampliou suas funções. Assim, a reforma resultou, entre outras medidas, na criação de órgãos executivos de ação estratégica direta contra as doenças consideradas mais importantes, sob a forma de serviços nacionais subordinados ao DNS.

Foi este o processo que originou o *Serviço Nacional de Doenças Mentais* (SNDM), órgão que passou a elaborar e executar os programas de assistência à saúde mental (Rodrigues, 1967 apud Amorim, 2004, p. 116). Ao propor o Serviço para todo o território nacional, o MES deu novas atribuições à Assistência, ampliando, verticalizando e normatizando a Assistência em todo o território brasileiro. Assim, a formulação do SNDM buscava atender aos seguintes propósitos:

I- Superintender as atividades dos órgãos oficiais de assistência e psicopatas, existentes no Distrito Federal; II. Planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, orientando, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades; [...]

V. Incentivar o desenvolvimento das atividades de higiene mental, inclusive dentro dos serviços estaduais de saúde pública; [...];

VIII. Divulgar novas aquisições científicas, mediante resenhas sobre problemas de assistência a psicopatas e higiene mental, indicando, documentadamente, os resultados colhidos na prática de suas aplicações; [...]

XII. Cooperar com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas-padrões para hospitais, dispensários e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas; XIII. Emitir pareceres sobre projetos de localização, construção, remodelação, adaptação e instalações de serviços de assistência a psicopatas (*Brasil, 1944*).

⁶⁰ João de Barros Barreto assumiu em 1921 a chefia do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Estado do Paraná, onde formulou uma política de educação sanitária contra as doenças sexualmente transmissíveis (Marques, 2004)", deixando o posto "para estudar (...) na Universidade John Hopkins, com bolsa da Fundação Rockefeller (de 1924 a 1925). Entre março e julho de 1931, foi diretor do Serviço Sanitário paulista. E dirigiu o Departamento Nacional de Saúde entre 1935 e 1939 e 1941 e 1945. Durante este período, organizou vários cursos para formação de profissionais no campo da saúde pública, em vários estados brasileiros". (Santos e Faria, 2006, p. 4)

Mas, na prática, o SNDM acabou por incluir sob seus cuidados apenas as instituições subordinadas ao antigo SAP e à DAP, bem como outras instituições da antiga Assistência, mantendo-se ainda circunscritas ao Distrito Federal.

Capanema propôs ainda a realização da *I Conferência Nacional de Saúde* (1941),⁶¹ com o objetivo de disseminar os planos do SNDM, bem como de conseguir maior adesão dos estados às diretrizes federais (Hochman e Fonseca, 2000, p.186). O projeto do SNDM foi paulatinamente se expandindo pelos estados, embora seu enfoque tenha permanecido “hospitalocêntrico”, em vez de que investir na vertente da profilaxia, tal como já então preconizado.

Finalmente, em 1944, o Serviço Nacional concretizou, por meio do decreto lei de nº 7.055, o Centro Psiquiátrico Nacional, criado para substituir o antigo Hospital Nacional - ao mesmo tempo em que extinguiu o *Conselho de Proteção aos Psicopatas*, criado em 1934. No mesmo ano, foi criado o *Programa Integrado de Saúde Mental* (PISAM), que propunha instalar cerca de quatro mil leitos psiquiátricos, implantar unidades de prevenção primária e núcleos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como previa a construção de unidades hospitalares nos estados e territórios (Uchôa, 1981).

No mesmo ano, foi publicado por Theóphilo de Almeida (então diretor da *Divisão de Organização Hospitalar*) um livro sobre a *História e Evolução dos Hospitais* como resultado do *I Curso de Organização e de Administração Hospitalares*, realizado em 1943. O evento propunha apresentar assuntos técnicos e práticas referentes à administração hospitalar e para-hospitalar, de modo a difundir para todo o país o modelo norte-americano de organização de hospitais. Considerado o exemplo então mais moderno de aparelhamento, que se baseava na arquitetura dos hospitais gerais (Almeida et al., 1944, p.2-4).

O capítulo II, que trata das instituições de doenças especiais (entre elas, as de doentes mentais), reforça o fato de que muitos dos pacientes não precisariam de internação, podendo se beneficiar do tratamento ambulatorial. Entretanto, o livro ressaltava a necessidade de determinadas internações, em especial, no tocante aos perigos que poderiam acarretar à garantia da liberdade para certos pacientes.

⁶¹As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram propostas como eventos oficiais, pertencentes à agenda governamental, objetivando facilitar ao governo conhecer as atividades realizadas em todo país nos setores da saúde, de modo a poder orientar a alocação de subvenções federais e execução de serviços locais. As duas primeiras (1941/1950) defenderam a divisão entre o público e o privado, e apoiaram o modelo das “campanhas sanitárias” como ideal para a intervenção no setor saúde (Sayd et al; 1998, *apud* Vilela et al, 2006, 168-169).

O hospital considerado mais indicado para este tipo de paciente seriam então, segundo Almeida, as colônias de psicopatas, que permitiriam tarefas diárias sob orientação e assistência de médicos especialistas. Impunha-se ainda a necessidade de separar em pavilhões ou sessões especiais os casos agudos dos crônicos. Esses espaços deveriam contar com portas e janelas fixas e inteiriças a fim de evitar que pudessem ser usadas como instrumento de agressão.

Além disso, o texto indicava que tal modelo dependia de pessoal especializado e de “facilidades” que permitissem o emprego das “modernas terapêuticas”, que se dariam pela aplicação de malária, eletrochoque, cardiazol, insulina e etc. Indicava ainda a necessidade de um grande número de funcionários de vigilância e sugeria que os custos dos serviços com doentes fossem reduzidos.

Assim, estava bem definido no documento o modelo de colônias, seguindo as indicações da psiquiatria norte-americana, que abrange o planejamento e a execução dos diferentes setores – administração, edificação, equipamentos, financeiro e assistência. Em consonância com tais indicações, em 1945, Adauto Botelho saiu temporariamente da direção do SNDM para se especializar justamente na psiquiatria norte-americana, ficando naquele país por seis meses (DOU, p. 11, seção 1, 16/08/1945), o que no retorno lhe rendeu uma capital pessoal, técnico e político que lhe seriam muito úteis logo a seguir. Como seu substituto, ocupou a direção Heitor Carrilho⁶².

Ainda em 1945, chegou ao fim a ditadura do Estado Novo com a deposição de Getúlio Vargas junto com ela terminava também o longo período de gestão de Capanema frente ao Ministério de Educação e Saúde.

Durante o governo provisório que sucedeu o Estado Novo, Raul Leitão da Cunha, até então reitor da Universidade do Brasil, assumiu o comando do MES. Ele foi substituído ainda em 1946, após a eleição de Dutra, por Ernesto Souza Campos e a seguir por Clemente M. Bittencourt, ainda no mesmo ano. (Schwartzman, 1982)

Mas as mudanças na direção do MES não impactaram o SNDM, que continuou a cargo de Adauto Botelho, propagador agora do modelo norte-americano de psiquiatria. Sua permanência significou avanços na nacionalização das ações do SNDM, bem como na instituição de uma comissão para a proposição e aprovação da *Classificação Brasileira de Doenças Mentais*. Tal feito se deu no V Congresso Brasileiro de

⁶² Heitor Carrilho (1890-1954) foi o “maior representante e sistematizador desta nova especialidade [psiquiatria forense]. É notável a longa permanência de Heitor Carrilho a frente do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, desde a fundação em 1921 até a data da sua morte, em 1954” (Piccinini, 2002).

Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, de 1948, (Venancio, 2003, p. 897) no mesmo ano da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁶³.

O Decreto-lei 8.550, de 1946, foi um dos instrumentos que propiciou tal ampliação, já que ele autorizava os convênios entre governo estadual e o federal para a construção de hospitais psiquiátricos. A norma determinou que cabia ao governo estadual a doação do terreno para a construção do hospital, o pagamento dos funcionários que lá trabalhavam e a sua manutenção. Já o poder federal arcaria com a construção e com os equipamentos.

Nesta conjuntura, o discurso oficial (preventivo) e a prática (asilar) da psiquiatria do período criaram zonas onde o investimento se pautava tanto pela prevenção quanto pelos internamentos. Isso não queria dizer que havia ambiguidades e contradições nesse esquema, apenas o que se seguia eram investimentos em campos distintos. De acordo com a diretriz indicada no decreto de 1946, os ambulatórios se multiplicaram em todo território, passando de quatro serviços no Distrito Federal, em 1946, a 22 ambulatórios públicos, em 1954 (Cerqueira, 1968, *apud* Venâncio e Cassilia, 2007, p.03).⁶⁴ Mas ao lado da “ambulatorização”, que pretendia seguir o modelo comunitário norte-americano, Botelho acabou por promover, em seus treze anos na direção, um aumento de mais de 17 mil leitos psiquiátricos (Gama, 2008). Deste modo, o hospital como lugar assistencial privilegiado se reforçou, embora o setor público tenha encolhido comparativamente, já que os convênios estabelecidos com instituições particulares de outros estados foi o que permitiu o crescimento da rede (Sampaio, 1988, p.85).

⁶³ Durante e após a Segunda Guerra Mundial, dois fatos deram ímpeto ao desenvolvimento da psiquiatria comunitária terapêutica nos EUA. O primeiro estava relacionado ao número de jovens que retornavam da guerra com sintomas psiquiátricos e o segundo, ao primeiro interligado, foi a necessidade de devolver esses jovens soldados aos campos de batalha o mais rápido possível, o que possibilitou o desenvolvimento da psicoterapia breve, provocando uma mudança na psicoterapia tradicional. (Reinaldo, 2008, p. 174). Logo no início do pós-guerra, e sob a influência das diretrizes da OMS, passou-se a propor que as doenças mentais eram passíveis de eliminação e prevenção: consideradas como desvios sociais e da marginalidade, o mal poderia ser banido da sociedade por meio da profilaxia mental. Com estas propostas em mãos, foi iniciado um grande trabalho de mapeamento de indivíduos suscetíveis e de desvios sociais que poderiam acarretar em doença mental. Em consequência a tal compreensão, observa-se após a II GM o aumento significativo das demandas ambulatoriais e extra-hospitalares dentro do território norte-americano (Soares, 1997)

⁶⁴ Tais medidas estavam de acordo com as indicações da recém-criada Organização Mundial de Saúde, que passou a definir a saúde como um bem estar físico, mental e social a ser perseguido. Tal perspectiva levou a OMS a recomendar aos países considerados então como em desenvolvimento que investissem em ações de profilaxia em saúde mental para evitar desajustes em indivíduos economicamente ativos (Santos, 1994, p. 44)

O decreto-lei 8.550/1946 pode ser considerado como um dos pontos de explicação pra esse aumento. Ele autorizava os acordos entre o Estado e a iniciativa privada, visando à ampliação da assistência psiquiátrica. Outro respaldo legal que favorecia o empresariado foi o decreto 22.561 de 1947, que concedia a qualquer hospital, não se restringindo aos psiquiátricos, favores fiscais. Com isso ao lado do aumento dos hospitais, houve também na década de 1950 a multiplicação de métodos terapêuticos químicos:

“Em 1950 realizou-se em Paris o que foi chamado o Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria e nas palavras entusiasmadas de Jean Delay seria o **Congresso da Terapêutica**. Nele houve animada sessão presidida pelo Professor A C. Pacheco e Silva do Brasil em que foram discutidos os novos métodos terapêuticos. Manfred Sakel discorreu sobre a **insulinoterapia** que foi descoberta em 1927, Von Meduna falou sobre o **choque cardiazólico** descoberto em 1929 e Hugo Cerletti falou sobre o **eletrochoque** descoberto em 1938” (Piccinini, 2005, s/p. Grifos nossos).

Além deles, diversas práticas terapêuticas e novos modelos de compreensão da loucura e da assistência começaram a surgir internacionalmente, com algum impacto na psiquiatria local, como a terapia ocupacional e a psicanálise, que ganharam aqui maior institucionalização no período (c.f. Melloni, 2009, p. 81).

No entanto, apesar da ampliação da rede, Aduino Botelho expunha no seu *Relatório de Atividades* (SNDM, 1951) as dificuldades na implantação do modelo de assistência proposto face ao crescimento contínuo da demanda por atendimentos nos serviços hospitalares e ambulatoriais, tanto no Distrito Federal como nos estados.

O descontentamento em relação à inflação acabou por prejudicar a popularidade de Dutra e trouxe de volta Vargas (1951-1954) ao poder, com um governo marcado pelo nacionalismo e pelo sindicalismo. Em cumprimento aos acordos políticos que o reelegeram e para o descontentamento da burguesia agrária (Lautert, 2010), em 1952 Vargas anunciou o primeiro aumento do salário mínimo desde 1942, quando fora criado (discurso de 1. Maio de 1952), indicando ainda a extensão de benefícios aos trabalhadores rurais e às clínicas especiais.

As propostas de Vargas acabaram por produzir, em 25 de julho de 1953, novas reformas no Ministério da Educação e Saúde (Decreto 1.920), desdobrando-o em duas novas pastas: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. O primeiro ficou incumbido das atividades antes de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS) (Vidal e Amorim, 2008). Com isso, o SNDM ficou subordinado à pasta.

A partir de então os beneficiários da Previdência Social passaram a ter acesso à assistência em hospitais psiquiátricos, mudança essa que influenciaram especialmente no *Serviço Nacional*. O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) passaram a receber internações não só em hospitais psiquiátricos públicos, mas também em hospitais particulares (Resende, 1987, p.43).⁶⁵ De acordo com o autor, foi a partir do momento em que os previdenciários passaram a ter acesso à atenção psiquiátrica que houve o significativo crescimento da participação dos hospitais privados em atendimentos psiquiátricos.

Após o suicídio de Vargas, em 1954, novas mudanças se operaram. Entre 1954 e 1956, Jurandyr Manfredini⁶⁶ substituiu Aduino Botelho na direção do SNDM (Decreto de 16 de setembro de 1954). A nova base de influências dos poderes foi reconstituída pelo novo governo de Juscelino Kubitschek, que decretou, em 7 de março de 1956, a substituição de Jurandyr Manfredini pelo médico Lysânias Marcellino da Silva⁶⁷, o qual a dirigiu entre os anos de 1956 e 1958 (Bessa, 2009).

O Serviço Nacional de Doenças Mentais começou a apresentar novas mudanças na política de atendimento. Em 1958, mais uma troca na direção: assumiu Hermelino Lopes Rodrigues Ferreira⁶⁸ (Brasil, 1958), que enfatizou "a racionalização de 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, centros de recuperação" (Santos, 1994, p. 44).⁶⁹

⁶⁵ “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.” (Paulin e Turato, 2004, p.245).

⁶⁶ Nascido em 21 de janeiro de 1905 no Paraná, onde diplomou-se médico, pela Universidade do Paraná. Foi para o Rio de Janeiro em 1930, quando tornou-se médico no Hospital Central do Exército por concurso. Foi também psiquiatra na Seção Nina Rodrigues do Hospital Psiquiátrico e lá divulgou a convulsoterapia, tendo feito sobre este tema sua tese, em 1939. No início de 1950, tornou-se assistente de Maurício de Medeiros (à época, Diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Em 1954, foi nomeado diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, por indicação do Ministro da Saúde Armis Tarborda de Ataíde (Vidal e Amorim, 2007, p.1-3).

⁶⁷ Lysânias Marcellino da Silva foi inspetor especializado do SNDM de 1935 a 1945. Em 1945 tornou-se médico psiquiatra efetivo do SNDM e em setembro de 1954 assumiu a direção do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho onde ficou até março de 1956, quando foi nomeado como diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, onde ficou até 1958. *Revista Brasileira de Saúde Mental*. p.210. Ano 13. Vol XI. 1967.

⁶⁸ Hermelino Lopes Rodrigues (1898-1971), médico psiquiatra, idealizou em 1929, um projeto que tinha por “objetivo de conectar o ensino acadêmico na Faculdade de Medicina com as práticas de assistência aos doentes mentais utilizadas no Instituto Raul Soares”, em Belo Horizonte. (Silveira, 2008, p. 07)

⁶⁹ O “preventivismo” acabou por ser adotado por vários países, uma vez que instituições oficiais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, divulgaram o novo modelo norte-americano em larga escala nos países latino-americanos. (Pieruci, 2009, p. 03).

Nas instituições, novas modalidades de atendimento de psiquiatria preventiva e comunitária, entre outras, começaram a ser experimentadas, mas tais experiências não chegaram a ganhar fôlego suficiente para engendrar uma mudança sistemática do modelo, que só seria concebida na virada dos anos de 1970 para 1980 (Amarante, 1996, p. 79). Ainda assim, “o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que instituiu as ideias de saúde mental (por oposição à de doença mental) e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva” (Tenório, 2002, p.28), acabou por influenciar os referenciais teóricos locais, gerando projetos e debates, inclusive políticos.

De acordo com Cerqueira (1989), essas mudanças tiveram impacto na psiquiatria local, que passou a fazer parte da concepção de atenção primária, secundária e terciária. Resultado disso fica evidente na "prática da assistência psiquiátrica em termos da saúde pública", que previa mais leitos, equipes multiprofissionais e uma concepção não só biológica, mas psicológica e social desses doentes mentais.

Deste modo, o período que antecedeu a década de 1960, no Brasil, foi constituído por um aumento realmente significativo de leitos e de serviços que considerou o tamanho do território brasileiro. Vimos também tal crescimento deveu-se em muito aos convênios firmados com os diversos estados da União, que com o apoio financeiro do governo federal aumentaram eventualmente o número de leitos em instituições anteriormente existentes, públicas e, principalmente, privadas. Assim, o perfil da assistência do SNDM foi se tornando cada vez mais asilar e ganhando cada vez um maior número de leitos privados.

Assim, ao mesmo tempo que percebe-se nos países europeus e nos Estados Unidos uma severa crítica ao modelo de tratamento psiquiátrico e vivia-se, em consequência, a transformação do modelo de assistência psiquiátrica, com especial trabalho de desospitalização, o Brasil, apesar de buscar se aproximar do modelo, acabou por expandir ainda mais o número de leitos psiquiátricos (Cesarino, 1989, p. 15).

Como resultado desse aumento e do gigantismo das instituições, a situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros foi se tornando cada vez mais precária. Começaram, em consequência disso, novas queixas relacionadas ao grande contingente populacional, a falta de pessoal especializado, maus tratos, péssimas condições da instituição (Luz, 2006).

2.2. A Assistência Psiquiátrica na década de 1960

O ano de 1961 foi marcado pela posse e renúncia de Janio Quadros na presidência da República. Sua saída criou diversas tensões com os militares, já que o vice-presidente João Goulart, que deveria constitucionalmente assumir seu lugar, poderia prejudicar a “segurança nacional” por suas supostas relações com o comunismo, como vimos anteriormente (1.1). Jango acabou assumindo o poder, e apesar das pressões pelo parlamentarismo, conseguiu a manutenção do sistema presidencialista (Abreu, 2006).

Enquanto as tensões entre diversos setores políticos aumentavam no país, as críticas ao modelo clássico de assistência psiquiátrica cresciam no âmbito internacional. A internação passava a ser denunciada como produtora de cronificação e de sofrimento psíquico ⁷⁰.

O crescimento do movimento preventivista na década de 1960, quando a assistência psiquiátrica passa do espaço manicomial para o público, acabou por refletir-se na consagração do ano de 1960, como o “Ano Internacional da Saúde Mental” (Costa, 2003, p. 09). O objetivo era divulgar e disseminar a psiquiatria preventiva, bem como incitar a abertura de tratamento público para todos os cidadãos. Além disso, propunha-se um tratamento que incluísse a família e a sociedade, preparando-as para receber de volta os pacientes que haviam sido internados.

No Brasil, muitas mudanças neste sentido estavam sendo debatidas. É nesse cenário que a Previdência Social Brasileira, por meio da Lei Orgânica de 1960, art. 119, passou a abranger os Institutos de Pensões e Aposentadorias, repassando a todos os seus beneficiários a assistência clínica cirúrgica, farmacêutica, odontológica, ambulatorial,

⁷⁰ A antipsiquiatria surge com o objetivo de desconstrução do saber médico sobre a loucura. Ela tem seu início na Inglaterra da década de 1960 em meio aos movimentos *underground* da contracultura - psicodelismo, pacifismo, movimento hippie. A relação existente entre loucura e doença mental passou a ser questionada: Outras questões eram na época levantadas: Como se constitui a doença mental dentro da sociedade? Como que se dá a exclusão social dos assistidos nos manicômios? Qual o papel da instituição psiquiátrica enquanto fomentadora da exclusão? (Amarante, 1995, p. 47). Já a psiquiatria de setor se baseou nas ideias de Bonnafé e de psiquiatras considerados progressistas. As exigências desse grupo era uma melhoria na infra-estrutura do material hospitalar; uma política de tratamento não mais apoiada no manicômio mais sim no meio social do sujeito alienado, de forma que a instituição psiquiátrica seria apenas uma etapa transitória do tratamento (Castel, 1978, p. 154). Em muitos países europeus, o modelo dominante na organização dos cuidados psiquiátricos gerais foi a criação de áreas geograficamente definidas, denominadas sectores. Esse conceito foi desenvolvido na França, em meados do século XX, e, a partir da década de 1960, o princípio da organização baseada em sectores propagou-se por quase todos os países da Europa ocidental, variando o seu tamanho de 25 000 a 30 000 habitantes. (OMS, 2002).

asilos e sanatórios, entre outros, igualando os direitos de todos os trabalhadores. Como veremos a seguir a lei, entretanto, não chegou a se estabelecer.

O tratamento preventivo e comunitário influenciou, de um modo ou de outro, a saúde mental em toda a América Latina. O Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, realizado em Caracas, em 1961, foi marcado pelo alinhamento dos governos latino-americanos com tais modelos teóricos (Chaves, 1995, p. 68), quando se comprometeram com estratégias de políticas públicas, que se dariam através da implementação de técnicas de planejamento e programação em saúde.

Em meio a essa discussão, a psiquiatria comunitária deveria oferecer subsídios para a crítica da prática asilar, propondo novas soluções do campo das comunidades terapêuticas e do preventivismo para a assistência, bem como a universalidade do atendimento. Como política oficial, essa proposta foi absorvida pelo SNDM, em 1961, quando o diretor da instituição era o psiquiatra Edmundo Maia⁷¹. (Peres, 2004, p.43).

É desde ano a principal normatização relativa à saúde mental, o *Código Nacional de Saúde* (Brasil, 1961). No segundo capítulo do decreto, já se encontra institucionalizada a preocupação com a redução das internações psiquiátricas; a proposta de meios alternativos para o tratamento; a ampliação da assistência para garantir a diminuição das internações; a análise epidemiológica; e, ainda, a proteção aos direitos individuais do paciente (*apud* Messas, 2008, pag.90).

Em seguida, no ano de 1962, as *Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica ao Doente Mental do Ministério do Trabalho e Previdência Social* (CD/DNPS 942/62) propuseram ações de aspecto preventivo, com incentivos para programas de higiene mental que deveriam ser priorizados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A profilaxia, segundo a Resolução, deveria ser feita nos ambulatórios, nos hospitais gerais, nos locais de trabalho e na própria residência do segurado. De acordo com a proposta, o tratamento seguiria quatro programas, de acordo com a especificidade de cada caso (Sampaio, 1988, p. 99).

O primeiro programa proposto, chamado de *ambulatorial*, deveria dispor sobre a utilização de técnicas modernas, como terapêuticas de choque e psicoterapia. O programa tinha como uma de suas prioridades aliviar a carga de ocupação de leitos

⁷¹Atuou como Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos e foi, a seguir, Diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental (tendo assumido o cargo em 1961) e Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

(<http://www.catolicismo.com.br/materia/materia.cfm/idmat/B7B22A72-B15D-FCF0-94941DCF29966E71/mes/Junho1991> acessado em 11 de junho de 2012)

hospitalares. Já o programa denominado de *semi-internação*, também ligado aos ambulatórios, propunha-se como uma prática de tratamento hospitalar: o tratamento diurno para pacientes que não estivessem em crise. Outro programa, a *internação de agudos*, que deveria ser realizada em hospitais-gerais e não poderia ultrapassar 120 dias de internação foi também proposto nas mesmas normas (Sampaio, 1988, p. 99).

Finalmente, a resolução abordava ainda a *internação de crônicos*. Neste caso, os indivíduos deveriam ser internados nos Hospitais-Colônia da Previdência Social. Os hospitais-colônia, de acordo com tal documento, deveriam seguir as seguintes normas terapêuticas: em primeiro lugar, deveriam organizar o espaço de modo a separar neuróticos de psicóticos; em segundo, a prática de atividades como agropecuária, oficina e artesanato seria estimulada e o produto do trabalho de pacientes seria utilizado para a manutenção do hospital. Finalmente, como preconizado pelas normas expedidas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, os hospitais-colônias seguiriam as normas expedidas por ele, como a terapêutica ocupacional⁷². Assim, as especificações da resolução articulavam a assistência psiquiátrica feita através da Previdência Social às normas do Ministério da Saúde Sampaio, (1988, p. 100).

A *Resolução CD/DNSP 942/62* foi operacionalizada em 1965, regulamentando “a utilização de técnicas avançadas, como o hospital-dia e o tratamento ambulatorial, em detrimento dos recursos hospitalares, e determinava a criação de unidades de internação psiquiátrica junto aos hospitais gerais” (Vaissman, 1983, p. 37). Segundo a autora, (1983) a norma visava não à reintegração do paciente, mas sim o aproveitamento de sua mão-de-obra para a manutenção do hospital.

Ainda sobre essa normatização, Paulin e Turato (2004) avaliam que por meio de tal norma a assistência psiquiátrica passou a ter uma regulamentação com foco no 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” (idem, p.246).

Os debates prosseguiram acelerados. Em 1963, a *III Conferência Nacional de Saúde* foi estabelecida (depois de 13 anos). Ressalta-se que durante a 1º CNS ficou decidido que as conferências ocorreriam anualmente ou a cada dois anos. A terceira foi

⁷² Essa forma de tratamento foi largamente difundida no Brasil apoiada na “ideia do inconsciente manifestado nas expressões artísticas” (Dias, 2003, p.11).

convocada pelo então ministro da Saúde de João Goulart, Wilson Fadul,⁷³ com o objetivo expresso de fixar as bases de uma política nacional para o setor. A conferência defendeu a necessidade de o país dar prioridade aos serviços básicos, além de propor a universalização da atenção médica.

Ao acompanharmos os anais desta conferência, nos deparamos com um panorama das instituições do SNDM do período. Assim, segundo o documento, foram 39.711 internamentos de primeira entrada só no ano de 1962 no país. Seguindo ainda o mesmo, considera-se ali que 8.399 desses internos (22%) poderiam ser assistidos em prontos-socorros psiquiátricos e ambulatórios, sem a necessidade de asilamento; registra-se também que isso não acontecia por falta de ambulatórios (*Anais da III Conferência Nacional de Saúde*, 1963, p.125-127 in: BVSMS).

Outra constatação apresentada ao longo da conferência era que a rede hospitalar nacional seguia ainda a velha orientação ultrapassada dos grandes grupamentos de enfermos, o que teria acabado por desfigurar até mesmo antigos “símbolos de perfeição funcional, do tempo em que sua lotação não excedia 1.500 leitos”. Em virtude disso,

“estendem-se pelo país verdadeiras e imensas disfenópoles que se tornaram praticamente incontroláveis em consequência da centralização administrativa e executiva a que estão sujeitas. Ao lado dessa situação vigente em estados brasileiros mais fortes, ficam extensas áreas do território nacional desprovidas de hospitais psiquiátricos”. (*Anais da III...*, 1963, p.128 in: BVSMS).

Tal como consta na ata da conferência, havia então no país o total de 173 hospitais psiquiátricos catalogados, sendo que 52 eram públicos e 118 eram particulares. Sobre as clínicas particulares, aliás, o documento explicita que estas eram praticamente mantidas pela internação dos doentes dos institutos (*Anais da III...*, 1963 in: BVSMS). Além de serem consideradas em número insuficiente, essas instituições estavam concentradas e centralizadas em algumas cidades e regiões, enquanto outras ficavam descobertas (idem). Ademais, na contramão da psiquiatria de países como a Inglaterra e a França, no Brasil, os Centros de Reabilitação Psiquiátrica, com práxis-terapia e atendimento extra-hospitalar, ainda estavam por se fazer (embora o documento faça ressalvas a uma iniciativa particular e única no país à época: a “Casa das Palmeiras”, no “Estado da Guanabara”)⁷⁴ (ibidem, p. 128).

⁷³ Fadul foi ministro da Saúde, tomou posse em junho de 1963, quando o país era presidido por Jango. Após a instauração do Golpe Militar foi substituído por Leitão da Cunha. (I).

⁷⁴ De acordo com Jorge, Alencar, Belmonte e Reis (2005, p. 213), na década de 1930, 40 e 50 os tratamentos dispensados a saúde mental tinham como característica o cientificismo e a cura para os

O que havia fora os hospitais, era uma rede de 23 ambulatórios próprios da União, 29 dos estados (estabelecidos por meio de convênios com o SNDM e, portanto controlados também pelo governo federal), além de oito particulares, sem qualquer supervisão do Estado. Mas no que diz respeito aos ambulatórios supervisionados pelo SNDM, estes atenderam naquele ano o total de 143.972 pacientes, exibindo, ao parecer desse relatório, alto nível de produtividade. (*Anais da III...*, p.130)

A conclusão da área foi a de que esta carecia de uma “política diretora a assistência brasileira no plano da saúde mental”, já que esta ainda se encontrava apoiada em uma estrutura considerada como “anacrônica” e “arcaica”, a qual deveria ser superada pela adoção da política de hospitais regionais e de ampliação da rede de ambulatórios psiquiátricos praxis-terápicos (idem, p.130). Assim, para o biênio seguinte, pretendia-se ampliar “o atendimento anual de 200.000 pessoas nos ambulatórios e 40.000 doentes hospitalizados”. (ibidem, p. 224).

Portanto, como é possível vislumbrar já nos anos de 1960, os psiquiatras brasileiros propunham a mudança de um modelo de assistência psiquiátrica de base hospitalocêntrica para um modelo de assistência mais integral (ABP, AMB,CFM, FENAM, 2006). Todavia, nem as propostas da *III Conferência*; nem a *Lei Orgânica*, que visara garantir os benefícios a todos os Institutos; nem a criação do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS) teve realmente o efeito desejado.

2.3. A psiquiatria e a Ditadura (1964-1978)

O golpe militar de 1964 redefiniu as forças políticas no poder e trouxe de volta uma concepção centralizadora para a área da saúde. Assim, o governo ditatorial rompeu com o modelo “desenvolvimentista-populista” dos governos anteriores – marcados pela influência de setores sociais, como os sindicatos - e introduziu o modelo “capitalista-monopolista”, caracterizado pela forte intervenção do Estado na formação de contratos com setores capitalistas. (Paulin e Turato, 2004).

doentes mentais tendo por base o tratamento médico e também cirúrgico. Nesse momento, prevalecia a eletroconvulsoterapia, choques insulínicos, psicocirurgias e lobotomia frontal; essas práticas terapêuticas foram largamente criticadas. Um dos personagens que destacou-se na oposição a essa formas de tratamento foi Nise da Silveira. Foi ela quem inaugurou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional, Rio de Janeiro, na década de 40. Nise da Silveira recusava-se a usar os métodos da psiquiatria clássica e se opunha a um ambiente hospitalar que não promovia a cura dos pacientes. Ela foi também responsável pela fundação da Casa das Palmeiras.

Nos campos do desenvolvimento econômico, social e político, a centralização determinou mudanças profundas no país, se fazendo marcar pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação. Na ocasião, formou-se uma forte aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional (Braga et al., 1981; Oliveira et al., 1986).

Para garantir a “segurança” e a “ordem”, foram proibidas as organizações sindicais, bem como se determinou o fim da estabilidade no emprego, entre outros direitos, por meio da criação de uma legislatura de exceção (Tesaro, 2006).

Para melhorar a qualidade da saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, amenizar as tensões sociais que se avolumavam, o Estado utilizou de repressão, por um lado, e, por outro, de ampliação da assistência e da cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam (Paulin e Turato, 2010).

No que diz respeito especificamente à estrutura voltada para a Assistência à Saúde Mental, a grande modificação no sistema de prestação de serviços ocorreu a partir da criação do INPS, em 1966 (Paulin e Turato, 2010, Vaissman, 1983, Sampaio, 1988).

2.3.1. Valorização do setor privado (1966 -1973)

Com a unificação dos institutos previdenciários pelo INPS, na virada do ano de 1966 para o de 1967, a extensão da assistência médica atingiu mais setores da população. Com a criação do INPS, e estando ele diretamente vinculado ao Ministério da Saúde, o SNDM foi incluído no processo de normatização do setor (Santos, 1994, p.60).

O Decreto Nº 60.252, de 1967, instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, a *Campanha Nacional de Saúde Mental*, “diretamente subordinada ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde”. A campanha era destinada a “intensificar e coordenar, em todo o território nacional, 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, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência, bem como a dos estados mórbidos correlatos” (artigo 1). O decreto propunha ainda:

“I. medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de

psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público”; “II - Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo (...) III - Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos”. (Brasil, 1967)

Por conseguinte, em 1968, foi criada uma Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria, voltada para ações de prevenção e para os princípios básicos de “integração, regionalização, descentralização e aprimoramento de pessoal” (Santos, 1994, p. 63). A CPAP foi instituída pelo então coordenador de Assistência Médica do INPS, Itamar Demétrio de Souza e era composta pelos psiquiatras Hamilton Serqueira, Edson Soares Lannes, Luiz Cerqueira, Antônio Clemente Fajardo, José Kritz e Benjamin Gaspar Gomes.

O primeiro instrumento legal do governo pós-64 que privilegiou a política de compras de leitos privados foi o Plano Nacional de Saúde (PNS), que pretendia uma total privatização dos hospitais. Sua criação foi anunciada em dezembro de 1967, sob a gestão do ministro da Saúde Leonel Miranda.

Ao ser indicado para se tornar ministro do governo Costa e Silva, ele chamou atenção por ser o mais desconhecido a compor a bancada ministerial ([Leonel Tavares...]). Até então era apenas um médico e empresário, dono da Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo e a de Paracambi, ambas no Rio de Janeiro.

Miranda ocupou o cargo no ministério de 1967 a 1969, e durante sua gestão criou o Plano Nacional, que ficou mais conhecido como “Plano Leonel Miranda”⁷⁵. Seu plano beneficiava, sem dúvida, não apenas as suas clínicas, mas a todo o sistema da rede de convênios com instituições particulares. Contudo, seu plano não foi aceito e, em seguida a seu lançamento, ele foi demitido.

Apesar do plano não vingar, o governo manteve o incentivo à construção de hospitais privados nos estados, patrocinando a construção de novas instituições (Arretche, 2005, p. 288). Assim, a rede privada foi sendo expandida para oferecer serviços aos previdenciários com reembolso pelo atendimento prestado, o que abrangeu

⁷⁵ Para Walmor Picchinini (ago. 2011), sua entrada para a pasta ministerial e o plano mal sucedido levaram o declínio da Dr. Eiras, já que com a redemocratização da década de 1980, a população passou a difamar a instituição tornando-a desacreditada, o que seria resultado do fim do convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu fechamento.

inclusive o próprio “sistema hospitalar privado, à indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares [que] tiveram expressiva expansão” (Arretche, 2005, p. 288).

No que tange à privatização da saúde mental, o processo de investimento do governo acabou por formar uma clientela muito específica das colônias psiquiátricas - um segmento populacional alijado do processo produtivo, não contribuinte da previdência. Não é surpresa, então, que essas instituições tenham se tornando cada vez mais carentes de recursos e submetidos a uma progressiva desativação. Tais pacientes contribuíam em praticamente sua maioria para estabelecer as estatísticas dos crônicos da Divisão a cada ano (Resende, 1990, p. 50).

Nas clínicas privadas, por outro lado, encontravam-se não as classes médias e abastadas, mas as camadas populares, como “trabalhadores rurais 'desadaptados' à vida das cidades, empregados, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito 'tradicional'” (Delgado, *apud* Santos, 1994, p. 64).

Já para trabalhadores de setores 'modernos' da indústria, abriu-se a possibilidade de encaminhamento a clínicas aparentemente melhor aparelhadas, uma vez que renumeradas por via de convênios mais bem pagos do que os da previdência (*idem*).

Enquanto isso, a classe A era a única que tinha acesso às clínicas de repouso, com um atendimento sofisticado e diferenciado, contrastando com a realidade da maioria da população na época, que mal tinham atendimento, muito menos com qualidade (*ibidem*). Assim, a política do governo ditatorial acabou por tornar-se ‘ator relevante’ para a compreensão do período – e para explicar, por conseguinte, o amplo crescimento do sistema hospitalar privado.

No período de maior expansão da privatização da saúde, durante a década de 1970 (Escorel, Nascimento e Edler, 2005), a Comissão Permanente composta em 1967 por Oliveira (presidente), Lannes, Kritz, Moraes, Cunha, Moreira e Cerqueira fez um estudo sistematizado sobre as condições da assistência psiquiátrica na Guanabara.

O documento diagnosticava os problemas da prática psiquiátrica, muitas vezes limitada ao hospital como o principal e único agente terapêutico; além da ausência de um tratamento médico-social pensado pelo grupo como essencial para a assistência e, ainda, a escassez de profissionais habilitados. Para correção dos problemas, apresentavam demandas propositivas ao governo: “(...) sugestões e medidas buscando a racionalização dos serviços prestados e a melhoria da qualidade da assistência

oferecida” (Vaissman, 1983, p. 37). Essas demandas advinham dos princípios da Psiquiatria Comunitária, que propunha novas formas de tratamento.

As denúncias e recomendações apresentadas nesse relatório seguiam as especificações indicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e estimularam uma análise diagnóstica em nível nacional, abrangendo tanto o setor público quanto o privado. Essas reivindicações chegaram inclusive a entrar em pauta no *I Congresso Brasileiro de Psiquiatria da ABP*, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em São Paulo, no ano de 1970. Dentre as recomendações, o relatório sugeria, por exemplo, a participação social e familiar no tratamento do usuário.

Mas, ao contrário disso, o que prevaleceu foi o aumento cada vez maior de internações em leitos privados. Para caracterizar essa dilatação, pode-se afirmar que em 1971 os hospitais gerais públicos tiveram um crescimento de 2,17%, enquanto foi de 3,47% o dos privados. Quando essa análise debruça-se sobre os hospitais psiquiátricos, a diferença do crescimento registrado é ainda maior: de 3,13% e 6,90% respectivamente.

Percebe-se através das taxas percentuais apresentadas que o número de unidades hospitalares privadas cresceu mais em comparação aos da rede pública. Os dados mostram que na comparação percentual entre hospitais gerais, o crescimento dos privados foi maior, mas nem tão expressivo quando a comparação parte para os leitos psiquiátricos particulares. Estes cresceram 3,77 % a mais do que os públicos. (Sampaio, 1988).

Alguns dados levantados por Cerqueira (1984) permitem-nos avaliar, por comparação, as mudanças na estrutura da Assistência ocorridas entre 1950 e 1970, quando coloca frente a frente o crescimento da população geral e a de internos em leitos psiquiátricos (não distinguido os leitos oficiais dos terceirizados). Nos dados apresentados por ele, observa-se que quanto maior o número de leitos psiquiátricos disponibilizados, maior o número de internos, embora, registra-se que o crescimento da população interna é superior, ou seja, não corresponde ao aumento da população geral:

“em 1950 tínhamos 0,41 internados por 1.000 habitantes; 0,82 em 1970. Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, a população do hospital psiquiátrico aumentou 213%, apesar do advento dos psicotrópicos. Apesar de as doenças mentais que exigem internação não terem crescido decênios seguidos, conforme publicação da OMS, mais que 1,5 centésimo por mil habitantes, anualmente. Mais: 4,2% dos internados em 31.12.1970 se encontravam em hospitais cuja renovação anual de leitos era inferior a uma vez, não sendo exagero afirmar que 72% dos pacientes cronificavam” (Cerqueira, 1984, p. 87).

Substituto de Francisco da Rocha Lagoa (1969 - 1972), Mario Machado Lemos, então Ministro da Saúde (1972 - 1974), firmou um convênio ente o governo brasileiro e a OPAS, em 1973, para que a Psiquiatria Social pudesse se tornar o modelo da psiquiatria no país por meio do Programa de Saúde Mental (Vaissman, 1983, p. 48). Tal projeto fora criado em consonância com a *III Reunião Especial de Ministros de Saúde*, realizada em Santiago do Chile, 1972.

Com o apoio das teorias que embasavam a psiquiatria comunitária, Machado Lemos construiu um decálogo que, de acordo com Vaissman, foi o documento “de maior profundidade histórica no movimento psiquiátrico brasileiro” do período (Vaissman, 1983, p.40). Ele foi apresentado no *II Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, realizado em Belo Horizonte (MG), em 1972. Na ocasião do congresso, Machado Lemos garantira a elaboração de uma lei básica para a Saúde Mental, e sua afirmação foi assinalada por Cerqueira como uma “declaração oficial de significação histórica para os destinos da psiquiatria brasileira” (Cerqueira, 1984, p. 91). Ou seja, a promessa do então ministro foi considerada também por Cerqueira como um marco para a psiquiatria brasileira. Pela importância das propostas nomeadas, vale a pena aponta-la:

- I- DIREITO E RESPONSABILIDADE – A saúde mental é um direito do homem. Assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.
- II- INTEGRAÇÃO – A doença mental, fazendo parte do ciclo vital de 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.
- III- 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 implementação de serviços.
- IV- RECURSOS DE TODOS PARA TODOS - Os recursos técnicos, administrativos e financeiros de saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados, de modo a oferecer uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.
- V- PREVENÇÃO – Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, a ser orientados no sentido preventivo.
- VI- CONSCIENTIZAÇÃO - A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido do seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.
- VII- FORMAÇÃO DE PESSOAL – Programação de recrutamento, formação e treinamento do pessoal técnico devem ser mantidos, para a composição de equipes.
- VIII- HOSPITAL COMUNITÁRIO – Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de prover pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados, em um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

- IX- SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES – As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária, devem ser enfatizadas, para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.
- X- PESQUISA – As pesquisas básicas e, sobretudo, as aplicadas, fundamentais para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios. ” (apud Vaissman, 1983,p. 40-42)

Para o empreendimento, o órgão designado para iniciar a renovação foi o INPS. No entanto, como era o próprio INPS a instituição que detinha a maior parte dos serviços psiquiátricos terceirizados, o empenho do ministro na modificação acabou por ser suprimido pelo caráter economicista do modelo privatizante (Cerqueira, 1984). Porém, em consequência das negociações e da vontade ministerial, a medida resultou em um aumento significativo dos ambulatórios, segundo Oliveira (2004).

Vale dizer, os ambulatórios haviam sido definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um centro encarregado de fomentar a saúde e prevenir as enfermidades, servindo de vínculo entre o hospital, os serviços sanitários locais e a comunidade” (apud Gonçalves, Fuchs, Almeida e Oguisso, 1972, s/p). A ambulatorialização visava diminuir as internações, o que significava não apenas uma oportunidade para o portador de sofrimento psíquico, mas também mais dinheiro para os cofres públicos. Entretanto, mais uma vez, a medida não teve seus fins alcançados, já que passou-se a reuplicar os recursos em ambulatórios terceirizados. “O atendimento ambulatorial inadequado e apressado, mantendo uma longa fila de espera e com uma quantidade de oferta sempre inferior à procura alimentava o dispositivo do internamento” (Oliveira, 2004, p.65).

Outro movimento relacionado ao primeiro foi a adoção imposta por decreto da seção de Transtornos Mentais da Classificação Internacional de Doenças da CID-8 pelos profissionais brasileiros, no dia 15 de julho de 1970 (Peixoto et al., 2009, p. 31-44). Para a sua tradução, o governo designou uma comissão, através da *Portaria nº 63* de 1972, para apresentar estudos e sugestões que pudessem conduzir a absorção da classificação internacional pela “realidade psiquiátrica brasileira”, de modo que o SNDM pudesse reorganizar os programas de levantamento epidemiológico. A comissão foi formada por José Leme Lopes, J. Alves Garcia, Barahona Fernandes, David Zimmermann e Clóvis Martins (Piccinini, nov. 2006).

A obrigatoriedade imposta pela medida acabou por resultar na discussão dos aspectos referentes à classificação. Nesse contexto, o diagnóstico passou a ocupar um plano secundário na psiquiatria brasileira em vigor (Oliveira et al. 2003, p. 433-46).

Assim, no bojo das propostas de psiquiatria comunitária, surge também, articulada à Associação de Psiquiatria Americana e, por conseguinte às empresas farmacêuticas, os critérios que determinariam a uniformização de diagnósticos, passando a adequar o campo psiquiátrico local à revolução psicofarmacológica que vinha se expandindo nos EUA.

Por outro lado, a busca por dados epidemiológicos deu origem ao *Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica* (BS/DS 177, de 14/09/1973), publicado após levantamentos feito no estado da Guanabara e em todo território nacional, que se apoiou em diretrizes que visavam à formação de um programa integrado entre todos os setores hospitalares, a comunidade e os familiares dos pacientes.

A primeira diretriz do *Manual de Serviço de Assistência Psiquiátrica* tratava da articulação entre os diversos serviços, que deveriam ser integrados para atender com prioridade o paciente e suas necessidades. A segunda apontava que a assistência psiquiátrica deveria ser oferecida a todos que dela precisassem; a terceira dizia respeito à orientação técnico-administrativa, segundo a qual a assistência psiquiátrica deveria basear-se nos princípios da integração, regionalização, coordenação, descentralização, além do aperfeiçoamento dos profissionais. Quanto às terapêuticas, o manual recomendava o incentivo a recursos extra-hospitalares (idem).

Como se vê, o modelo preventivista foi o que inspirou ideologicamente o manual. Tal exemplo propunha a superação do modelo psiquiátrico brasileiro clássico, hegemônico no campo até o momento (Paulin e Turato, 2004, p.251). De acordo com um dos redatores desse manual, “os psiquiatras se refugiaram num individualismo alienante (...) sem se darem conta, frequentemente, de que a psiquiatria é uma só, integrada” (Cerqueira, 1984, p. 108). Mas o *Manual e Assistência Psiquiátrica* tampouco se tornou efetivo na maioria das instituições psiquiátricas do Brasil, com exceção do Rio Grande Sul, estado onde o modelo preventivo foi mais emblemático (Cerqueira, 1984, p. 108).

Assim, apesar das articulações com instituições internacionais, negociações com a associação psiquiátrica e com indústrias farmacêuticas, a manutenção dos acordos entre o governo e a iniciativa privada continuaram a contribuir com a crise financeira do período posterior. Baptista (2005, p. 23) relata que foram precários os investimentos na saúde pública, no saneamento e nas habitações populares, de forma que houve um aumento da desigualdade social no país e, como o milagre econômico entrou em

declínio, novas estratégias tiveram que ser definidas para que a manutenção do governo fosse garantida. Isso é o que veremos no próximo item.

2.3.2. O segundo recorte, 1974-1977 – Crise e Reformas

Com o fim do Milagre Econômico e o crescimento da representatividade da oposição no Congresso Nacional, tem início a segunda fase do governo militar, sob a presidência de Geisel. O período do segundo recorte (1974-1977) foi marcado pela crise internacional, causada pela elevação do preço do petróleo; pela redução da exportação brasileira de café, algodão, açúcar, o que ocasionou “a perda do poder aquisitivo do salário mínimo associado a um processo de intensa migração e urbanização desordenada” o que é também notado nesse momento são reivindicações por justiça frente aos desaparecidos políticos (Oliveira e Teixeira, 1989, p. 237).

No entanto, não é só a crise política que caracteriza esse momento, mas também o aumento da taxa de mortalidade infantil e de desnutrição; além do aparecimento de doenças até então erradicadas, como a tuberculose; e ainda a epidemia de meningite que afligiu São Paulo. Todos esses fatores refletem que a mentalidade preponderante de valorização da hospitalização e do setor privado não dava vazão à demanda das condições sociais que clamavam por uma política sanitária e também por uma saúde pública que solucionasse os problemas que se avolumavam. (Vaissman, 1983, p.74)

Algumas iniciativas foram tomadas como tentativas para apaziguar a crise: foi criado, por meio da Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social para tentar minorar o problema, resultado do desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social. A previdência social ganhava, assim, maior notoriedade e, conseqüentemente, saía fortalecida.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 32 o Departamento Nacional de Saúde Mental (Dinsam), como órgão normatizador, reorganizando dessa forma os serviços da psiquiatria e da assistência à saúde mental e acabando com o SNDM. (Cerqueira, 1984. 157).

Por meio dessa Portaria – que mais uma vez apresentava os princípios da Psiquiatria Comunitária (Paulin e Turato, 2004, p. 252) - ficou determinado que as entidades públicas e privadas deveriam atender às solicitações determinadas pela

Dinsam. Com isso, os órgãos públicos não poderiam firmar contratos com pessoas jurídicas de direitos privados sem o aval desse departamento.

O Plano de Pronta Ação (PPA), instituído igualmente em 1974, entrou também no bojo de iniciativas para a expansão da cobertura e o combate a desestabilização, assim como a Dinsam. Constituiu-se em uma das iniciativas mais importantes de universalização da cobertura para a clientela não segurada. O objetivo não era mais a privatização dos hospitais públicos, mas destiná-los a serviços altamente especializados, que o setor público não dispunha. Além disso, o documento propôs a desburocratização nos casos de emergência e incorporou as secretarias de saúde e os hospitais universitários ao sistema previdenciário (Costa, 1996, s/p. ; Vaissman, 1983, p. 27). Contudo, os serviços foram entregues a entidades particulares, que continuariam a ser financiadas para a instalação de equipamentos (Cerqueira, 1984, p. 160).

Naquele momento, entretanto, a assistência psiquiátrica voltava a perder importância em relação à assistência médica geral. Segundo avaliação de Paulin e Turato, o arrefecimento da primeira era justificado então “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” (Paulin e Turato, 2004, p.252)

Mesmo assim, os hospitais psiquiátricos privados continuaram a crescer a partir de 1974. Alguns foram criados, enquanto outros foram remodelados e/ou ampliados, agora apoiados financeiramente por meio do recém-criado Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que executava as políticas do Conselho de Desenvolvimento Social. Essa política de valorização do setor privado por parte do governo tinha três características fundamentais: o financiamento de hospitais; o credenciamento para a compra de leitos terceirizados; além do convênio com empresas. (Paulin e Turato, 2004, p.252)

Mesmo com o II PND (1974) o número de leitos disponibilizados pela rede médica empresarial, continuava alarmante. Em 1976, havia 119.062 hospitais gerais públicos (26,8%) e 324.826 (73,2%) privados, e dentre os hospitais psiquiátricos, os públicos somavam 37.960 (39,4%), enquanto que os privados 58.278 (60,6%). É visível, portanto, que as unidades hospitalares continuaram segmentadas conforme o nível social; as unidades “privada liberal para as classes altas; privada concessionária do

setor público para as classes médias e os trabalhadores urbanos, pública para os trabalhadores rurais e sobrantes de todo gênero” (Sampaio *apud* Oliveira, 2004, p.63).

De acordo com Cerqueira, tais disposições ocorridas em 1974 indicam que o Ministério da Saúde procurava reestabelecer o seu papel normativo, de modo a evitar a corrupção, a multiplicação dos procedimentos médicos e a produção de procedimentos desnecessários, com a proposta de uma classificação geral para hospitais que normatizasse tanto a rede pública quanto a privada do Brasil (Cerqueira, 1984, p.152). A referida proposta foi acatada nesse mesmo ano pela Previdência, que antes de se estruturar como ministério já havia expedido três classificações – 1966, 1968 e 1974 – na tentativa de se estabelecer enquanto órgão fomentador de mudanças do cenário apontado.

O autor situa que a última classificação não foi a ideal, mas representou avanços, ainda que não tenha eliminado do hospital psiquiátrico os eletrochoques nem instituído que o mesmo fosse realizado em uma sala especialmente preparada para este fim, o que, teria favorecido a continuidade dessa prática de maneira promíscua e sem regulamentação.

Ainda assim, o MS passou a premiar as emergências que encaminhavam para a internação metade dos casos atendidos e a estimular os ambulatorios que retomavam apenas 1% das consultas (Cerqueira, 1984, p. 152). Isso, pensavam, serviria de freio para o sistema até então adotado pela Previdência.

Outra exigência era a reestruturação dos hospitais psiquiátricos por meio de pequenas enfermarias, além de determinar que a estrutura hospitalar estivesse de acordo com um espaço especializado, exigindo que as enfermarias e os quartos não fossem apenas dormitórios. Enquanto isso, o macro-hospital ainda aparecia como referência de tratamento: um psiquiatra atenderia 40 agudos e 60 crônicos, com revisão médica periódica (semanal e mensal). Além disso, era exigida a presença de sociólogos para pesquisas, assistentes sociais e sócio-terapeutas (Cerqueira, 1984, p. 153)

Outras demandas não foram propostas, como a necessidade de sala de estar, ou de recreadores para todos os setores; ou rádio e televisão para todas as unidades de internação. Também não eram solicitados relógios, espelhos, calendários, além de salão de beleza nas enfermarias feminina, instrumentos que contribuiriam para a autoestima e a manutenção da identidade. (Cerqueira, 1984, p. 154).

O Plano Integrado de Saúde Mental (Pisam), lançado em 1977, teve mais uma vez por objetivo a restauração dos princípios da psiquiatria comunitária, por meio de

uma maior qualificação de profissionais para o atendimento dos indivíduos com distúrbios psiquiátricos (Paulin e Turato, 2004, p. 253).

“O processo de reorganização institucional, com a criação do Sinpas (1977) significou também uma expressiva ampliação das atividades de proteção social. Essas mudanças organizacionais reforçaram especialmente a participação do setor saúde nos gastos da Previdência, com uma média de 30% das despesas totais nos anos 1975-1978, reduzindo as despesas com benefícios, com a assistência social e com a administração e gerência do sistema” (Medici, Oliveira e Beltrão, 1993).

Este Plano teve um relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste, mas não abarcavam os pacientes egressos e nem tampouco os crônicos que necessitavam de outra terapêutica. Contudo, é importante salientar que, no período pós-1974, as aplicações das diretrizes da Psiquiatria Comunitária -- tão exaltada nos diferentes documentos ministeriais ao longo dos anos -- não foram colocadas em prática, mesmo com a promoção de Encontros Anuais (entre 1976 e 1978). Medidas essas que avaliavam e propunham medidas para o setor psiquiátrico com base na Psiquiatria Comunitária.

Os encontros visavam controlar a condução da assistência psiquiatria nos diferentes estados da federação. Dentre as recomendações apresentadas nesses encontros estavam: adoção de medidas extra-hospitalares, equipe multiprofissional, estudos para a redução de hospitalização integral e implementação de hospital-dia, entre outros.

No entanto, na prática, a política estatal para a área da saúde mental continuava a dar ênfase para a medicina previdenciária individual em detrimento das medidas de saúde coletiva e de saneamento. Porém, no campo das legislações, normas e portarias, nota-se um avanço das iniciativas e prerrogativas que deveriam reverter o quadro de indiferença com a saúde coletiva, enfatizando as práticas preventivas.

2.3.3. A repercussão da crise

A terceira fase proposta por Vaissman foi marcada pelo recrudescimento da crise econômica, mas tal período se distingue do anterior pelo fato de que o governo passara a não admitir mais o ônus orçamentário advindo do setor da Saúde, e passara a controlar os gastos relativos ao crescimento dos leitos hospitalares privados.

Mesmo com as medidas legislativas tomadas com vistas a solucionar os problemas da Previdência Social no tocante à assistência médica e psiquiátrica, e ainda que se considere “que a assistência médica teve uma ampliação muito maior que a cobertura para os demais benefícios, chegando mesmo a contemplar os trabalhadores não-segurados” (Costa, 1996, s/p), as dificuldades de pô-las em ação permaneceram ao longo de todo o período ditatorial, com consequências nefastas para o campo.

Assim, o modelo hospitalocêntrico, de colônias de crônicos não foi abolido, tampouco foram suspensas as compras de leitos particulares. Em consequência, a estrutura foi se tornando cada vez mais onerosa para os cofres públicos o que favoreceu o desequilíbrio financeiro da instituição. A exigência de ampliação dos serviços médicos e a falta de investimento para abarcar tal demanda também foram fatores que contribuíram para o início de uma terceira fase que emerge com a crise previdenciária. (Costa, 1996, s/p)

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) resultou da unificação da assistência médica e psiquiátrica, por meio de uma nova reforma empreendida em 1977, no Sistema Nacional de Previdência e na Assistência Social (SINPAS) (Menicucci, 2007, p. 93). Mais uma vez o governo voltava a adotar medidas para tentar superar a crise ao buscar desvincular o atendimento médico da condição de segurado, consagrando a universalização da seguridade social.

Mas os credenciamentos com o setor privado, como aponta Vaissman (1983), não haviam sido superados. Muito pelo contrário, segundo a autora, a permanência da “prática dos credenciamentos e convênios com o setor privado”, foi mesmo “estimulada (sobretudo na gestão do Dr. Harry Graeff no INAMPS)” (Vaissman, 1983, p. 29). A crise da assistência não conseguiu ser debelada, acabando por se cristalizar com o que ficou conhecida como crise da Dinsam. Ela teve como marco o ano de 1978, quando as unidades que faziam parte desta Divisão - Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (C.J.M) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho decretaram greve, após a demissão de 260 estagiários e profissionais (Amarante (org), 1995. p. 57).

Os concursos para preenchimentos das vagas não eram realizados desde a década de 1950 e, mesmo com a instauração da Dinsam, o contrato de bolsistas (os quais não eram necessariamente pessoas formadas) permaneceu como prática frequente. Eles atuavam como médicos, psicólogos, enfermeiros, além de outros cargos como de chefia e direção (Amarante (org), 1995. p. 58).

A crise veio à tona justamente a partir de denúncias desses médicos-bolsistas a respeito das irregularidades presentes nas unidades hospitalares. Outros órgãos apoiaram tal iniciativa como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e o Movimento de Renovação Médica (Reme). (Amarante (org), 1995. p. 58)

O processo de mudança finalmente começou a ganhar peso. Em outubro de 1978, foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido como o “congresso de abertura”. Nesse evento foi votado o projeto que preconizava a abertura política cujas bandeiras principais eram a aversão à privatização, a luta pela democracia, e a defesa da anistia ampla geral e irrestrita. A psiquiatria passava a ser pensada a partir de referenciais teóricos advindos do campo das ciências sociais e humanas, que se desdobrariam em propostas em torno da ideia de “Saúde e Democracia”.

Paralelamente aos impasses do período, portanto - ou mesmo por causa deles - surgiram alguns dos principais movimentos e processos históricos que acabariam por impactar o modelo tradicional de assistência psiquiátrica também.

Em primeiro lugar, a emergência do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que, junto a tantos outros movimentos sociais populares emergentes no ano de 1978, consolidou as articulações que vinham sendo elaboradas ao longo dos anos nos congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica. O movimento se constituiu externamente ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da academia, da opinião pública e da imprensa, embora algumas de suas lideranças viessem do serviço público.

Os objetivos do movimento incluíram desde denúncias sobre o estado dos hospitais psiquiátricos à mobilização por sua humanização, passando por denúncias acerca da indústria da loucura nos convênios do INAMPS com a comercialização de leitos, até por uma luta da categoria por melhores condições de trabalho (Amarante (org), 1995).

O movimento ganhou corpo também sob a influência da visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, como Basaglia, que veio ao Brasil após a aprovação da Lei italiana de número 180. O aparato legal estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália, no ano de 1978, a partir da qual se desdobra uma outra história, que começa a partir do esgotamento da ditadura.

O trabalho ora apresentado demonstra que o período analisado foi marcado por grandes contradições. Se por um lado, havia um discurso que propunha a Psiquiatria Comunitária e o aumento da disponibilização dos leitos. Por outro, essa mesma proposta

gestou na ditadura transformações teóricas importantes no campo da saúde as quais acabaram por se consagrar nas práticas após a redemocratização da sociedade brasileira. Exemplo disso é o caso do grupo da reforma sanitária que começou a se articular em meados da década de 1970, e teve suas reivindicações consolidadas na Constituição Federal de 1988.

Não só a mercantilização dos leitos hospitalares foi o tônus do período estudado. Encontramos também políticas implementadas que visavam a mudança, ao menos teórica, das condições privatizante, tais como o II PND, a psiquiatria comunitária, o Plano de Pronto Ação, o Manual de Assistência Psiquiátrica. Contudo é importante reforçar que o modelo de compra e venda de leitos não foi exclusivo do setor psiquiátrico, e que a crise da previdência social tem como um dos fatores principais tal política.

No próximo capítulo buscaremos então verificar se as denúncias e críticas ao hospício e à política preponderante se articulavam no interior da Colônia Juliano Moreira. Investigaremos também de que forma as propostas de mudanças como a que instituiu o Dinsam, o Manual de Assistência Psiquiátrica, etc., repercutiram nessa instituição ou mesmo se as alternativas propostas foram letras mortas no decorrer do dia-dia.

3 A Colônia Juliano Moreira (1966 e 1978)

O objetivo deste capítulo é demarcar o lugar da Colônia Juliano Moreira no contexto da assistência psiquiátrica durante a ditadura militar, focando as mudanças e/ou continuidades das políticas assistenciais no período e discutindo a influência das mesmas no interior da instituição.

As fontes primárias utilizadas foram: o Regimento da Dinsam (22 de maio de 1970; Movimento de doentes em estabelecimentos psiquiátricos público e particular de 1971 e 1972, documento que aparentemente foi entregue em 1972 ou início de 1973; a Programação de 25 de Outubro de 1972, que tinha por objetivo transformar a Colônia em um hospital regional.

Das fontes encontradas, assinala-se que o ano de 1973 é aquele que registra o maior número de documentos, entre eles, está a *Complementação e Extensão Racional das Atividades Agropecuárias da Colônia Juliano Moreira, com vistas à terapêutica ocupacional e reabilitação dos psicopatas através dos trabalhos agrícolas bem conduzidos* (de 19 de julho de 1973). Também do mesmo ano encontra-se a Conclusão do 1º encontro regional sul sudeste do Brasil de técnicos de saúde mental, realizado entre os dias 06 e 09 de setembro de 1973.

Encontra-se nesse grupo também o projeto de Modernização, provavelmente do ano de 1973, que objetivava o levantamento psico-social da população da Colônia Juliano Moreira, além da caracterização das necessidades sociais, da capacitação dos internos. O objetivo era promover mudanças como a setorização dos pacientes de acordo com o levantamento das necessidades, a elaboração dos prontuários, e ainda a realização de um treinamento de ressocialização.

Também podemos incluir o Projeto Rondon Mirim, provavelmente apresentado em 1973, cujos objetivos se assemelhavam ao do Projeto de Modernização, embora visasse estabelecer convênios para o aumento do número de profissionais capacitados para atuarem na instituição. Por último, citamos o Relatório de maio à dezembro de 1973.

Além dessas, outras fontes também foram utilizadas como o *Relatório da Colônia Juliano Moreira* referente ao ano 1974, o qual não possui data em que foi entregue; o Relatório da situação atual e necessidades básicas para um planejamento de trabalho da Colônia Juliano Moreira, referente ao ano de 1974; o relatório estatístico, apresentado em agosto de 1977, onde se encontra o levantamento do tempo de

hospitalização dos pacientes internados na C.J.M e dos falecidos entre os anos de 1966 e 1977; O Relatório estatístico de 1977, sem a data de entrega, onde é apresentado um gráfico dos pacientes internados entre 1955 e 1977.

Serviu ainda como fonte o *Relatório das Atividades – Gráficos Estatísticos de 1978*, o qual apresenta a movimentação de pacientes durante o primeiro dia e o último dia do ano de 1978; e o Relatório dos anos de 1978 e 1979.

Também pesquisamos no relatório estatístico de 1979, que apresenta estatística de pacientes ali internados entre 1942 a 1979. Além desses, consta também uma análise “Cropológica” apresentada em dezembro de 1977, reimpressa em 2003.

Para a compreensão das modificações que a instituição sofreu após a ditadura, entretanto, estabelecer-se-á inicialmente uma breve explanação sobre o histórico da instituição.

3. A Colônia Juliano Moreira: fundamentos teóricos e a consolidação de um projeto

A Colônia Juliano Moreira foi fundada em 1924, sob a alcunha de Colônia de Alienados de Jacarepaguá⁷⁶, mas seu projeto é anterior a essa década. Ela foi pensada para substituir as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, conhecidas como Colônias da Ilha do Governador, as quais foram construídas ainda no final do século XIX pela Assistência Nacional de Alienados.⁷⁷ Ambas são consideradas pioneiras em toda a América Latina (Amarante, 1982, p. 106).

As instituições psiquiátricas foram instaladas em prédios previamente existentes, não estruturadas sob os moldes de uma diretriz arquitetônica respaldada na ciência psiquiátrica. Com a chegada de Juliano Moreira à Assistência a Alienados (Rio de

⁷⁶ A Colônia recebeu na sua fundação o nome de Colônia de Psicopatas-Homens; de 1935 até 1996 foi denominada Colônia Juliano Moreira. Com o processo de municipalização, passou a se chamar de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

⁷⁷ Em 24 de outubro de 1884, Teixeira Brandão (1854-1921) “tornou-se facultativo clínico do Hospício de Pedro II, e em 27 de fevereiro de 1887 tornou-se diretor do serviço sanitário deste estabelecimento, substituindo Agostinho José de Souza Lima . Em sua gestão, criticou as instalações luxuosas, inadequadas na sua visão para o tratamento de alienados, as deficiências na organização do hospício e a superlotação (Calmon, 1952). Advogava a adoção dos modernos processos clínicos, e reivindicava “reformas racionais”, como a criação de colônias rurais. Seu pedido foi atendido em 1889, quando Antonio Ferreira Viana, Ministro do Império, mandou fundar as colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, na Ilha do Governador” . (COC/Fiocruz, s/p).

Janeiro), em 1903, bem como a entrada de Teixeira Brandão na política,⁷⁸ iniciou-se um processo mais sistemático de empenho pela construção de novos asilos e pela ampliação de tratamentos, ou seja, de aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica. Um exemplo dessa mudança de visão pode ser observado na distribuição dos alienados por gêneros nas Colônias da Ilha do Governador, antes destinadas a ambos os sexos, passaram a abrigar a partir de então apenas pessoas do sexo masculino (Amarante, 1982, p.111).

Juliano Moreira, com o apoio do deputado Teixeira Brandão, solicitou então verbas para a reforma do Hospício Nacional de Alienados e para a construção de novas colônias. Por não terem sido construídas de acordo com os padrões médicos modernos, conforme citado anteriormente, as Colônias da Ilha do Governador apresentavam alguns inconvenientes que prejudicavam as terapêuticas empreendidas nessas instituições. Outro ponto que servira de argumento para a construção de novas instalações era a proximidade das Colônias com pântanos, que eram caracterizados como locais onde a terra era insalubre.

A essa característica eram atribuídas algumas doenças manifestadas pelos internos, além da infertilidade dos terrenos. A infertilidade era, aliás, o entrave a uma das principais terapêuticas defendida pelos que apoiavam a construção de novos asilos, já que a autonomia econômica, que deveria ser feita por meio de atividades agrícolas, não seria realizada. A criação desses novos estabelecimentos, localizados distantes dos centros urbanos e em grandes áreas verdes, onde os alienados poderiam manter-se ocupados através do cultivo, era valorizado (Lougou, 2006, p.61).

Outra desvantagem que justificaria a mudança das colônias era o acesso, feito apenas por barcos: o difícil ingresso nesses locais era outro argumento utilizado nos argumentos pro mudança. Finalmente, os argumentos ressaltavam o estado sanitário crítico das colônias antigas como o qualidade da água, que era péssima, reflexo dos poços mal conservados. Assim, o estado das construções e a falta de estrutura básica para os internos favorecia o aparecimento de doenças, aumentando o número de óbitos e impedindo o pleno funcionamento das medidas terapêuticas. (Amarante, 1982, p.111)

A partir da década de 1910, as reivindicações para o tratamento de crônicos em amplos espaços longe do meio urbano, nas chamadas colônias, aumentaram.

⁷⁸ “Em 1903, eleito deputado federal, pelo Estado do Rio de Janeiro, empenhou-se pela aprovação da legislação que reorganizaria a assistência a alienados no país, concretizada pela promulgação do decreto nº 1.132, de 22/12/1903, considerada a primeira lei geral sobre a jurisprudence e a assistência aos alienados no país (TEIXEIRA, 2005). Elegeu-se deputado por seu Estado ainda em outras legislaturas (1906, 1909, 1912, 1915 e 1918) e foi presidente da comissão de saúde da Câmara de Deputados (1919)” (COC/Fiocruz, B).

(Venâncio, dez. 2011, p.37) Há no período uma expansão numérica dos estabelecimentos e dos leitos psiquiátricos em todo o país, decorrente da criação de novas instituições e pela construção de novos pavilhões nos hospitais já existentes (Resende, 1987). Tal expansão decorria da superlotação e da deterioração dos pavilhões existentes, que, conforme se pensava, era o que vinha inviabilizando a separação dos internados adequadamente, o qual, por sua vez, impedia o pleno funcionamento da máquina terapêutica. Porém, a expansão da assistência criou novas dificuldades, entre as quais se destaca a falta crônica de recursos financeiros para a manutenção das instituições e de seus serviços (Kirschbaum, 1997, p. 19-30).

Em meio a tais dificuldades, Juliano Moreira demandava ao Estado a construção da Colônia de Jacarepaguá e propunha a forma de tratamento que deveria ali ser implementada:

“anexo ao hospital-colônia, em seus limites, deve o governo construir casinhas higiênicas para alugar as famílias dos empregados que poderão receber pacientes susceptíveis de serem tratados em domicílio. Far-se-há assim assistência familiar. Se nas redondezas da colônia houver gente idônea a quem confiar alguns doentes, poder-se-há ir estendendo essa assistência hetero-familiar e até tentar a homo familiar”. (Moreira, 1910, p. 19 apud Delgado e Venâncio, 1989, p.71)

O então diretor das Colônias da Ilha e primeiro diretor da Colônia de Jacarepaguá, Rodrigues Caldas, endossava o coro da necessidade de transferência das instalações:

"O diretor, no seu relatório, menciona o estado de ruínas em que estão os prédios; indica os consertos feitos nestes, expõe as vantagens oriundas do trabalho agrícola exercido pelos pacientes; faz referências à má qualidade da água potável, e pede, mais uma vez, as necessárias providências no sentido das colônias destinadas a alienados serem instaladas em local conveniente" (Venancio, 2011, p.40).

Em seu relatório de 1911, Caldas noticiava ter encontrado o local ideal para a nova instalação, a Fazenda Engenho Novo: espaço esse considerado apropriado, pois dispunha de 150 alqueires, amplo espaço para circulação, para implementação das terapêuticas voltadas para o cultivo na terra, além de cachoeiras e rios. Em agosto de 1912, a fazenda foi desapropriada e apenas seis anos depois tornava-se área da União (Venancio, 2011, p.40).

O entusiasmo com a implantação das terapêuticas voltada para o trabalho dos internos era devido também ao seu aspecto econômico. Foi o que afirmou o primeiro diretor da Colônia, o psiquiatra Rodrigues Caldas, em discurso proferido em 30 de março de 1924:

“o trabalho rural e a exploração dos campos e da criação de animais na fazenda do Engenho Novo, que é hoje a Colônia de Alienados, em Jacarepaguá, dentro de poucos anos dará um rendimento compensador dos sacrifícios do Estado feitos até agora e os que houver de fazer desta data em diante, conforme venho pedindo para assegurar resultados inteiramente satisfatórios” (Caldas, 1924/1988, p.18-21).

As reivindicações foram atendidas e a década de 1920 constituiu-se em um importante marco temporal para a construção da Colônia de Jacarepaguá. Em 1921, teve início a construção; instalações já existentes também foram utilizadas como parte da estrutura do hospital-colônia. Ao todo foram erguidos quinze pavilhões, refeitório, cozinha, lavanderia, farmácia e enfermarias (Venancio, dez. 2011, p.40).

Fundada em 1922, logo após o início da construção da Colônia de Jacarepaguá, a Liga Brasileira de Higiene Mental exerceu influência nos debates acerca dos modelos assistenciais adotados nesse tipo de espaço. O tratamento dispensado aos psicopatas foi estruturado em hospitais fechados e vinha sendo reformulada (vide a Colônia de Engenho de Dentro (Oliveira, 2004) e as diversas proposições para a construção de colônias para alcoólatras (Santos e Verani, 2010) e para epiléticos (Neves, 2010).

A ênfase das ideias que permeavam essa reformulação era a tentativa de evitar o adoecimento da população, por meio da profilaxia da sociedade, em detrimento do isolamento dos doentes. Mas julgava-se necessário o isolamento de indivíduos que perturbavam a ordem pública e que podiam alienar outros indivíduos, predispostos. Para eles, o modelo dos hospitais-colônias parecia indicar a esperança de recuperação, o que àquela altura já era considerado impensável nas instalações das antigas colônias. Caldas, mais uma vez ressalta o grande avanço que isso representou:

“Em 1923 as colônias da Ilha do Governador transpuzeram o ultimo anno da vida inglória e estagnante, iniciada com a sentença de sua mudança e só agora terminada com a definitiva instalação em Jacarepaguá”. (Caldas, 1924/1988, p.18-21)

Assim, em 1924, a ‘Colônia de Psicopatas Homens’ foi inaugurada em Jacarepaguá, entre os maciços da Tijuca e da Pedra Branca, em uma área de 7.320.0000 m² (Dinsam, cx. 947, p. 01). Em seguida, foram transferidas para lá as Colônias da Ilha do Governador, junto com pacientes, que eram em sua maioria indigentes e crônicos. Em seu primeiro ano, foram internados 270 doentes na Colônia, o que foi considerado um número reduzido frente a sua capacidade total de 600 pacientes, número que dependia ainda de 'abrigo convenientemente cercado' para os alienados que não trabalhavam (Venancio, 2011, p. 42). Como os abrigos cercados ainda não existiam, o

intuito de reduzir a superlotação do então Hospital Nacional, por meio da inauguração da Colônia de Psicopatas-Homens, ainda teria que esperar (Amarante, 1982, p. 121).

“Jacarepaguá deve receber todos os alienados das Colônias da Ilha do Governador e os indigentes do Hospício Nacional, esgotando, de uma vez por todas, o problema da escassez de vagas, tamanha a sua extensão. São 150 alqueires que reúnem ótimas condições geográficas e climáticas sem as dificuldades de acesso comuns às Colônias da Ilha. (...) Na fazenda do Engenho Novo⁷⁹, em Jacarepaguá, banhada pelas águas do Guerengüê, as terras são ‘gordas e húmidas, ricas de vestimenta vegetal e abundantes de excelentes águas cujo volume e altura, garantindo todas as necessidades domésticas e sanitárias, prestam-se também aos trabalhos agrícolas de irrigação’. Assim, são construídos 15 pavilhões modernos, sendo transferidas em 1923, as Colônias da Ilha do Governador, nascendo assim a Colônia de Alienados de Jacarepaguá” (Caldas, 1920, p. 180 *apud* Amarante, 1982, p. 120 e 121)

Ao mesmo tempo em que os serviços da Assistência a Alienados eram ampliados, dava-se início à Previdência Social no Brasil, por meio do Decreto n. 4.682, de 1923, a Lei Eloi Chaves. Como vimos no capítulo 1, com esse instrumento foi também criado o sistema de Caixas de Pensão. Na década de 1930, o processo de fusão das caixas acabou por resultar no que foi chamado de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), quando foram criados os sistemas assistenciais dos funcionários públicos civis e militares (ABP, 2006).

Os segurados dos institutos começaram a demandar uma assistência psiquiátrica mais individualizada. Os IAPs passaram paulatinamente a estabelecer contratos e incluir convênios com instituições psiquiátricas particulares por todo o Brasil, especialmente a partir da década de 1940, evitando assim o envio de pacientes previdenciários para as colônias. Deste modo, as colônias para psicopatas passaram a receber quase que exclusivamente os pacientes não protegidos pela Previdência Social, o que implicou em uma perda de investimentos financeiros ali alocados (ABP, 2006).

Isso já era visível nas estratégias estatais praticadas desde o final da década de 1930, com a implantação do Estado Novo.⁸⁰ Em edição do *Diário Oficial da União* de fevereiro de 1937, o então Ministro da Educação Gustavo Capanema tratava do processo relativo as obras destinadas à Assistência aos Psychopaths, que ficara a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública. Nesse pronunciamento, o ministro

⁷⁹ A fazenda do Engenho Novo foi desapropriada para a instalação da Colônia de Alienados de Jacarepaguá (Decreto nº 9.743 de 1912).

⁸⁰ Lembremos que a partir de 1930, com o Governo Vargas, a estrutura do sistema de saúde sofre alterações; com a criação do Mesp - Ministério da Educação e Saúde Pública, a relação entre população e assistência à saúde foi modificada; os trabalhadores formais ficaram à cargo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, enquanto os desempregados, trabalhadores informais ficaram sob responsabilidade do Mesp (Fonseca, Hochman e Trindade, 2005, p. 38). No período, a Colônia Juliano Moreira esteve subordinada ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), do Mesp.

informava então que “A Colônia Juliano Moreira, para onde deverão ir todos os doentes chronicos ora depositados na Praia Vermelha, está em construção”. No documento, ele pedia autorização para a construção de três núcleos para os pacientes considerados como indigentes, isto é, fora dos IAPs e alocados no Mesp. A inauguração da CJM se deu com as secções do Núcleo Franco da Rocha, e os demais pavilhões foram construídos ao longo dos anos.

No entanto, pensar que a Colônia foi criada apenas para manter os doentes mentais isolados ou para a utilização da força de trabalho desses internos - que permitiria a autonomia financeira na manutenção desse estabelecimento - seria limitar a interpretação das motivações, considerando-se apenas o papel disciplinador e econômico de sua criação. Ela foi considerada como “a mais perfeita e apropriada do gênero” para os padrões psiquiátricos da época. (Amarante, 1982, p. 102).

Em outro momento, quando a política assistencial psiquiátrica passou por mudanças fomentadas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, a estrutura hospitalar da colônia foi privilegiada. Na década de 1940, as ações político-assistenciais para a área da psiquiatria foram organizadas como parte de um processo de modernização; e o modelo hospitalar manteve-se “o de grandes estruturas hospitalares, que sob a alcunha de hospital-colônia, reproduzia o modelo institucional planejado e implementado desde os anos de 1910” (Venancio e Cassilia, 2007, p.3).

Assim, outras motivações levaram a tal execução, como a compreensão da consolidação do projeto que visava a ampliação da assistência aos doentes mentais. Em termos qualitativos, os psiquiatras insistiam na necessidade de que os pacientes tivessem mais espaço livre para o desenvolvimento da agropecuária e de oficinas.

Dessa forma, o trabalho que já era visto como terapêutico foi reafirmado, impedindo a ociosidade dos doentes, regulando seu tempo e atividade, e readaptando-os à vida em sociedade. Portanto, a inauguração da Colônia esteve em direta consonância com as diretrizes do Estado, em um momento histórico de grande “sublevação” social: no auge do movimento anarquista e comunista, das greves e do movimento operário.

Segundo Rodrigues Caldas (apud Amarante, 1982, p. 122), em seu discurso no lançamento da pedra fundamental, a psiquiatria era não só uma prevenção das loucuras, mas instrumento contra a marginalidades e vícios, obstáculos para a organização social.

Em termos quantitativos, as colônias aliviavam o inchaço populacional existente no Hospital Nacional de Alienados. A superlotação do HNA vinha sendo apontada

como o maior obstáculo para o tratamento dos pacientes agudos, atingindo a eficácia dos tratamentos e influenciando nas estatísticas de alta do hospital. (Amarante, 1982, p.112).

Quanto às terapêuticas, dois foram os modelos preconizados para o tratamento na Colônia: a praxiterapia e a assistência heterofamiliar. Esta originava-se de um projeto europeu, que se baseava em experiências belgas, na Aldeia de Gheel, local de romaria de alienados. Ali muitos camponeses recebiam em suas residências os doentes mentais, mediante o recebimento de pagamento.

A proposta era de integrar o doente mental no meio social (Amarante, 1982, p. 95). Neste programa, o indivíduo era entregue a uma família, e o mesmo elaborava atividades compatíveis a sua condição física e mental, ao mesmo tempo em que era acompanhado por um psiquiatra. Inicialmente o interno era entregue para famílias de funcionários, mas este projeto foi ampliado, por volta de 1927; assim outras famílias que não tinham vínculo com a instituição acabaram também por participar do programa (Lougon, 2006, p.79).

Já a praxiterapia – feita na colônia por meio de trabalho agrícola - visava resgatar o que ainda restava de sanidade nos doentes crônicos. Entendia-se que o alienado conservava algum nível de razão, que seria passível de solução através do trabalho. A prática foi, aliás, o principal carro-chefe dos discursos que defendiam a instauração de colônias. (Lougon, 2006). Essas não eram as únicas ações terapêuticas ali praticadas na década de 1940: recorria-se também à “convulsoterapia (elétrica e química), do choque insulínico, do eletronarcose e da psicocirurgia”.

Mas as principais atividades do trabalho terapêutico na Colônia eram a “lavoura (cereais e hortaliças), pecuária e pequenas indústrias, destacando-se entre estas as de artefatos de vime e a de colchões, com cerca de 1600 doentes”, em 1940. Outros recursos adotados foram “o cinema, o rádio (rede de autofalantes em toda a Colônia), os esportes – futebol, basquete, voleibol, peteca, etc. – e as artes aplicadas, inclusive a pintura (Venancio e Cassilia, 2007, p.06).

Entre as décadas de 1941-1954, as políticas adotadas pelo então diretor do SNDM, Adauto Botelho, para a agora denominada de Colônia Juliano Moreira (C.J.M) levaram à ampliação da estrutura física. No período foi criado o pavilhão de tisiologia Nossa Senhora dos Remédios, que trataria da tuberculose, uma vez que fora verificado o elevado número de casos dessa doença na instituição (Maciel, Venancio, Zilli e Monnerat, 2008, p.2).

Assim, a assistência psiquiátrica na instituição fora inaugurada tendo como foco uma visão orgânica do paciente, o que levava a um investimento maior no estudo dos casos clínicos e no levantamento dos tratamentos a serem empregados. A partir da década de 1940, passou a estar centrada em ações socializantes, que se desdobraram na construção do clube, do cinema, do rádio por autofalantes, da igreja, do parque infantil e da escola, por exemplo (Venancio e Cassilia, 2007).

Foi nesse momento, por outro lado, que percebe-se a elevação do número de leitos na C.J.M, com o aumento do fluxo de internos para o local. Se na década de 1920 o total de ingressantes foi de 122 pacientes do sexo masculino, deram entrada na década posterior 1.602 pacientes, enquanto que em 1940 o número passou para 2.805. Dez anos depois, entretanto, esse número reduziu para 1.054 ingressantes.

Assim, em 1941, o SNDM previu um aumento dos leitos hospitalares da instituição, com um bloco médico e quatro núcleos coloniais com o mínimo de 600 leitos cada um, que de fato acabaram por se concretizar. Foram construídos o Bloco Médico-Cirúrgico Álvaro Ramos, o Pavilhão de Tisiologia; a Clínica Psicocirúrgica Egaz Muniz; dois pavilhões para adolescentes; dois pavilhões para alcoolistas; novas residências para o tratamento hetero familiar e para o diretor; novo necrotério; Núcleo Teixeira Brandão; centro desportivo, entre outras (Venancio, dez. 2011, p. 47).

O número de leitos, nos anos 1940 aumentou, enquanto que a partir da década seguinte o predomínio dos investimentos no setor público entrava em declínio (Sampaio *apud* Oliveira, 2004, p.63). Tal crescimento se justifica pelo fato de a C.J.M ter permanecido como o maior centro de atenção psiquiátrica voltado para a assistência a crônicos. Ali chegavam internos que se enquadravam entre os trabalhadores rurais e aqueles que não dispunham de uma assistência previdenciária, os “sobrantes de todo gênero” (Sampaio *apud* Oliveira, 2004, p.63).

Em junho de 1950, a escritora Dinah Silveira Queiroz visitou a Colônia, escrevendo em seguida uma crônica sobre suas impressões para o jornal *A Manhã*, intitulada “Café da manhã na fazenda da angústia”. Por meio de sua crônica, somos informados que ali viviam quatro mil internos, e que no momento de sua visita, havia uma exposição de pintura – “A Primeira Exposição de Pintura e Arte Feminina”, bem como uma exposição de trabalhos com crochê, que causavam “pasma tamanha perfeição”. Assim, ela nos descreve que, em 1950, a Colônia já desenvolvia diversas atividades de Terapia Ocupacional (*apud* Mattei, 2000).

A escritora havia presenciado a mesma exposição levada para o I Congresso Mundial de Psiquiatria, em Paris, e que era constituída por 236 pinturas da coleção do Dr. Heitor Peres⁸¹, diretor da Colônia, da Seção de Terapêutica Ocupacional dirigida por Nise da Silveira. Também compunham a mostra telas da coleção particular de Osório César e Mário Yahn (Andriolo, 2003; Silveira, 1992). O intuito de seus organizadores era o de mostrar ao grande público que o doente mental não era “uma ruína humana como geralmente se pensa e que eram capazes de um esforço criador. Nessa época a maioria das pinturas ali produzidas representavam paisagens da colônia e suas cercanias, realizadas ao ar livre” (Mello, s/d).

A partir desse período, como vimos no segundo capítulo, com Aduino Botelho, um novo discurso psiquiátrico vinha ganhando força no país. Embasado nas experiências de fracasso dos hospitais-colônias, buscava-se mais uma vez a saída para transformá-los em centros de cura e de saúde, de acordo com a ampliação, no final dos anos de 1950, dos conceitos de saúde/doença mental. Porém, os Hospitais-Colônia continuaram a ser construídos e a política assistencial permaneceu focada nessas instituições.

As propostas demandavam mudanças no ensino da especialidade psiquiátrica, bem como da formação de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (Maia, 1961, p.6). No entanto, ao mesmo tempo em que se construíam teoricamente as novas noções, que se desdobravam em práticas acadêmicas e debates, a década foi também ponto de grandes embates. Confrontos esses causados primordialmente por causa do aumento de demanda, das crises dos hospitais psiquiátricos públicos e do aumento do predomínio do setor privado na área da psiquiatria, a exemplo do que ocorria com o setor da saúde como um todo.

3.2 A Colônia Juliano Moreira: números na ditadura

No documento expedido em 1966 pelo então Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Jurandyr Manfredini para o presidente da Associação de Bem-Estar do Menor, Mário Altenfelder, o primeiro informava sobre a superlotação da Colônia Juliano Moreira, destinada à “crônicos e irrecuperáveis”. O diretor respondia a um pedido feito por Altenfelder para que fosse encaminhado alguns adolescentes, aquele

⁸¹Heitor Peres esteve na direção da Colônia Juliano Moreira entre 1946 até 1953.

propõe como solução emergencial a transferência de oito pacientes por mês, que deveriam ser apresentados ao diretor do Centro Psiquiátrico Pedro II, que, por sua vez, os encaminharia à Colônia Juliano Moreira por meio de seu Pronto-Socorro Psiquiátrico (Dinsam, 1966, s/p). Assim, durante a ditadura, a Colônia continuava superlotada e era utilizada para o atendimento dos crônicos, sendo responsável por esse grupo em toda a rede pública do Estado da Guanabara.

O perfil dos pacientes indica também que o modelo de recuperação não havia sido alcançado, e que aqueles que adentravam a Colônia continuavam a se constituir como o rebotinho à margem da Previdência Social, como doentes há tempo demais para estarem aptos ao sistema previdenciário, ligado às categorias de trabalho. Não estando vinculados aos IAPs, os pacientes tampouco contribuíam com sua internação, fazendo com que a colônia dependesse unicamente do dinheiro da União, o que acabava por resultar na falta de recursos.

De fato, o interesse econômico é apontado por Cerqueira (1984) como o fator que mais contribuiu para a degradação dos hospitais. Já que o asilo era sinalizado pela burocracia estatal articulada aos interesses empresariais como instituição reabilitadora por excelência. A única forma de terapêutica estava diretamente ligada a essa estrutura e, conseqüentemente, os internos ficavam submetidos a uma assistência hospitalocêntrica.

De tal maneira que, apesar de todo o movimento de inovação que fora construído na década de 1950, após o início da ditadura na década de 1960, a C.J.M deixara de por em ação qualquer filosofia assistencial que considerasse o interno dentro do seu contexto familiar e sociocultural, ou que pensasse a internação como propósito para o retorno do indivíduo a sua vida cotidiana. Pelo contrário: a instituição não oferecia um programa de diagnóstico ou tratamento precoce, reabilitação ou prevenção (Brasil, 1973).

Para exemplificar o panorama da situação dos hospitais psiquiátricos públicos e privados antes e depois da inserção da Dinsam na “diretriz” da saúde mental, é importante considerar que os leitos psiquiátricos públicos haviam estagnado em sua quantidade, enquanto os leitos da rede privada haviam tido um expressivo aumento desde a segunda metade dos anos de 1960. Esse aumento se expressa mais visivelmente a longo prazo. Em 1941, os leitos particulares eram 3.034; em 1975 passaram a ser 55.670; já os leitos “oficiais” eram 21.079; e passaram a ser 22.603 (Botelho, 1943 apud Piccinini, jun. 2004). Ou seja, houve um aumento pouco expressivo dos leitos públicos

em comparação com aqueles da rede privada. Com esses dados reforçamos a análise feita no tópico anterior (segundo capítulo) acerca da monopolização dos serviços psiquiátricos por parte dos empresários de saúde.

Porém, não estamos aqui afirmando que a prática não foi denunciada e combatida na época - tanto foi que o coordenador da Saúde Mental do estado de São Paulo, Luiz Cerqueira, perderia o cargo em 1974 por incomodar os empresários paulistas pelas críticas feitas ao sistema vigente (Piccinini, jun. 2004, s/p). Aliás, é o próprio Luiz Cerqueira (1984, p.72) que nos informa sobre o fato de que entre os 211 hospitais psiquiátricos em 1968, 57 eram públicos ou “oficiais” e 154 eram particulares. Informa-nos ainda que neles se encontravam internados 73.382 internos. Comparativamente, Cerqueira nos recorda ainda que em 1965 havia um total de 61.318 internos. Ou seja, o crescimento dos internos no período de três anos havia sido de aproximadamente 16,5%, ou 112%, caso se considere as referências do ano de 1955.

Em 31 de dezembro de 1967, a Colônia Juliano Moreira, então sob a gestão do Serviço Nacional de Doenças Mentais, abrigava 4.923 internos, ficando atrás apenas do Hospital e Colônias Juqueri (13.637) e da Colônia de Barbacena (5.103). A assistência pública, portanto, continuava centrada em macro-hospitais, instituições que detinham todas as etapas da assistência e do cuidado com o louco. Um dos motivos para tanto era o fato de que o tratamento em tais hospitais tinha baixo “custo operacional” (Cerqueira, 1984, p. 73). Quanto maior a instituição asilar, menores eram os custos para sua gestão. Um dos fatores que contribuía para o baixo custo era o grande número de internos assistidos por um único médico.

Tal escolha tinha um impacto negativo no tratamento, já que o crescimento da população não era acompanhado pelo dos seus profissionais (Cerqueira, 1984, p. 74). A população hospitalar da Colônia Juliano Moreira, por exemplo, registrou aumento de 1225 internos entre 1950 e 1967. Não foi possível, entretanto, precisar quantos leitos dispunha a instituição. Ponderamos, entretanto, que o objetivo aqui é demonstrar o crescimento populacional na C.J.M no recorte de dezessete anos. Luis Cerqueira nos informa que esse aumento foi exponencial em comparação com o que ocorreu posteriormente (a estagnação desse aumento, ou um aumento pouco expressivo frente ao crescimento dos leitos privados).

Colônia Juliano Moreira, Jacarepaguá, Rio-SNDM

ANO	Doentes 31.12	Readmissões s/ Admissões	Renovação anual	Taxa óbito	TMP–Tempo Médio de Permanência (dias)
1950	3.698	142:100	0,45	19,1	801
1955	3.745	179:100	0,50	17,9	694
1960	4.123	200:100	0,40	19,5	865
1965	4.553	255:100	0,50	8,6	732
1966	4.672	254:100	0,50	9,8	681
1967	4.923	225:100	0,50	10,7	877

(Fonte: SNDM *apud* Cerqueira, 1984, p. 76)

A superpopulação teve como contrapartida um aumento substancial nos óbitos em fins da década de 1960. Na Colônia, o número de mortes era três vezes maior do que em qualquer outro hospital para crônicos no país (Cerqueira, 1984, p.78) causados, pelo menos em grande parte, pela incapacidade do pequeno número de profissionais para reabilitar os pacientes ou, ao menos, mantê-los saudáveis, mesmo que fisicamente.

Tal fato ganha visibilidade quando se analisa o tempo médio de permanência: enquanto que em 1967, o tempo médio de permanência nos hospitais particulares era de 153 dias e na assistência pública geral era de 166 dias; na Colônia Juliano Moreira, esse número subia para 877 dias, o que condiz com sua configuração como instituição para internos crônicos. No entanto, é preciso ressaltar o número de indivíduos oficialmente cronificados na instituição: em 1967 eram 4.923 internos enquanto que o número total de internos crônicos na rede pública era de 7.298.

Assim, a Colônia se tornou notadamente a instituição pública com o maior número de crônicos, já que apenas ela representava mais da metade dos internos crônicos de toda rede psiquiátrica pública do país, levando cerca de dois anos para a renovação de seus internos (Cerqueira, 1984, p. 78).

Outra característica da Colônia era o fato de possuir um elevado número de readmissões – duzentos e vinte e cinco para cada cem primeiras admissões, em 1967.

Segundo Luiz Cerqueira (1984), o índice de renovação anual⁸² de um hospital para não ser considerado um hospital de crônicos deveria ser de quatro vezes por ano, e a Colônia teria sua renovação de 0,5%:

“Renovação de 2,3 vezes por ano no hospital particular, e de 2,2 no oficial (0,5 – meia vez por ano - na Colônia). Para nós o hospital que não se renova quatro vezes por ano passa a ser hospital de crônicos (...) (Cerqueira, 1984, p.78).

Cerqueira acreditava que enquanto os hospitais particulares estivessem recebendo apoio financeiro do INPS para internação integral por tempo indeterminado não seria possível uma mudança eficaz na estrutura, na “reabilitação” da Colônia ou de seus crônicos. Para este autor, enquanto se mantivesse o esquema de financiamento da previdência para o tratamento de seus beneficiários não haveria políticas assistenciais consistentes para a eliminação concreta da estrutura mercadológica instaurada. (Cerqueira, 1984, pag.78)

E, de fato, como resultado de anos de pouco investimento, na década de 1970, a colônia acabou por ser reconhecida como uma “casa de horrores” (Milagres, 2002, p. 47). Mas apenas nos anos 80 foram iniciadas mudanças institucionais para superar essa situação.

3.3 A Colônia Juliano Moreira e a Dinsam

Como vimos, a Colônia Juliano Moreira tornou-se uma instituição psiquiátrica voltada para o tratamento de crônicos, o que significa dizer que esteve sob sua responsabilidade o tratamento de internos que demandavam um longo tempo de recuperação ou passavam a ser considerados incuráveis. Na década de 1970, continuou a competir à Colônia Juliano Moreira “internar e assistir pacientes crônicos e psiquiátricos de ambos os sexos, sobretudo os que possam ser beneficiados pela praxiterapia” (Dinsam, 1970, p.01).

A administração dos serviços prestados na área psiquiátrica, incluindo aí a Colônia Juliano Moreira, ficou a cargo da Dinsam desde que este órgão foi criado em substituição ao SNDM, pelo Decreto 66.623, no ano de 1970. Assim, no regimento interno da instituição, encontramos a informação de que ele tinha por finalidade o planejamento, a coordenação e a fiscalização dos serviços de assistência e reabilitação

⁸² Este cálculo é feito pelo número de saídas, altas+transferências+óbitos, no ano e dividido pelo nº de internos que estão no hospital no final do ano. Este cálculo dá uma ideia do tempo médio de permanência dos doentes.

de psicopatas e também os serviços de higiene mental. Estabelecia, igualmente, normas e padronização para os serviços prestados à assistência de saúde mental. No que diz respeito especificamente à Colônia, a Dinsam passava a coordenar atividades supletivas de setores da Colônia Juliano Moreira, tais como: Bloco Médico Cirúrgico Álvaro Ramos (BMCAR), Seção de Praxiterapia (S.P.), Farmácia, Núcleo Rodrigues Caldas (N.R.C), Núcleo Ulisses Viana (N.U.V), Núcleo Franco da Rocha (N.F.R), Núcleo Teixeira Brandão (N.T.B), Administração e Secretaria (idem).

As denúncias de Cerqueira (1984) que alertavam sobre os problemas advindos desde meados da década de 1960 se comprovam no “Levantamento Estatístico do Número de Estabelecimentos Psiquiátricos Públicos e Particulares do Estado da Guanabara de 1972”. (Dinsam, 1972, cx.472). Os números relativos às admissões apresentadas pelos dados demonstram que 8.998 de internos deram entrada nos hospitais particulares em 1970, enquanto que as admissões nos hospitais públicos registrado foram de 7.346 internos, dados que revelam um maior número de admissões de internos na rede privada.

Total de admissões do Estado da Guanabara, em 31/12/1970

Admissões	Público	Privado	Total
31/12/1970	7346	8998	16144

(Dinsam, 1971)

Já na comparação do total de internos entre 31/12/1970 e 31/12/1971, não houve um aumento significativo, uma vez que o crescimento do total de internos entre os anos foi de apenas 137 pacientes. Mas, apesar do fato de os hospitais privados disporem de um menor número de leitos em comparação com o público, os primeiros apresentam maior número de admissões, como mostra a tabela.

Total de leitos do Estado da Guanabara, em 1970 e 1971

Leitos (do Estado da Guanabara)	Público	Privado	Total
31/12/1970	7082	4525	11607
31/12/1971	7152	4592	11744

(Dinsam, 1971,)

O total de leitos da rede privada em 1972 somavam 6.329 vagas. Além dos leitos das fundações privadas, termo usado no relatório, um dos exemplos citados é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara, que dispunha de um total de 30 vagas, enquanto que eram 14.173 os leitos psiquiátricos no Estado da Guanabara no período (Dinsam, 1972, cx.472).

Nesse levantamento estatístico do número de estabelecimentos psiquiátricos públicos e particulares do estado da Guanabara de 1972, a Colônia Juliano Moreira disparava como instituição com o maior número de leitos. Assim, enquanto ela apresentava um total de 5.062 vagas, o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho possuía 142, o Hospital Pinel 220 e o Centro Psiquiátrico Pedro II, composto pelo Instituto Professor Adauto Botelho (540); Hospital Odilon Galloti (577); Hospital Gustavo Riedel (360); Hospital Neuro-Psiquiátrico Infantil (125); e o Bloco Médico cirúrgico (380), contabilizava o total de 1.982 leitos. Assim, do total dos 7.814 leitos da rede federal do estado da Guanabara, que contava ainda com hospitais das Forças Armadas e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, mais de cinco mil pertenciam à C.J.M. O número nos dá também a dimensão física gigantesca da instituição.

Mas não é só do grande número de leitos que se pressupõe a elevada quantidade de internos que vivia a Colônia. No relatório anual da Colônia Juliano Moreira para à Dinsam de 1971, produzido no ano seguinte, o então diretor da instituição, Carlos Nepomuceno⁸³, apresentava informações acerca das atividades lá praticadas. Também citava as dificuldades apresentadas no decorrer do ano, além das perspectivas para o seguinte.

“Apesar de toda sorte de dificuldades, quais sejam, a escassez de pessoal técnico e habilitado e a exiguidade das verbas para adquirirmos material de praxiterapia, conseguimos manter em trabalho permanente cerca de 1000 pacientes, sobrelevando-se o trabalho dos mesmos, nos setores: agrícola, costura, pecuária, conservação em geral e artesanato” (Dinsam, 1972, cx.579).

Quanto aos planos para o ano de 1972, Nepomuceno afirmava então que a prioridade era incrementar o setor de produção de produtos manufaturados como a fabricação de tijolos para as obras da Divisão e a fabricação de colchões para suprir as necessidades da instituição. Indicava também a necessidade de incrementar o setor agropecuário, de modo a permitir que a instituição se tornasse autossuficiente, o que,

⁸³ Carlos Nepomuceno foi um dos diretores da Colônia, exercendo cargo de 20 de maio de 1962 até maio de 1972.

devido aos entraves burocráticos não fora ainda implementado. No relatório, o diretor da instituição pedia ajuda para suprimir tais empecilhos.

O relatório de 1973, referente ao ano de 1972, apresenta novos esforços da direção: nele são listadas várias reformas que deveriam ser empreendidas (umas ainda em estágio de avaliação e planejamento; outras que já possuíam recursos disponibilizados). Somos então informados que estavam por ser feitas reformas de banheiros dos diferentes setores, recolocação de vidros, substituição de portas ou fechaduras, reparos nos pisos, entre outros. Além de listar os pequenos reparos que estavam a caminho, a instituição informava da necessidade de reformas básicas na estrutura do prédio no núcleo Teixeira Brandão, no pavilhão Sampaio Correa, no pavilhão de Convênio Feminino, no núcleo Franco da Rocha, no Ulisses Vianna, no pavilhão Adib Jabour, no núcleo Rodrigues Caldas, no pavilhão Viana do Castelo e no edifício Sede.

Quanto ao trabalho dos internos com tijolos, colchões e na agropecuária, o relatório deixa-nos sem saber se estavam sendo praticados, e se, de fato, haviam alcançado a autossuficiência desejada. Tampouco esclarece se as práticas terapêuticas continuavam sendo efetuadas na instituição e quais seriam.

Quanto ao movimento dos internos na instituição no ano de 1972, o relatório apresenta um número de entradas e de saídas díspares, de forma que, se em um mês o número de ingressantes é maior do que o de egressos nos meses seguintes, o caso se inverte. Tais dados, porém, não nos permite avaliar a existência ou não de superlotação na instituição, já que o relatório também não informa quantos leitos dispunha a instituição naquele momento. Quanto ao número total de internos no início do ano de 1972 em comparação com o número apresentado no final do mês de novembro o crescimento não é significativo.

Movimento de Internações na C.J.M no período de janeiro a novembro 1972

Mês	Entradas	Saídas	Total
Janeiro	361	230	5159
Fevereiro	253	221	5191
Março	249	236	5204
Abril	162	214	5152
Mai	200	221	5131
Junho	163	215	5084
Julho	214	215	5083
Agosto	191	206	5068
Setembro	224	220	5072
Outubro	209	213	5062
Novembro	206	216	5058

Em 25 de setembro daquele ano de 1972 fora apresentado um plano para o então diretor da Dinsam, Hamilton Sequeira, que propunha a transformação da Colônia Juliano Moreira em Hospital Regional. A ideia era de que a instituição passaria a atender uma determinada região do Rio de Janeiro e “teria como finalidade não só internar pacientes crônicos advindos dos outros órgãos da Dinsam, como também absorver os crônicos decorrentes do seu próprio atendimento psiquiátrico global. Era proposto ainda que a colônia oferecesse completa assistência psiquiátrica a toda a população do Grande Rio (Hospital Regional)” (Dinsam, 1973, cx.579). Mas para que tal empreendimento fosse colocado em prática, seria necessário criar algumas novas formas de atendimento para atender à nova demanda que seria formada. Para tanto, parte da estrutura já existente seria destinada ou adaptada para a nova proposta, como será apresentado a seguir.

O Pronto Socorro Psiquiátrico, voltado para as emergências psiquiátricas, garantiria atendimento nas dependências da instituição a todos pacientes lá internados; J o atendimento externo por sua vez seria destinado à população da área de atendimento. A Clínica Egas Moniz seria adaptada e reformada para servir como instalação voltada para esses atendimentos emergenciais. E, para o funcionamento do serviço proposto, necessitariam de “acadêmicos, que poderiam ser admitidos como bolsistas; e de pessoal auxiliar, que poderia ser recrutado entre os funcionários da Dinsam. Tal quadro poderia ser complementado se necessário, coma a contratação de colaboradores pela Campanha Nacional de Saúde Mental” (Dinsam, 1973, cx. 579).

Os ambulatórios atenderiam pacientes externos e os egressos da Colônia “que ao obterem alta, seriam neles matriculados e mantidos sob controle médico, impedindo assim que continue a reinternação quase total dos pacientes com alta ou licença experimental, atualmente observada.”. O ambulatório seria instalado no Instituto Mário Pinotti, onde obras de ampliação deveriam ser feitas. Quanto ao corpo médico, seria necessário dispor de quatro médicos, além de enfermeiros. Estes “seriam recrutados dos quadros da Dinsam, entre os que se encontram lotados nos diversos ambulatórios da rede de hospitais estaduais e que deixariam de ser necessários, visto a nos propormos a atender a população que se serve daqueles hospitais.” (Dinsam, 1973, cx.573).

Ainda, um serviço de internação seria criado para casos considerados agudos. O núcleo Ulisses Viana serviria para os do sexo masculino, enquanto o núcleo Teixeira

Brandão seria voltado para os pacientes do sexo feminino. Ambos deveriam ser adaptados e reformados. A ampliação seria de acordo com a diminuição da lotação dos crônicos, que “iriam gradativamente se transformando em serviço de agudos. Pessoal e instalações aproveitaríamos o que temos e o reforço necessário, seria recrutado nos quadros da Dinsam” (Dinsam, 1973, cx. 579).

Já o hospital-Dia seria instalado nas dependências do Instituto Mário Pinotti, assim como os ambulatórios. “O Mário Pinotti, a nosso ver, conta com boas instalações, que com pequenos reparos daria um Hospital-Dia funcional. Já contamos com boa cozinha, refeitórios, oficinas de pintura, vime, tipografia, escultura, sapataria, recreação”. Assim, aqui obtém-se a informação de que na instituição existiam à disposição dos internos diversas oficinas, que aparentemente funcionavam de maneira adequada. No entanto, não se sabe quantos crônicos usufruíam de tais práticas terapêuticas. Quanto a corpo técnico, seriam aproveitados os servidores que ali trabalhavam.

No que tange o Serviço de Adolescentes, somos informados de que estes contavam, em 1972, com dois pavilhões, o Ulisses Pernambucano e o Adib Jabour, com capacidade para cem leitos, “únicos serviços oficiais na Guanabara que atendem à demanda de internações de uma população de mais de sete milhões de habitantes do Grande Rio” (Dinsam, 1973, cx.579). Ou seja, a C.J.M tinha planos de ampliação no atendimento psiquiátrico, mas isso dependeria novamente de investimentos e adaptações na estrutura manicomial pela União. E como estava submetida à Dinsam e aos repasses de verbas do Ministério da Saúde, dependia diretamente da liberação para as obras serem realizadas, e ainda das reformas, para que o plano fosse colocado em prática.

Nas pesquisas realizadas, o documento com o pedido da mudança foi encontrado, mas a resposta da Dinsam ao pedido feito não foi localizado, não permitindo saber se o projeto foi levado à frente. Mas no ano seguinte, no relatório, essas novas instalações e estruturas não são citadas, o que faz supor que não tenham sido levadas adiante, pelo menos naquele momento. Suposição reiterada pelo Relatório de 1973 entre maio e dezembro (*História da Colônia*, 1973,cx. 535), que informava mudanças distintas das propostas acima.

Em vez das inovações apresentadas no relatório anterior, o relatório denuncia a triste situação em que se encontrava a estrutura física da Colônia, e seu reflexo direto para os pacientes. Isso transparece em relatos advindos do setor de nutrição e dietética,

por exemplo, elaborados pelos nutricionistas responsáveis, elaborados a pedido da nutricionista-chefe da Colônia e associados à “sub-coordenação de alimentação e dispensa geral”. Os relatos, datados de maio de 1973 (Dinsam, 1973, cx.535), relatam as dificuldades que se apresentam para a execução do trabalho.

Entre as queixas apresentadas, vemos um cenário de empilhamento de alimentos, já que relatos apontam que a “despensa pequena em relação ao volume de produtos que recebem e há prateleiras quebradas” no Pavilhão Sampaio Corrêa. O relatório informa também acerca de infiltrações, pisos danificados, fossos abertos próximos a essa despensa, “o que causa odores desagradáveis” (Dinsam, 1973, cx.535).

Além disso, o documento relata que o refeitório dos pacientes possuía ralos sem tampas e entupidos, e as paredes precisavam de alguns azulejos. Quanto ao refeitório de funcionários, faltavam cadeiras em boas condições para uso. O relatório reclama também do “fluxo de pacientes” naquele refeitório, que segundo o mesmo, atrapalhavam o serviço (Dinsam, 1973, cx.535).

A sala da nutricionista, Mareta Fonseca Vieira (que assina o documento), não possuía ventilação, e as paredes estavam infiltradas, causando mau cheiro. A falta de ventilação é um tema recorrente nos relatórios, aliás, sendo responsabilizada também pelo precoce amadurecimento de alimentos perecíveis.

A nutricionista reivindicava por um fogão com serpentina, por um latão para coleta de resíduos “sem furo”, por uma geladeira em boas condições “já que a que lá estava foi danificada pelos ratos”, por mais canecas e colheres para os pacientes, “pois as que possuem são em número insuficiente para atender a demanda” e, ainda, pelo aumento na quantidade de material de limpeza, já que os “disponibilizados não são suficientes para suprir o contingente” (Dinsam, 1973, cx.535).

O documento ressalta também a infestação de ratos, já que “mesmo com o uso de raticida não se consegue eliminá-los”, o que fazia com que eles acabassem “danificando gêneros alimentícios”, especialmente “na despensa” do pavilhão Sampaio Corrêa (Dinsam, 1973, cx.535).

Outras solicitações que nos dão um panorama da situação da colônia, era a queixa de falta de pessoal. Segundo o mesmo documento, “os pacientes melhorados são colocados para fazerem o serviço” por falta de pessoal; a distribuição entre os setores também foi criticada, já que nessa distribuição ocorriam “desvios de alimentos”, perda por causa dos “sacos que rasgam, ocasionando a perda dos alimentos”, e ainda os “alimentos estragam devido a demora na entrega e também o transporte feito de forma

inadequada”, com veículos avariados e sem condição de armazenamento adequada (Dinsam, 1973, cx.535).

O documento reivindica, ainda, ramais telefônicos, manutenção na rede elétrica, além de reclamar por causa de portas sem fechaduras, banheiros sem descargas, painéis de pressão entupidas, moedor de carnes e descascador de legumes com defeito, entre outros (Dinsam, 1973, cx.535).

As queixas apresentadas parecem um reflexo do que se passava nos demais núcleos. A infestação de ratos era acompanhada também da de baratas, como informa o relatório do Edifício “Sede” de 13 de junho de 1973. Também no relatório do diretor da instituição à Dinsam (*História da Colônia*, 1973), são mostradas dificuldades semelhantes às de outros núcleos. Neste relatório anual, são apresentadas algumas medidas que estariam sendo elaboradas pela subcoordenadoria para a melhoria das instalações. Ao mesmo tempo, como índices “muito positivos” dessas medidas, o relatório cita apenas a “redução [d]e custos na melhoria do cardápio quali e quantitativamente. A redução dos custos foi então expressa como de vinte por cento de economia nos gastos” (*História da Colônia*, 1973).

O relatório de 1973, elaborado pela então diretora Maria Izabel Correa da Costa⁸⁴, que assumiu o cargo em julho daquele ano como diretora substituta, traz um paralelo entre o ocorreu até sua entrada e as mudanças empreendidas após sua entrada. É porque sua gestão teve início em julho, aliás, que o relatório cobre o período de maio a dezembro, (*História da Colônia*, 1973). Assim, Correa da Costa relata que a organização administrativa da Colônia – diretor, administrador, chefe da secretaria, chefia de núcleos, responsáveis pelos pavilhões, zeladores, inspetores, farmácia, laboratório, oficina, nutrição – era desorganizada, havia carência de um setor de comunicação eficaz, já que o mesmo só funcionava enquanto protocolo. Conforme aponta, não possuía, na verdade, qualquer controle nos deslocamentos dos papéis; o setor de material não se pautava na logística dos materiais, mas somente na armazenagem dos mesmos, como um almoxarifado; o setor de pessoal frequentemente não catalogava e fichava os aspectos da vida trabalhista dos funcionários, mas guardavam os dados na memória; finalmente, havia servidores sem qualificação para os serviços por eles executados.

⁸⁴ Maria Izabel Correa da Costa foi diretora substituta da Colônia Juliano Moreira. Não foi possível estabelecer quando ela deixou o cargo.

Com a instalação da Ordem de Serviço 8/73 (Dinsam, 1973, cx.535), foi adotada uma nova estrutura administrativa de forma experimental, a Coordenação Administrativa, ligada à Diretoria da Colônia Juliano Moreira. Os trabalhos foram setorizados através das sub-coordenadorias, o que, segundo o Relatório de Correa da Costa (*História da Colônia*, 1973) teria facilitado os trabalhos ali desenvolvidos, permitindo maior controle e, conseqüentemente, maior rendimento. “Esse planejamento já vem sendo aplicado e seus resultados são animadores, apesar das dificuldades existentes, tais como, a total desorganização que existia, a carência de pessoal habilitado e a deficiência de recursos materiais”.

O relatório apresenta os benefícios alcançados com a instalação da estrutura citada. A transferência do Gabinete do Diretor para o andar superior fez com que este ficasse mais isolado, permitindo ao encarregado do cargo “realizar seu trabalho com maior privacidade”. Já a instalação do gabinete do Coordenador com uma secretária; a instalação de subcoordenadorias, como a de Assuntos Administrativos, responsável pelo setor de Pessoal, Material, Comunicações e Execução Orçamentária e Financeira, instaladas da forma contígua. No entanto, é ressaltada mais uma vez a dificuldade de pessoal não preparado para a execução dos trabalhos. (*História da Colônia*, 1973).

O setor de costura passou para o Edifício Mário Pinotti, e onde este se encontrava, no Edifício Sede, foi instalado o arquivo, que está lá até hoje. O setor de produção, segundo o Relatório, vinha sofrendo intensa expansão, como por exemplo, a recuperação das dependências “no sentido de humanização do local de trabalho” (*História da Colônia*, 1973).

No setor de “Manutenção e Reparos”, a carpintaria teve seu trabalho ampliado e ainda passou a cobrir outros reparos na Colônia, como nos telhados, nas portas e janelas; segundo o relatório, foram recuperadas setecentas e vinte e quatro camas que haviam sido consideradas anteriormente como imprestáveis; no setor de eletricidade, quarenta e oito esterilizadores foram recuperados, assim como chuveiros e motores. No setor de serralheria, foram recuperados três caldeiras e dois fogões, além das manutenções cotidianas. O Setor de Bombeiro Hidráulico, devido ao estado caótico da rede de esgoto e da água, não conseguiu atender a demanda da Instituição (*História da Colônia*, 1973).

O relatório apresenta, ainda, informações acerca das “oficinas de autos”, que haviam sido limpas, tendo sido retirados os automóveis sucateados. Finalmente, era ressaltado no relatório que os trabalhadores de todos os setores teriam sido distribuídos

conforme suas especializações, com carga horária definida e controle de produtividade (*História da Colônia*, 1973).

Na situação que a diretora chamava de anterior, até a sua posse, segundo os dados coletados por sua equipe em maio do mesmo ano, havia cinco mil internos para um total de quarenta e dois médicos, sendo vinte psiquiatras e os outros vinte e dois médicos (distribuídos entre clínicos, cirurgiões, radiologistas, oftalmologistas e laboratoristas); havia ainda quatro enfermeiros, quatorze dentistas, nove nutricionistas, um farmacêutico e nenhum psicólogo (*História da Colônia*, 1973). De acordo com o relatório, esses técnicos precisavam ainda de uma coordenação com planejamento e controle, uma vez que suas ações estavam dispersas nas diferentes núcleos, e a coordenadoria não tinha controle sobre suas práticas.

Quanto aos pacientes, o relatório impressiona: a diretora afirmava então ao Dinsam que não era possível conhecer a real situação dos internos pela falta de prontuários e pela ausência de um serviço de estatística médica. Ainda assim, o relatório aponta que o aspecto físico deles era deprimente e que os óbitos caracterizavam a forma de se libertarem da situação degradante que viviam.

“O doente da Colônia Juliano Moreira era um paciente com perspectivas sombrias, onde o óbito representava alta. Vagando em rumo definido embrenhando-se nos matagais existentes, perambulando pelas vias públicas qual fantasmas de sub-mundo desconhecidos, ou, então, contido pelos muros dos pavilhões e núcleos, submetido a uma inércia altamente deteriorante nada esperava daqueles que assumiram o compromisso de tudo fazerem para minorar-lhes o sofrimento” (*História da Colônia*, 1973).

A diretora, Maria Izabel, então traçava as diretrizes para solucionar os problemas apresentados. Para tal, nos diz o mesmo relatório, havia sido instaurada uma Coordenação de Reabilitação para cuidar das diferentes etapas de reabilitação, como o planejamento, coordenação, controle e avaliação dos programas de reabilitação. A assistência médica iria, ainda segundo o relatório, contar também com uma Coordenação Médico-Assistencial, que teria como objetivo básico a recuperação do equilíbrio psíquico-físico do paciente. Finalmente, havia sido instituída na entrada e saída de pacientes uma triagem, composta por um psiquiatra e um assistente social. (*História da Colônia*, 1973).

Outros setores, como o de produção e manutenção patrimonial e segurança interna aparecem como tendo projetos de reforma em execução ou encaminhados, no aguardo de execução. Quanto ao setor agrícola, que deveria exercer uma das funções

terapêuticas da instituição, a diretora substituta afirmava no relatório que não havia sido formulado um novo projeto para ele. Diz ainda que ele “será objeto de um plano especial e aguarda a posse do novo responsável (...) (quando) serão canalizados recursos capazes de atender o plano de reabilitação de pacientes” (*História da Colônia*, 1973).

No relatório referente ao ano de 1973 da Colônia ainda revela-se que, para uma lotação média de 4.700 pacientes, as médias gerais foram de duzentos e quarenta (correspondendo 5,1%) altas, as licenças foram de cento e oitenta (3,8%), as evasões de 1284 (27,3%) e duzentos e setenta e seis óbitos no ano (5,8%), constituindo uma redução de duzentos e vinte e oito mortes para vinte e três por mês (*História da Colônia*, 1973). No entanto, esse relatório aponta que a instituição passou por mudanças significativas que se refletem na redução da taxa de mortalidade da Colônia.

Assim, embora sem questionar a viabilidade de uma estrutura como a Colônia, o relatório do segundo semestre de 1973 estabelece uma crítica contundente ao modelo clínico, físico e administrativo que vinha sendo ali utilizado. Por outro lado, os dados apresentados demonstram os fatores políticos presentes, já que como diretora substituta, seu relatório anual (vale lembrar que ela não ficou todo o ano na instituição e logo deixou o cargo), enfatiza os dados positivos de sua administração, para que ela não fosse responsabilizada por contribuir com a degradação da instituição. “Convém, entretanto, ressaltar que as ações desencadeadas refletem apenas seis meses de atuação, contando com os mesmos recursos humanos, materiais e financeiros de que a Colônia dispunha, anteriormente” (*História da Colônia*, 1973).

No Boletim Informativo de nº 03 de novembro de 1973, do Centro de Estudos da Colônia Juliano Moreira (Dinsam, nov. 1973), está relatada a comemoração do Dia do Médico, que ocorreu na sede do Centro, com a participação dos médicos-psiquiatras da instituição e, entre eles, a diretora da instituição. “Usando da palavra, a Sra. Diretora da Colônia Juliano Moreira, Dra. Maria Izabel Corrêa da Costa falou do seu plano de trabalho naquele hospital com vistas a diminuição do Leito Hospitalar” (Dinsam, nov. 1973). O Boletim informa que ela foi muito aplaudida. Só não se sabe se foi por que compartilhavam do ideal de redução dos leitos psiquiátricos ou se por educação.

Já em relação à forma assistencial extra-hospitalar, vale frisar que naquele mesmo ano havia ocorrido o I Encontro Regional Sul e Sudeste do Brasil de Técnicos em Saúde Mental, organizado pela Dinsam entre 06 a 08 de setembro, esse Encontro

teve como diretor o Dr. Hamilton Sequeira⁸⁵. Naquele encontro, foi defendido coletivamente entre outras coisas, que os serviços extra-hospitalares deveriam ser prioritários na assistência à saúde mental. A *Declaração de Florianópolis*, elaborada na ocasião, indicava que a psiquiatria comunitária deveria se tornar instrumento legal para o tratamento dos doentes mentais, mas para que isso ocorresse, a integração entre as esferas federais, estaduais e municipais eram indispensáveis (Dinsam, 1973, cx.393).

No Encontro foi criticado pelo então ministro da saúde, Mário Machado Lemos, o descompasso entre as novas tecnologias - como os psicofármacos, o aumento do intercâmbio multidisciplinar, a psiquiatria social e as concepções da saúde mental voltadas ao sistema hospitalocêntrico. Em sua fala, o ministro reforçou, ainda, a necessidade “de que a família, a comunidade e o poder público, devem estreitar, cada vez mais, o seu relacionamento, para num sinergismo de esforço, colocarem-se os programas de saúde mental na posição adequada e dentro de uma conceituação moderna” (Dinsam, 1973, cx. 393).

As propostas, entretanto, parecem jamais terem chegado à Colônia, que não dispunha de uma estrutura organizacional que colocasse em prática a estrutura extra-hospitalar. Sua forma assistencial era preconizada por meio dos alicerces do asilo, mas, a despeito disso, projetos passaram a ser elaborados com o intuito de promover uma mudança a estrutura organizacional da instituição, como o Projeto-Modernização. A Colônia foi ali identificada como uma unidade hospitalar com mil e quinhentos internos a mais do que realmente deveria ter. Ainda segundo o projeto, este dado era mutável, devido ao “aumento da pressão de internações e insignificativo número de altas” (Dinsam, 1973, cx. 947). Em sua proposta, o projeto previa que, para que o hospital deixasse sua função custodial e passasse a atuar como reabilitador e ressocializador, seria necessário colocar em prática as reformulações apresentadas.

A justificativa apresentada para a elaboração de mudanças seria devido ao “ultimato da Dinsam” em estabelecer um plano de recuperação de crônicos. Segundo o projeto, ela teria estabelecido que uma equipe específica fosse montada para tal execução na Colônia Juliano Moreira. Cabe a ressalva de que o “ultimato” da Dinsam se centrava no tratamento para crônicos, não investindo desta forma na Psiquiatria Comunitária. Tal modalidade de tratamento havia sido formalizada como mais

⁸⁵ Hamilton Sequeira foi um dos diretores da Dinsam, talvez o primeiro. Mas através das pesquisas realizadas não foi possível estabelecer as datas basilares em que permaneceu no cargo.

adequada e moderna tanto pelo Manual de Serviço de Assistência Psiquiátrica como também pela Declaração de Florianópolis, documentos que datam de 1973.

Dentre os objetivos do plano proposto, aparece o treinamento com os crônicos para reconfiguração de hábitos sociais que os habilitassem para a vida em sociedade, embora não haja menção da comunidade como parceira das alterações que pretendem executar. O Manual, como citou Luiz Cerqueira, consagrou uma equipe multiprofissional, condenou as internações em macro-hospitais e reverenciou o hospital-dia como um atenuante da calamidade em que se encontravam os hospitais psiquiátricos públicos (Cerqueira, 1984, p. 225), mas nem com o “ultimato” da Dinsam, órgão normatizador das políticas psiquiátricas, os preceitos da Psiquiatria Comunitária foram colocados em prática naquela instituição.

“O Manual, que representa toda uma moderna política de saúde mental da Previdência, serviu de inspiração para outro documento de igual significação na esfera do Ministério da Saúde – a Portaria nº 32, de janeiro de 1974. Ambos, porém, continuaram letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo” (Cerqueira, 1984, p. 225).

Outro projeto apresentado, ainda em 1973, chamou-se “Rondon Mirim” (Dinsam, 1973, cx. 947). Nele a Dinsam estabelecia metas e objetivos para o controle, avaliação e análise psicossocial dos internos de instituições nacionais que durante anos tivessem tido como soluções terapêuticas o hospital em estrito senso. A Colônia Juliano Moreira era considerada em tal projeto como aquela que possuía o caso mais crítico, tanto na estrutura quanto na assistência, com cinco mil internos custodiais.

Nos relatórios aqui apresentados não há coerência quanto ao quantitativo de internos presentes na instituição; isso é devido à alta rotatividade (através das altas, óbitos) ou simplesmente por não terem o controle total da população ali existente, o mais provável, se considerarmos o relatório da diretora substituta. Outro dado que impressiona é que os recursos médicos não correspondiam nem a um por cento dos pacientes; no relatório de 1973 computavam quarenta e dois médicos e o de 1974, quarenta. E em concordância com esta percepção, o projeto Rondon Mirim apontava que “Os recursos humanos próprios são totalmente deficitários e não cobrem sequer as responsabilidades atuais de assistência” (Dinsam, 1973, cx. 947). O processo de reabilitação era, em consequência, caracterizado como estagnado e sem previsão de implementação em curto prazo devido à desordem existente na Instituição.

Assim, os objetivos do projeto Modernização e do Rondon Mirim eram bem semelhantes. Ambos pretendiam um levantamento psicossocial da população ali

internada, uma caracterização das necessidades sociais, setorização dos pacientes segundo os níveis de “doença”, elaboração de prontuários, treinamento de sociabilização para os internos e dados para a elaboração de projetos; no Rondon-Mirim era ainda proposta a implementação de reformas administrativas e contábeis na instituição. No entanto não foi possível estabelecer se esses Projetos datam de antes ou depois da entrada de Maria Izabel, já que no Relatório de 1973 são listados diferentes iniciativas empreendidas no interior da C.J.M, dentre elas algumas mencionadas em tais projetos, como a reforma administrativa e a triagem através dos prontuários.

Já o Plano de Complementação e Extensão Racional das Atividades Agropecuárias da Colônia Juliano Moreira (Dinsam, 1973, cx.579) foi estabelecido sob essa gestão, já que o documento data de julho e Costa tomou posse em maio. Esse Plano, como o próprio título atribuído indica, visava complementar e expandir a agropecuária na Colônia, voltada para a terapêutica ocupacional e para a reabilitação dos internos. “O presente plano, além de servir como valioso instrumento à praxiterapia poderá colaborar no abastecimento de produtos hortigranjeiros, cujo consumo é bem expressivo economicamente” (Dinsam, 1973, cx.579).

Se desde Teixeira Brandão, havia a justificativa de se colocar um interno trabalhando demonstrando os benefícios para sua saúde e também para a instituição, “o fim não é outro senão procurar o bem estar do doente e promover seu restabelecimento”, porém “a renda da colônia cobriria em totalidade ou em parte as despesas necessárias com os doentes, livrando-se o Estado desse ônus.” (Brandão, 1956, p.97 *apud* Amarante, 1982, p. 63). Assim, fez-se um projeto com uma roupagem que a instituição já deveria desde o início do século estar vestida.

Os dados do “Levantamento Psico-Sócio-Econômico” da Colônia Juliano Moreira, apresentados no Relatório de 1974 (Dinsam, 1975), realizado entre 1 de dezembro de 1973 e 10 de março de 1974, apresenta os dados obtidos através da análise do total de 4.623 internos. Os pacientes em condições de alta somariam então o total de 1.299 internos, e para tratamento em hospital de agudos haveria duzentos e três. Quanto à ressocialização, esta deveria ser feita com 1.265 pacientes e a reabilitação com seiscentos e noventa e quatro.

O dado que mais chama atenção é o número de internos que, segundo esse levantamento, não teriam condições de reabilitação: 666 pacientes, ou seja, aproximadamente 14,5 % dos internos não teriam condições de regeneração, estariam definitivamente cronificados. Não é possível determinar se o hospital foi o causador

dessa cronificação, mas o que pode ser afirmado é que o modelo hospitalocêntrico, sem condições de higiene (mesmo que mudanças estivessem então sendo empreendidas) contribuíram para essa situação.

No Relatório da Colônia Juliano Moreira de 1974 (Dinsam, 1975), feito pelo então diretor José Luiz Fredda Petrucci⁸⁶, continuam presentes as reivindicações por profissionais qualificados. No entanto, à diferença do tom usado nos dados apresentados no ano anterior, a ênfase recai sobre os recursos disponibilizados pela instituição que eram escassos, não permitindo que o trabalho de altas e reabilitação fosse efetuado.

“A estruturação é arcaica, baseada em princípios alienantes e institucionalizantes com relação ao doentes mentais, e a ideia de alta simplesmente não é aceita e, até, considerada ‘desumanidade’. De qualquer maneira, o atendimento é precaríssimo, quer pelas dificuldades administrativas para atender necessidades de uma local de tamanhas proporções, quer pela deficiência qualitativa de pessoal” (Dinsam, 1975)

Os médicos e assistentes sociais foram ali também severamente criticados por não cumprirem seus horários. O diretor alertava, porém, à Dinsam, que forçá-los ao cumprimento de seus horários poderia resultar em sua decisão por sair da instituição, o que aumentaria ainda mais os problemas internos. Além disso, segundo ele, os enfermeiros não possuíam qualificação, já que não eram em sua maioria “cursados em enfermagem”, tendo por isso “muitas dificuldades na execução do trabalho” (Dinsam, 1975).

Segundo o relatório de 1974, os auxiliares de enfermagem, atendentes, guardas e auxiliares de copa e cozinha também não possuiriam qualificação técnica adequada, prejudicando o atendimento aos pacientes e emperrando os afazeres burocráticos institucionais; outra crítica a esses profissionais é que, em sua maioria, tinham mais de 45 anos, apresentando, segundo Petrucci, precária condição física. Finalmente, o relatório informava que o serviço de segurança era inexistente e que o serviço de ronda estava sendo implementado. Ainda segundo o relatório, o macro-hospital Colônia Juliano Moreira era destinado a pacientes de longa permanência. Porém, o diretor ressaltava que ali coexistiam indivíduos internados que “pagavam suas penas” e lá permaneciam “em média por duas semanas” (Dinsam, 1975).

O diretor apontava as iniciativas a serem por ele desenvolvidas e que deveriam trazer melhorias para o asilo: planejava constituir um “Plano Piloto de Atuação

⁸⁶ Luiz Fredda Petrucci, foi um dos diretores da Colônia Juliano Moreira no decorrer da década de 1970. Provavelmente foi quem substituiu Maria Izabel Correa da Costa.

Comunitária” para a execução pelo setor de Serviço Social, que atuaria para viabilizar novas condições de altas. Propunha também o “Projeto de Tratamento de Agudos,” voltado para pacientes que necessitavam de tratamento hospitalar; o “Projeto de Cuidados Gerais”, coordenados por enfermeiros qualificados, e voltados para as atividades de atendimento aos pacientes. Ainda, o relatório propunha o “Projeto de Produção” para permitir a autossuficiência da instituição, principalmente em termos agropecuários, mas também em olaria, vimaria, tipografia, sapataria e alfaiataria.

Não era um projeto inovador, já que em muito se assemelhava ao Plano de Complementação e Extensão Racional das Atividades Agropecuárias da Colônia Juliano Moreira de 1973 (Dinsam, 1973, cx.579). Tanto Maria Costa quanto Luiz Fredda Petrucci apoiavam-se nos fundamentos teóricos que apoiaram desde a década de quarenta a expansão do modelo das colônias para proporem mudanças e ou ampliação que já deveriam ter sido colocadas em prática.

Outros projetos foram propostos no Relatório de 1974, como o “Projeto de Segurança”, que visava dar condições de trabalho sem os percalços de assaltos, furtos, etc., tão presentes na instituição; o “Projeto de Alimentação”, que visava melhores condições de controle e redução de custos; e o “Projeto de Residências”, que tinha por objetivo cuidar socialmente dos residentes da Colônia, já que muitos, segundo o documento, se abasteciam dos desvios de alimentos.

Como já foi citado, o relatório de 1974 não informa se as mudanças estruturais da gestão de Maria Isabel Correa Costa em 1973 tiveram continuidade. Percebe-se, entretanto a presença da formulação de novos projetos, que em muito se assemelhavam aos da gestão anterior. Novos projetos, também foram então apresentados, mas mais uma vez não foi encontrada a documentação que demonstre que tenham sido colocados em prática.

O ano de 1974/1975 é caracterizado por Lúcia Abelha (*apud* Lougon, 1993, p.143) como o período de maior crescimento populacional na Colônia. Porém, esse dado não se confirma por via da documentação. O Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (S.A.M.E) da Colônia Juliano Moreira (*História da Colônia*, 1978), de 1978, informa que o pico da população interna se deu em 1970, quando a Colônia teria contabilizado o total de 5.062 pacientes; em 1974 e 1975, ela teria chegado a abrigar 4.100 e 3.600 internos respectivamente. Assim, a partir desse período teria havido o início do declínio do número de internos.

O intervalo de 1976 a 1979, período que abarca a direção do Dr. Sávio Dabul⁸⁷, é caracterizado pelo médico-sanitarista Victoriano Maia como sendo uma época de restrição orçamentária por parte do Ministério da Saúde o que teria ocorrido na gestão do ministro Paulo de Almeida Machado. Naquele momento, mesmo com o corte de verbas, foi priorizada a reforma estrutural dos hospitais, em prol da “melhoria das condições dos espaços físicos e de infraestrutura do conjunto hospitalar”. (*História da Colônia*, 1977). Com relação à política de economia hospitalar, o sanitarista relatava então que a autossuficiência da Colônia teria sido estimulada, tendo sido alcançada em vários setores.

“A auto-suficiência da Colônia dava-se em variados setores da alimentação, através dos projetos da agropecuária, horticultura, suinocultura, avicultura, fábrica de colchões, costura e carpintaria, e mão-de-obra da própria casa. Todas as obras eram executadas a título de colaboração entre órgãos públicos. Dessa forma, os custos da Instituição ficaram reduzidas consideravelmente, com devolução dos excedentes monetários à Fazenda Nacional” (*História da Colônia*, 1977).

Maia (1961) ainda relatou que durante a administração de Dabul, o Serviço Social da Instituição promoveu a reintegração de internos com suas famílias, ainda que não tenha aí estipulado a reintegração quantitativamente. No mesmo período, a Instituição teria instituído uma campanha de educação sanitária em conjunto a ações de dedetização e desratização, que teve o apoio da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM. Finalmente, segundo o mesmo autor, foi criada a Comissão de Infecção e Infestação Hospitalar, que monitorava a vacinação, investigava a epidemiologia, instruía quanto ao uso de água filtrada. Foi também um período de incentivo à alfabetização e à higienização coletiva.

Foi firmado ainda um convênio com a Cedae para ligar a rede de esgoto da instituição com a estação de tratamento; foram construídos refeitórios em todas as Unidades Hospitalares, adaptados a uma cozinha central; construíram também um almoxarifado central e uma nova despensa; foi instalado um pronto-socorro para a população pobre do entorno, postes de iluminação, incineradores de lixo, as lavanderias foram recuperadas, assim como a área de lazer, o reservatório de água, a estação de tratamento e a adutora. (*História da Colônia*, cx. 915 D)

Quanto à praxiterapia na C.J.M, esta teria sido ampliada de 200 para 1.200 internos. “Constatou-se que em curto prazo diminuiu o uso de drogas psiquiátricas (...). Por meio de um sistema cooperativado, os pacientes recebiam pagamento pelo seu

⁸⁷ Sávio Dabul foi diretor da Colônia Juliano Moreira de 1976 a 1979.

trabalho” (*História da Colônia*, 1977). Aproximadamente cento e vinte internos ganharam a liberação para trabalhar fora da Colônia com o direito trabalhista assegurado.

Em dezembro de 1977, foi apresentada a primeira etapa (que teve início em 01/12/1976) do “Levantamento Coprológico” da população doente do nosocômio pelo médico sanitário Victorino Maia, quando a instituição estava sob a gestão de Dabul, que conseguiu os empréstimos de vidraria apropriada para a pesquisa. Esse estudo visava à análise das condições sanitárias da instituição: da água, do esgoto, do lixo (*História da Colônia*, 1977). Foram analisados aproximadamente 3.584 pacientes e propostas medidas profiláticas, como a educação sanitária.

Os dados apresentados, no entanto, não se afirmam com os apresentados no Levantamento Estatístico do ano de 1977. Nesse, o número de internos delineava-se como totalizando 3.433, com 883 na praxiterapia – ou seja, 25,72% do total de pacientes, entre homens e mulheres. Segundo o mesmo levantamento, foram dadas altas para 220 pacientes (6,4%), foram internados 266 (7,75%), e entraram em óbito aproximadamente 110 internos (3,2%) (*História da Colônia*, 1977). Ainda que os números diverjam, é certo que as altas e os óbitos foram reduzidos, e isso pode ser reflexo das políticas empreendidas no interior do asilo, quando esses projetos parecem ter sido colocados em prática.

Total de internos na Colônia Juliano Moreira

Ano	Pacientes
1970	5.062
1971	5.000
1972	4.900
1973	4.500 aprox.
1974	4.100
1975	3.600
1976	3.400
1977	3.300

(*História da Colônia*, 1977)

Quanto ao ano de 1978, na Colônia Juliano Moreira, os dados apontam que, no decorrer do ano, o número de internos caiu. Assim, se em janeiro eram 3.297 pacientes da instituição, no final do ano o total de internos chegou a 3.058, uma redução de

aproximadamente 7,3%. Em comparação aos anos anteriores o declínio se manteve. (*História da Colônia*, 1978).

A falta de pessoal especializado foi uma reivindicação que permeou toda a década de 1970 (de 1972-1979), a falta de segurança também foi tema recorrente nos relatórios, inclusive no de 1979. Outros problemas que apareceram com frequência como pontos a serem melhorados foram o transporte dos alimentos e a cozinha sem manutenção.

Apesar de toda a infraestrutura básica que necessitava de melhorias, houve iniciativas de mudanças. Os relatórios dos diretores da instituição indicavam uma mentalidade em processo de mudança, por mais que não se tenha a resposta de quais empreendimentos demandados foram colocados em prática. A Dinsam, que se via pressionada pelas instituições internacionais de um lado, e pela burocracia estatal vinculada ao empresariado de outro, passara a ter de enfrentar novos atores na luta pela saúde mental: os funcionários-chaves de suas instituições.

CONCLUSÃO

A loucura tem muitas definições; de um lado formulações populares que engendram em seu discurso o conhecimento científico; por outro, definições generalizantes, que têm como viés principal as pesquisas ou teorias científicas. Contudo, nenhuma delas consegue abarcar a complexidade do que de fato é ou representa este termo. O que se sabe é que ele está carregado de preconceitos, e que normalmente é utilizado de forma pejorativa que visa apenas desqualificar aquilo a que se refere.

Já quando debruçamo-nos mais especificadamente sobre as políticas psiquiátricas no Brasil, observamos que as mesmas estão diretamente atreladas a um contexto de medicalização, asilamento, mas também de uma sucessão de reformas em seu campo de saber.

As primeiras instituições brasileiras construídas durante o Segundo Reinado (1840-1889) seguiam a lógica assistencialista em relação àqueles que dependiam dela. Havia uma medicalização insipiente, já que os princípios básicos era dar abrigo, alimentação e assistência religiosa aos que se julgavam necessitar.

Posteriormente, os denominados “insanos” passaram a ter um espaço para o tratamento de sua psicopatologia e também de expurgo do meio social. Sob os cuidados de um corpo médico, os indivíduos permaneciam sendo submetidos a tratamentos que atendiam a uma lógica tanto depreciativa quanto de expectativa de descoberta para a “cura do mal” que na visão da época assolava a mente dos insanos.

Essa dissertação teve por objetivos a investigação das políticas de saúde mental no Rio de Janeiro e mais especificamente na Colônia Juliano Moreira, com a verificação das mudanças nas políticas e práticas de saúde públicas no período de 1966-1978.

Através deste trabalho pude perceber as diferentes singularidades existentes em torno das políticas empreendidas no interior do manicômio: se por um lado tem-se uma política de compra e venda de leitos psiquiátricos particulares; por outro, observa-se projetos que visam reformar o espaço manicomial público.

O objetivo da introdução foi demonstrar as divisões presentes na historiografia brasileira que tem como tema a Psiquiatria. Entretanto, compreendemos nesta análise a estreita articulação com a ciência e as políticas públicas de saúde. Essa revisão, portanto, visou analisar o processo histórico de constituição da psiquiatria enquanto especialidade médica realçando as práticas, continuidades e rupturas presentes ao longo dos anos que fizeram com que o saber psiquiátrico e as instituições que praticam e

produzem este saber se modificassem no decorrer do tempo, a exemplo das alterações e influências sofridas no decorrer das décadas de 1960 e 1970.

Cabe ressaltar que os textos aqui analisados considerados como bibliografias fundamentais para o estudo da área se debruçam majoritariamente em um recorte de privilegia o período que corresponde à segunda metade do século XIX até a década de 1930 e/ou 1944.

Por sua vez, a pesquisa aqui apresentada engloba o período de 1945-1970, em uma tentativa de examinar período fundamental e preencher, assim, algumas das tantas lacunas ainda existentes nesse campo. Poucos pesquisadores debruçaram-se sobre tal espaço temporal, o que justifica a carência de fontes e as limitações do trabalho. Por outro lado, é farta a publicação de análises dos atores da Reforma Psiquiátrica, que abordaram o período ainda que de maneira contextual, a partir das lentes de leituras políticas acerca do asilamento.

É com base nessas análises que tentamos preencher tais lacunas na historiografia. Não queremos tratar o período sob uma visão pejorativa, afinal, o espaço temporal por nós analisado não é o foco de investigação desses autores que trabalham com a Reforma Psiquiátrica. Mas consideramos que ao nos deparamos com estudos que remetem a um período pouco analisado; e esse mesmo momento histórico é caracterizado de maneira uniforme como é o caso da década de 1970, por exemplo, entendido por esses autores como um período marcado apenas pela “mercantilização da saúde” se faz necessário um maior esforço para se livrar das ideias até então concebidas, e uma análise mais dedicada a um recorte pouco investigado.

Quanto à Reforma Psiquiátrica, vale ressaltar que as informações sobre as décadas que a precederam costumam reafirmar um discurso que conceitua o trabalho de assistência e clínico nas instituições públicas de saúde mental anteriores à década de 1980 como de cunho coercitivo, não havendo muitas pesquisas em fontes primárias sobre discursos e práticas do período. Porém, os estudos desse momento não deixam de visualizar que o embrião do movimento de mudança já havia sido instalado na estrutura assistencial não é por acaso que os reformistas consideram Luiz Cerqueira como o “pai” ou o pioneiro (em terras brasílicas) de um discurso de mudança que vai além dos muros.

A década de 1970, momento em que se instauraram as crises no sistema que acabariam por levar, na década de 1980, à implosão do modelo asilar, foi o alvo da investigação em fontes primárias. Os dados que encontramos demonstram que em meados da década de 1970 continuavam internados na Colônia Juliano Moreira mais da

metade dos internos crônicos do Brasil. Além disso, morriam ali seis vezes mais internos do que em qualquer outra instituição no país. Assim, ainda que se possa fazer a crítica de uma literatura de ação política, que foi produzida por ativistas da causa da Reforma, vemos através dos dados que encontramos em meio da documentação do DINSAM que nesse período estudado, em especial na década de 1970, a situação na instituição era mesmo calamitosa.

O terceiro capítulo da dissertação se deteve na análise de fontes do acervo da DINSAM e da História da Colônia Juliano Moreira, presentes no arquivo do Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira- IMASJM. Para a análise sobre as políticas e as iniciativas ocorridas no interior da Colônia Juliano Moreira, no final da década de 1960 até 1978, utilizamos como referencial teórico-metodológico alguns conceitos foucaultianos, como a ideia de construção de regimes de verdade, descontinuidade e poder.

Em todo esse processo nos deparamos com discursos tanto de um Estado burocrático, onde a viabilização das políticas deveria necessariamente percorrer todo um percurso que não facilitava a rede de vínculos existente entre saúde e usuários. Essa rede ao perpassar por um caminho onde havia interesses econômicos em jogo dificultava o repasse das verbas e o investimento era seguido não de acordo com o que a população doente ansiava, mas, sobretudo ao que determinava esses grupos. Por outro lado, nessa rede onde a saúde estava em jogo havia o interesse da população e ainda, como foi apresentado, de diretores que planejavam por melhorias que aparentemente não foram colocadas em prática.

Essa pesquisa foi fundamental para perceber que os anos entre a unificação do INPS e a eclosão das reivindicações reformistas não pode ser caracterizada unicamente como de mercantilização da saúde, essa sem dúvida é a principal característica, mas não a única. Além dela tem que ser levado em consideração que projetos (no campo das letras) foram solicitados. Isso quer dizer que havia iniciativas de mudança mesmo que essa fosse apenas estrutural; a Psiquiatria Comunitária foi um dos empreendimentos mais importantes do período apesar de sua não implantação. Contudo, o espaço manicomial da Colônia Juliano Moreira estava em estado precário, a praxiterapia era apenas para poucos internos, muitos vagavam pela instituição sem expectativa de mudanças.

Portanto, a pesquisa aqui delimitada buscou contribuir para a História e para a historiografia da Psiquiatria com um estudo sobre as políticas assistenciais no Rio de

Janeiro entre as décadas de 1960 e 1970. Avaliamos que tal esforço – produzido por meio de trabalho com fontes documentais - contribui com a historiografia na redução do déficit de informação acerca do período.

O trabalho também auxilia a pesquisa sobre o tema ao tentar tornar mais complexo o debate acerca do período anterior à Reforma, confrontando-se as literaturas ligadas à década de 1980, que visam à consolidação de uma nova verdade em relação à loucura e de seu manejo clínico, social e político.

Assim, o objetivo desta dissertação não é tentar esgotar o assunto. Dentro do propósito e das dimensões deste trabalho o objetivo é chamar a atenção para a necessidade de aprofundarmos a discussão sobre as políticas assistenciais no Rio de Janeiro entre as décadas de 1960 e 1970, vislumbrando, igualmente, contribuir para o campo da História e a compreensão do homem acerca da sociedade contemporânea.

BIBLIOGRAFIA

Fontes Primárias:

BRASIL. MPAS/INPS/SAM - **Manual de Serviço de Assistência Psiquiátrica** – ODS – 304.3, de 19.7.1973 – BS/DS 177, de 14 set.1973.

CD/DNPS 942. **Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais**. Ministério do Trabalho e Previdência Social. 1962.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Relatório das atividades da Colônia Juliano Moreira em 1972. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. 4655, 1972, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Relatório das atividades da Colônia Juliano Moreira em 1974. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 947, env. s/n, 1974, 01-04.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Relatório de movimento de doentes. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 370, Moço 001, 1971, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Relatório de atividades da Divisão Nacional de Saúde Mental. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 473, env. s/n, , 1973, P. 01-03.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Dr. Mario Altenfelder – DD. Presidente da Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor: responde ofício. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 379, env. s/n, , 22 set. 1966, s/p.

DOU. Portaria nº 20, de 11 de Fevereiro de 1974

Departamento Nacional de Saúde Mental. Projeto - Modernização. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. s/n, 1973 (A),p. 01-04.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Projeto Rondon Mirim. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. s/n, 1973 (B),p. 01-04.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Movimento de Doentes em Estabelecimentos Psiquiátricos Públicos e Particulares. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 472, env. s/n, 1971, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental e o Modelo Programático de Projeto Integrado à Saúde Mental. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 460, env. 3427, 04 abr. 1977, p. 01-11.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Regimento Interno da Dinsam. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 1005, env. s/n, 1970, p. 01-15.

Departamento Nacional de Saúde Mental. [Programação para Transformar a Colônia Juliano Moreira em um Hospital Psiquiátrico Regional,] In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. 2.253, 22 set. 1972, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Movimento de doentes em Ambulatórios de Saúde Mental do Dinsam 1970-1972. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 369, maço 002, env. 2553, 1972, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. [Programação para transformar a Colônia Juliano Moreira em um Hospital Psiquiátrico Regional]. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. 2.253, 25 set. 1972, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Ordem de Serviço nº 08/73 – [Criação de uma Coordenação Administrativa Subordinada à Diretoria da CJM]. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 535, env. 4272, 1973 (C), s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. [Plano de Complementação e Extensão Racional das Atividades Agropecuárias da Colônia Juliano Moreira]. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. s/n, 19 jul. 1973, p. 01-05.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Boletim Informativo do Centro de Estudos da Colônia Juliano Moreira. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 947, env. s/n, nº 03, nov. 1973, p. 01-03.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Levantamento Estatístico do Número de Estabelecimentos Psiquiátricos Públicos e Particulares do Estado da Guanabara de 1971. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 472, env. s/n, 1971.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Levantamento Estatístico do Número de Estabelecimentos Psiquiátricos Públicos e Particulares do Estado da Guanabara de 1972. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 472, env. s/n, 1972, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Encontro de Técnicos em Saúde Mental das regiões Sul e Sudeste. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 393, maço 01, env. 2842, 06 a 08 set. 1973, s/p.

Departamento Nacional de Saúde Mental. Comunicação [SINDICANCIA]. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 579, env. s/n, 27 abr. 1973, s/p.

História da Colônia Juliano Moreira. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 H, env. s/n, ago. 1977, s/p.

História da Colônia Juliano Moreira. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – Relatório de Atividades – Gráficos Estatísticos. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 H, env. s/n, 1978, p. 01, 10 e 47.

História da Colônia Juliano Moreira. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – Relatório de Atividades – Gráficos Estatísticos. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 F, env. s/n, 1979, p. 06.

História da Colônia Juliano Moreira. Relatório da Colônia Juliano Moreira compreendendo o período de 17 de maio a 31 de dezembro de 1973. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 A, env. s/n, maio – dez. 1973, p. 01 – 10, além de outras páginas sem numeração .

História da Colônia Juliano Moreira. Relatório da Colônia Juliano Moreira. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 A, env. s/n, maio – dez. 1979, p. 01 - 03.

MAIA, Victorino. Profilaxia na Colônia Juliano Moreira Inquérito Cropológico na População Doente. Rio de Janeiro, dez. 1977. História da Colônia Juliano Moreira. In: IMASJM/SMS-RJ, cx. 915 D, env. s/n, dez. 1977, s/p.

OMS. Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. 1.^a edição, Lisboa, Abril de 2002.

Artigos:

[A reforma prejudicará os doentes mentais. Entrevista de Edmundo Maia concedida à Revista Catolicismo]. Disponível em: <http://www.catolicismo.com.br/materia/materia.cfm/idmat/B7B22A72-B15D-FCF0-94941DCF29966E71/mes/Junho1991> Acesso em 11 de junho de 2012

[Leonel Tavares de Miranda e Albuquerque]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/treinamento/hotsites/ai5/personas/leonelMiranda.html> Acesso em 06 jan de 2012

ABP. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro, ABP, 2006. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf Acesso em: 27 de maio de 2012

ABREU, Alzira Alves de. 1964: a imprensa ajudou a derrubar o governo Goulart. In: FERREIRA, Marieta de Moraes (coord.). João Goulart entre a memória e a história. 1^a ed., Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

ALBUQUERQUE, MA. O macro-hospital psiquiátrico: suas funções e disfunções. **Rev. Ass. Bras. Psiq.** Vol. 7, nº 25: 43-9,1985.

ALMEIDA, Antonio Gouveia. Colônia Juliano Moreira: sua origem e um pouco de sua trajetória histórica (1880-1946). Revista Brasileira de Saúde Mental, Rio de Janeiro, ano 13, v.11, p.161-169. 1967.

ALMEIDA, Célia. Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda. **Rev. Saúde Pública.** Vol.40, no.3. São Paulo, Jun. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000300002> . Acesso em: 17 jan. 2012

ALVES, Domingos Sávio N. Aspectos da recente história da Colônia Juliano Moreira. **Cadernos do NUPSO.** Vol. 1, nº 2: 22-3, Rio de Janeiro, nov. 1988.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; SOUZA, Waldir da Silva. A admirável felicidade do mundo novo e a intolerável violência da velha psiquiatria. **Conjunt. Saúde**. Nº. 16: 10-2, Rio de Janeiro, abr.1994.

ANDRIOLO, Arley. A "psicologia da arte" no olhar de Osório César: leituras e escritos. *Psicologia: ciência e profissão*. Dic. 2003, vol.23, no.4, p.74-81. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2012

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** (Org.); Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**. Vol.30, n.3, p.380-98, São Paulo, dez. 1996.

BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. Organização para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE. P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. P. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BORGES, Nilson. “A doutrina de segurança nacional” In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília (orgs.). **O Brasil Republicano**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, vol. IV, 2003.

BRASIL. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 92 p., 2007.

BRASIL. V Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 1975. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/an5conf_nac.pdf Acesso em: 24 Nov. 2011.

BRAVO. Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil, In Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: www.fnepas.org.br/servico_social_saude/texto1-5. Acesso em: 14 Mar. 2011.

BUCHWALD, Jed Z. e SMITH, George. Thomas S. Kuhn, 1922-1996. In: **Philosophy of Science**. Vol. 64, No. 2, pp. 361-376, Jun., 1997. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/188314?uid=2&uid=4&sid=21100742747071>. Acesso em: 24 Mar. 2012.

BVSMMS. Anais da III Conferência Nacional de Saúde, p.125-127, 1963. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes. Acesso em: 27 Maio de 2012.

CALDAS, R. Discurso pronunciado no lançamento da pedra fundamental das novas construções da Colônia de alienados de Jacarepaguá . **Arq. Bras. Neur. Psiq.** Ano II, 2, p. 172, 1920.

CALDAS, Rodrigues J.A. O fim das velhas Colônias da Ilha do Governador e suas transferências para a nova Colônia no continente. In: **Cadernos do Nupso**. Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Social. Rio de Janeiro: Colônia Juliano Moreira. Ano 1, N. 1, p. 18- 21. Maio/88.

CAMARINHA, Heimar Saldanha. CJM: o destino dos pacientes em um hospital psiquiátrico para crônicos. In: **Cadernos de psiquiatria social**. Vol. 3, Nº2, p. 05-07, Rio de Janeiro, 1984.

CARMO, Célio Assis. Diagnóstico da situação da saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil -Estado e política de saúde mental no Brasil. In: **Informe: saúde mental no Brasil**. P. 01-04, Rio de Janeiro: Ibase, 1981.

CASTEL, Robert. Instituição Psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, Sérvulo A. (coord.). **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: CAMPUS, p. 154, 1978.

CENTOFANTI, Rogério. Radecki e a Psicologia no Brasil. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.3, n.1. Brasília, 1982. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498931982000100001&script=sci_arttext . Acesso em: 17 de jan. 2012

CESARINO, A C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Hucitec, p. 3-32, 1989.

COC/Fiocruz. História da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1080&sid=194>. Acesso em: 13 de set. 2011.

COGO, Ângela e RICHTER, Sandra. A poética do devaneio e da imaginação criadora em Gaston Bachelard. In: **I Seminário Educação, Imaginação e as Linguagens Artístico-Culturais**, 5 a 7 de setembro de 2005. Disponível em: http://www.gedest.unesc.net/seilacs/devaneio_angelaesandra.pdf. Acesso em: 24 de mar. 2012.

Conselho Nacional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CNMERJ). Psiquiatria: a realidade da assistência ao Doente mental no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CREMERJ, p.54, 2007. Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF>. Acesso em: 04 de dez. 2011

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iorio. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: A política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, 39(3). 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&tlng=pt. Acesso em 24 de maio de 2012

CROWE. M.J. Pierre Duhem, the history and philosophy of physics, and the teaching of physics. In: **Physics in Perspective (PIP)**. Volume 1, Nº 1, P. 54-64, 1999.

DELGADO, PG e VENÂNCIO AT. Morar no Asilo: perspectivas de análise da ‘comunidade interna’ da Colônia Juliano Moreira. In: **Cadernos do NUPSO**, nº3. Rio de Janeiro: NUPSO/COEP/CJM; 1989.

ABP, AMB, CFM e FENAM (orgs). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf Acesso em 02 de junho de 2012

DUARTE, L. F. O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Vol.17, supl.2, Rio de Janeiro, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600003. Acesso em: 25 de jan. 2012

DUHEM, P. “O valor da Teoria Física”. 1908. Tradução por Artur Morão. **Losofia**. P.01-38, Covilha, 2008. Disponível em: http://www.lusosofia.net/textos/duhem_pierre_valor_da_teor_f_sica.pdf. Acesso em: 21 jan. 2012.

DUHEM, P. “Teoria física e explicação metafísica”. In: CARRILHO, Manuel M. (org). **Epistemologia: Posições e Críticas**, pp. 25-66. Lisboa: Gulbenkian, 1991.

EDLER, F. C., ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R. As origens da Reforma Sanitária e do SUS, pp. 59 – 81. In: EDLER, F. C., et al. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

EDLER. F. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. **Asclépio**. Vol. L-2-1998. Disponível em: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/.../339> . Acesso em 12 de out 2011.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde**

no Brasil. P. 385-434. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento Populista. In: L. Giovanella et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes. p.333-384. 2008.

FACCHINETTI, C. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnóstico. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (Orgs.). **Uma História brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Paralelo 15, p. 295-307, 2004.

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, Priscila ; EVANGELISTA, D. F. . Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, p. 527-535, 2010.

FACCHINETTI, Cristiana e CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estud. pesqui. psicol.** [online]. Vol.11, n.2, pp. 697-718. ISSN 1808-4281, 2011.

FACCHINETTI, Cristiana et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.733-768.

FERRAZA, D. A., Luzio, C. A., ROCHA, L. C., & SANCHES, R. R.. A banalização da prescrição de psicofármacos. **Paidéia**, set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47, 381-390, 2010.

FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

FRONCKOWIAK, Ângela e RICHTER, Sandra R.S. A dimensão poética da Aprendizagem na infância. In: **Reflexão e Ação**: Revista do Departamento de Educação – Infância e Educação: a cumplicidade do aprender. Santa Cruz do Sul: Edunisc, vol. 13, nº 1, jan/jun. p. 91-104, 2005.

FROTA LH, PICCININI W. & BUENO JR. Centenário de nascimento do Prof. José Leme Lopes: notas biográficas e breve homenagem. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 53, nº5, pp. 312-18, 2004. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/historia/galeria/Leme_Lopes.pdf. Acesso em: 07 de jan. 2012.

GERALDES, Paulo César. Políticas de saúde no período de 1968 a 1980. In: **Cadernos de psiquiatria social**. Vol 3, nº 2, p. 14-15, Rio de Janeiro, 1984.

GIAMI, Alain. Transference in Social Research: beyond Georges Devereux. Disponível em: <http://www.ethnopsychiatrie.net/giami.htm>. Acesso em: 24 de mar. 2012.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). In: **Educar, Curitiba**, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. (Org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV/USF. p. 173-193, 2000.

HUERTAS, R. História de la psiquiatria , ¿Por que?, ¿Para que? Tradiciones Historiograficas y nuevas tendencias. **Frenia - Revista de Historia de la Psiquiatria**, Madrid, Vol. V, Nº1, p. 9-36, 2001.

JACÓ-VILELA, Ana Maria; CEREMO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (orgs.). Clio-psyché – subjetividade e história. Juiz de Fora: **Clio Edições Eletrônicas**, 2006. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cliopsyche.uerj.br%2Flivros%2Fanaivs.doc&ei=d6a2T86xItTwggfb6M2nCc&usg=AFQjCNFs9pM3cFCwgJmKky4uSGn5OVhBqg&sig2=Hv5UaYo8Rh-sza3YSPYxSg>. Acesso em 08 de jun. 2010

JORGE, Marco Aurélio Soares et al. Estratégias de intervenção. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Textos de apoio em saúde mental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p.93-167, 2003.

JORGE, Marco Aurelio Soares et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz. p.207-222, 2005.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 19-30, maio 1997.

KROPF, Simone Petraglia e LIMA, Nísia Trindade. A doença de Chagas e o movimento sanitaria da década de 1910. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil <http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=57> acessado em 04 de junho de 2012.

LAUTERT, Vladimir. A internacionalização da economia brasileira nos anos de 1950: os atores e suas aspirações. In: **XII Encontro Regional de Economia**, ANPEC-sul, Porto Alegre, RS. 11 a 13 ago 2010 Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/anpecsul2010/artigos/16.pdf> acessado em: 02 de junho de 2012.

LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. História da Psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). **Estudos e pesquisa em psicologia**, UERJ, Ano 10, N.2, P. 572-595, Rio de Janeiro, 2º quadrimestre de 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a17.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2010.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.24-116. 2002.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto; FUCHS, Milton; ALMEIDA, Arthur de; OGUISSO, Taka. Plano de reformulação da assistência ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. Vol.6, no.2, São Paulo, Jun. 1972. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101972000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 07 de out. 2011.

LOUGON M, Os Caminhos da Mudança: Reflexões sobre o processo de transformação num asilo de crônicos. In: **Colônia – Cadernos de Psiquiatria Social**. Rio de Janeiro, vol.3, nº2, p. 19-22, 1994.

LOUGON M, Os Caminhos da Mudança: Reflexões sobre o processo de transformação num asilo de crônicos. In: **Colônia – Cadernos de Psiquiatria Social**. Rio de Janeiro, vol.3, nº2, p. 19-22, 1984.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, p.137-164, 1993.

MACIEL, Laurinda Rosa; VENANCIO, Ana Teresa; ZILLI, Bruno Dallacort; MONNERAT, Silvia. História Oral dos Moradores do Pavilhão Nossa Senhora dos Remédios da Colônia Juliano Moreira. In: **XIII Encontro de História- Anpuh**. Rio de Janeiro, 2008. Retirado do site, em 13 de Julho de 2010.

MAIA, E. Visão panorâmica da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev Bras Saude Mental**, Vol: 6, p.1-10. 1961.

MATTOS, Heider. História da casa de saúde Dr. Eiras. Disponível em: <http://ww.hmattos.kit.net/historiadacasadesaude.html>. Acesso em: 25 de jan.2012.

MELLO, CG. Análise do Plano Nacional de Saúde. In: Mello CG. In: **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec. p. 65-83, 1977

MELLO, Luiz Carlos. Flores do abismo. Museu Imagens do Inconsciente. Disponível em: <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/pdfs/flores.pdf> Acesso em: 14 de julho de 2011

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Vol.25, n.7, pp. 1620-1625, 2009. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>. Acesso em 21 de mar 2012.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz. p.235-313, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB03.pdf> . Acesso em: 13 de set. 2011

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História das ciências e da saúde-Manguinhos**; Vol.15, nº1. pp. 65-98, jan.-mar. 2008.

MISKOLCI, Richard. Machado de Assis, o outsider estabelecido. In: **Sociologias**, no.15, p.352-377. ISSN 1517-4522, jun. 2006.

NEVES, Margarida de Souza. O grande mal no Cemitério dos Vivos: diagnósticos de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. 2010, vol.17, suppl.2, pp. 293-311.

NUNES, S. A. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. **História, ciências e saúde-Manguinhos**. Vol.17. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000600006&script=sci_arttext Acesso em: 25 jan. 2012.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**,v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA C.F.A. et al. Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço histórico. **J. Bras. Psiquiat**.Vol. 52, nº6, pp. 433-46, 2003.

OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I.; FERREIRA, M. G. Reforma da previdência. **IPEA: Texto para Discussão n. 508**. Rio de Janeiro, agosto 1997.

OMS/OPAS. Leitos por Habitante e Médicos por Habitante. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>. Acesso em 30 de mar. 2012

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PEIXOTO, A.N.; et al. Avanços nos Sistemas Classificatórios de Diagnóstico em Psiquiatria e sua Difusão no Brasil. **Neurobiologia**, vol. 72, nº3. p. 31-44, jul./set., 2009.

PERES, M. A. et al. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o Hospício de Pedro II no Segundo Reinado. In: **Texto & Contexto Enfermagem** (UFSC. Impresso), v. 20, p. 700-708, 2011.

PICCININI, W. J. Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988). Vol.9, nº 7. Jul. 2004. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano04/wal0704.php>. Acesso em: 22 de dez.2011.

PICCININI, W. J. História da associação psiquiátrica da América Latina (apal). **Psychiatry online Brasil**. Maio de 2010 – Vol 15 – nº 5. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano10/wal0510.php> Acesso em 29 de maio de 2012.

PICCININI, W.J. História da psiquiatria. Gustavo Kohler Riedel (1887-1934). **Psychiatry On Line Brazil**, São Paulo, v.13, n.2. 2008. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano08/wal0208.php> . Acesso em: 27 out. 2009.

PICCININI, W.J. Psiquiatria Forense no Brasil a partir de suas publicações (II). **Psychiatry On-line Brazil**. Vol. 7, nº06, Jun. 2002. Artigo disponível na Internet em www.polbr.med.br/arquivo, consultado em março de 2012.

PICCININI, W.J. Aduauto Junqueira Botelho: notas biográficas. **Psychiatry On-line Brazil**. Vol.14, Nº 2, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php> Acesso em 13 set. 2011.

PICCININI, W.J. e ODA. Ana Maria G.R. A Loucura e os Legisladores. **Psychiatry On-line Brazil**. Vol.1, Nº 3, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php> . Acesso em: 23 de jan. 2012.

PICCININI, Walmor. Casa de Saúde Dr. Eiras: crônica de seu desaparecimento. **Psychiatry On-line Brazil**. - Vol.13, Nº 3, Março de 2008. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano08/wal0308.php>. Acesso em: 13 de mar. 2011

PICCININI, Walmor. Fragmentos da história da psiquiatria no Rio Grande do Sul. **Psychiatry On-line Brazil**. Vol.16, Nº 11, Novembro de 2011. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/wal1111.php> . Acesso em: 17 de dez. 2012.

PICCININI, WJ. A Psiquiatria Brasileira em 1964. **Psychiatry On-Line Brazil**. Vol.9 - Nº 1, Janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano04/wal0104.php> . Acesso em 15 out. 2010

PICCININI, WJ. A Psiquiatria Brasileira: 1966. **Psychiatry On-Line Brazil**. Vol. 10, Nº 3, Março de 2005. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano05/wal0305.php> . Acesso em 15 out. 2010.

PICCININI, WJ. História da Psiquiatria: A Psiquiatria Brasileira na década de 60 (I). **Psiquiatria On-Line Brazil**. Vol. 6, Nº 10, Outubro 2001. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1001.php> . Acesso em 15 out. 2010.

PICCININI, WJ. História da Psiquiatria: O ano de 63 e a Psiquiatria Brasileira. **Psiquiatria On-Line**. Vol.8, Nº12, Dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/wal1203.php> . Acesso em 15 out. 2010.

PICCININI, WJ. Psiquiatria Brasileira:1961. **Psychiatry On-Line Brazil**. Vol. 8, Nº10, Outubro de 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/wal1003.php> . Acesso em 15 out. 2010

PICCININI, WJ. Psiquiatria Brasileira:1962. **Psychiatry On-Line Brazil**. Vol. 8, Nº 11, Novembro de 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/wal1103.php>. Acesso em 15 out. 2010

PICCININI. W.J. A Guerra do Eletrochoque (ECT). **Psychiatry on line**. Vol.11 - Nº 7. Jul. 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0706.php> Acesso em: 08 maio 2011

PICCININI. W.J. Luis da Rocha Cerqueira (1911-1984). **Psychiatry on line**. Vol.9 - Nº 6, Jun.2004. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano04/wal0604.php> Acesso em 13 set. 2011.

PICCININI, Walmor. História das Classificações Psiquiátricas no Brasil (II). **Psychiatry on line**. Novembro de 2006 - Vol.11 - Nº 11. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal1106.php>. Acesso em: 13 de setembro de 2011.

PIERUCCI, Lucirleia Alves Moreira. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 95, abril de 2009. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/095/95pierucci.pdf>. Acesso em: 23 Jan.2012.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. Vol.10, supl.2, pp. 619-653, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500009>. , Acesso em 08 jun. 2012.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene R. Os anos de chumbo: a saúde sob a Ditadura. In: **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto F.; FONSECA, Cristina M. O. Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes?. In: **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010.

PRADO, L.C.D.; EARP, F.S. "O "Milagre Brasileiro": Crescimento Acelerado, Integração Internacional e Concentração de Renda (1967-1973)". In; Ferreira e Delgado. **O Brasil Republicano: O tempo da ditadura**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

RAGO. M. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. **Tempo Social**. USP. São Paulo, 7 (1-2): 67-82, outubro de 1995.

RAMOS, Alexandre Pinheiro. Uma “revolução necessária”: o conceito de revolução nos textos dos intelectuais da Ação Integralista Brasileira -1932-1937. **Dimensões**, vol. 26, 2011, p. 257

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Vol. 12, nº1, p. 173-8. Mar. 2008.

RESENDE, Gustavo de. Gustavo Riedel Administrador. **Anais da Colônia Gustavo Riedel**. Rio de Janeiro: ano VI, número 6, p. 287-289, 1943.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, p.1-73, 1987.

RESENDE, Heitor – Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil-Uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (org) – **Cidadania e Loucura políticas de saúde mental no Brasil**. 4º ed.,Petrópolis: VOZES, 1994.

RODRIGUES, L. A evolução da ciência: Continuidade ou ruptura?. Disponível em: <http://ocanto.esenvisau.net/apoio/ciencia2.htm>. Acesso em: 21 jan. 2012.

SACRISTÁN, Cristina. Historiografía de la locura y de la psiquiatria em México. **Frenia - Revista de Historia de la Psiquiatria**, vol. 1, 2005.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos and VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. 2010, vol.17, suppl.2, pp. 400-420.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro e FARIA, Lina. O ensino da Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Vol. 4 n. 2, Setembro 2006, p. 291-324.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; BARBOSA, Ieda da Costa and GOMES, Mauro de Lima. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2086-2087. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900023>

SILVA, F.C.T. da. 2003. “Crise da Ditadura e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985” In: FERREIRA J. e REIS. **O tempo da ditadura - O Brasil Republicano**, v. 4.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Cienc. Cult.** Vol.55, nº1. São Paulo Jan./Mar 2003. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252003000100026&script=sci_arttext. Acesso em: 23 de jan. 2012

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. Vol.10, suppl.2, pp. 601-617. ISSN 0104-5970, 20003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500008>. Acessado em 08 de junho de 2012.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist. ciênc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, nº1. P. 25-59, jan.-abr. 2002.

TREIGER, Jaime. Assistência psiquiátrica no Brasil. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.30, nº2. P. 163-172, Rio de Janeiro, 1981.

VAISSMAN, Magda. A responsabilidade da Previdência Social na área de saúde mental. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 38, nº3. P. 129-132, Rio de Janeiro. 1989.

VENÂNCIO, A. T. A .Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. ciênc. saúde - Manguinhos**, vol. 10, nº 3. P. 883-900, set.-dez. 2003.

VENANCIO, A. T. A. ; CASSILIA, Janis Alessandra Pereira . História da política assistencial à doença mental (1941-1956): o caso da Colônia Juliano Moreira. In: **XXIV Simpósio Nacional de História**. São Leopoldo. XXIV Simpósio Nacional de História-

anais complementares, 2007. Disponível em: <http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf>. Acesso em: 12 de mar. 2009.

VENANCIO, A. T. A.; CASSILIA, Janis Alessandra P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. **Espaço Plural**. Ano XI. Nº 22- 1º semestre 2010. ISSN 1518-4196.

VENÂNCIO, A.T.A. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à "nova psiquiatria". **Physis: Rev Saúde Coletiva**. Vol. 3, nº 2. P. 117-35, 1993.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, vol. 10, nº 3. P. 883-900, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300005>. Acesso em 26 maio 2012

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: modelos para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Estado Filantropia e Assistência. **Revista Hist. ciênc. saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.35-52, dez. 2011.

VENANCIO, Ana Teresa A.. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Vol.18, suppl.1. P. 35-52, 2011.

VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú & DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Morar no asilo: perspectivas de análise da 'comunidade interna' da Colônia Juliano Moreira. In: **Cadernos do NUPSO**, vol. 2, nº 3. P. 04-13, Rio de Janeiro, 1989.

VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à 'nova psiquiatria'. In: **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Vol. 3, nº2. P. 117-135, Rio de Janeiro: IMS/Relume-Dumará, 1993.

VIDAL, Louise Vieira de Mello; AMORIM, Wellington Mendonça. Reconhecimento do Psiquiatra Jurandyr Manfredini entre Estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Vol 4, n. 1, art 8. 2008. Disponível em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762008000100009&script=sci_arttext Acessado em 02 de junho de 2012

Livros:

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

ARRUDA, Elso. **Resumo histórico da psiquiatria brasileira**. Rio de Janeiro: Ed.: UFRJ, 87p, 1995.

BRAGA, José Carlos de Souza et. al. **Saúde e previdência — estudos de política social**. São Paulo, Cebes/Hucitec. 1981.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COHN, Amélia. **Previdência social e processo político no Brasil**. Editora Moderna.1981.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. RJ, Graal, 1980.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1983.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond,. 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo- Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DONNANGELO, MCF. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospício** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Editora da USP. 1994.

FLEURY, Sonia (org). **Saúde e Democracia: a Luta do Cebes**. São Paulo: Editora Lemos, 324p. 1997.

FONSECA, C.M.O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 298 pp. (Coleção História e Saúde).
ISBN: 978-85-7541-132-2

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2008

FOUCAULT, M. **O poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

FOUCAULT, M. **O que é um autor?** Lisboa: Vega, 1992 (col. Passagens).

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20ª edição. Petrópolis: Vozes,1999.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, revisão de Ligia Vassalo. Petrópolis: Vozes, Lisboa : Centro do Livro Brasileiro, 1972. 260p.

HOCHMAN, Gilberto. **Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a Previdência Social e seus técnicos**. Rio de Janeiro; IUPERJ. P. 24, 1987.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Editora Vozes. Petrópolis, 1968.

LOUGON, Maurício – **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**(coleção Loucura & Civilização). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 226 p.il.

MACHADO, R, et tal. **A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Editora Graal, Rio de Janeiro. 1978.

MALLOY, James M. **A Política de Previdência Social no Brasil**. São Paulo: Graal, 1986.

OLIVEIRA, J.A.A e TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.

Oliveira, Jaime et al. **(Im)Previdência Social: 60 anos de historia da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes/Abrasco. 1986.

PATROCÍNIO, Stela do. Viviane Mosé (org). **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial. 160 p., 20001

PORTOCARRERO, Vera (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ROEMER, M. **National health systems of the world**. Vol. 1.Oxford, England: Oxford University Press, 1991.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras contemporâneas, 1994.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: Políticas públicas de saúde mental**. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHWARTZMAN, Simon (org.). **Universidades e Instituições Científicas no Rio de Janeiro**. Brasília, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), p. 17-96. 1982.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ed. : Atica, 1992.

UCHÔA, D. de M. **Organização da psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Sarvier, 1981.

Verbetes

FGV/CPDOC. [Wilson Fadul]. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/wilson_fadul Acesso em: 11 de junho de 2012

DOU. [Departamento de Administração- Hermelindo Lopes Rodrigues Ferreira]. Seção 1, p.21, 27 ago. 1958.

COC / Fiocruz. Nuno Ferreira de Andrade. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: 23 de jan. 2012 (B).

COC / Fiocruz. João Carlos Teixeira Brandão. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: 23 jan. 2012 (A).

BRASIL. João Belchior Goulart. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/joao-goular>. Acesso em 25 jan 2012 (A).

BRASIL. Humberto de Alencar Castello Branco. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/castello-branco/biografia-periodo-presidencial>. Acesso em 25/01/2012 (B)

UNIFESP. [Escola Paulista de Medicina]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/historic.htm>. Acesso em 24 abr. 2012

BRASIL. Arthur Costa e Silva. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/costa-silva/biografia-periodo-presidencial>. Acesso em 25/01/2012 (C)

BRASIL. Emilio Garrastazu Médice. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/emilio-medice/biografia-periodo-presidencial>. Acesso em 25/01/2012 (D)

BRASIL. Ernesto Beckmann Geisel. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/ernesto-geisel/biografia-periodo-presidencial>. Acesso em 25/01/2012 (E)

BRASIL. [Aliança Anticomunista Brasileira]. Disponível em: BRASIL. Emilio Garrastazu Médice. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.acervoditadura.rs.gov.br/contextod.htm>. Acesso em 19/03/2012 (F)

BRASIL. Getúlio Vargas. Biblioteca da Presidência da República- Ex-presidentes. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas/biografia-periodo-presidencial>. Acesso em 25/01/2012. Acesso em 25 jan. 2012 (G)

FGV/CPDOC. Gustavo Capanema. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/gustavo_capanema Acesso em: 23 jan. 2012

FIOCRUZ/IOC. [Nasce o IOC]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=62>. Acesso em: 27 jan. 2012. (H)

BRASIL. [Mário Machado Lemos]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1985_1964.php Acesso em: 08 jun. 2012.

ALMEIDA, Theóphilo. História e evolução dos hospitais. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações>. Acesso em: 17 fev. 2012.

Sites:

CUNHA, M. C. Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9022365757720300>. Acesso em 25/01/2012

ENGEL, Magali. Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7177661266996096>. Acesso em: 25 de jan. 2012

TEIXEIRA, M. O. Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4874352254364717>. Acesso em: 25 de jan.2012

CARRARA, S.L. Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3804782071634146> . Acesso em 25 de jan. 2012.

MACHADO, Roberto. Currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5359000767129172> .Acesso em: 24 de mar. 2012.

Monografias,, Dissertações e Teses:

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil, 1830-1920**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1982.

AMORIM, Wellington Mendonça. **A reconfiguração da primeira escola de enfermagem brasileira: a missão de Maria Castro Pamphiro (1937-49)**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 218f., 2004.

ANDRADE, M.S. **Democratização do hospital psiquiátrico: um estudo da Colônia Juliano Moreira no anos 80**. Dissertação do mestrado. Rio de Janeiro: IMS/Uerj. 1992.

BESSA, Marina do Nascimento. **O movimento estudantil na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1955-1958**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira. **Doença mental e Estado Novo: a loucura de um tempo**. Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 199f., 2011.

CHAVES, C.P. **O serviço social frente ao novo paradigma da saúde mental**. Monografia. Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 1995.

DIAS, Allister Andrew Teixeira. **“Dramas de Sangue” na Cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921)**. Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 209 f. Rio de Janeiro, 2010.

DIAS, Paula Barros. **Arte, loucura e ciência no Brasil: as origens do museu de imagens do inconsciente**. Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 170 f. Rio de Janeiro, 2003.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese doutorado. Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 2008.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)**. Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 244p. Rio de Janeiro, 2011.

JABERT, A. **De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX**. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

KEUSEN, Alexandre Lins. **Colônia Juliano Moreira: do asilo ao Complexo Multi-Assistencial. Reflexões sobre a trajetória de uma instituição psiquiátrica**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

LOUGON, M. **Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública**. Dissertação de Mestrado. 198p Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1987.

LUZ, Heloisa Helena Venturi. **Política de saúde mental de Blumenau: Uma experiência da gestão democrática?**. UNIVALI- SC. Dissertação de Mestrado. 164 p.

2006. Disponível em:
<http://siaibib01.univali.br/pdf/Heloisa%20Helena%20Venturi%20Luz.pdf>. Acesso em
02 de junho.

MACEDO, Maurício Roberto Campelo. **Políticas de saúde mental no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1981.

MEDEIROS, Tácito Augusto. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

MELLONI, Maria Teresa. O movimento psicanalítico no Brasil (1937-1959): efeitos de um processo de institucionalização. Dissertação de Mestrado. 125 f. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Tese de Doutorado. Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG. 402p. 2003.

MILAGRES, ALD. **Porta de Saída do Asilo: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas do IMAS Juliano Moreira**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. **Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza**. Dissertação de Mestrado. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 188p. Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Edmar. **Engenho de Dentro do lado de fora: o território como um Engenho Novo**. Monografia. 124 f. Fundação João Goulart, 2004.

PERES, Maria Angelica de Almeida. **Relações institucionais entre a EAN e o IPUB (1957-1963)**. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. PPGE da EAN, UFRJ, 2004.

PIRES, Valdomiro. Memorial do diretor da DAP. Relatório dos Serviços Federais de Saúde, 1937, p. 96, apud Amorim, Welington Mendonça. **A reconfiguração da primeira escola de enfermagem brasileira: a missão de Maria de Castro Pamphiro (1937-1949)**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 218f. 2004.

REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos. **A reforma psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro: perspectivas e impasses**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, 92p. 1996.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Dissertação de Mestrado. 211p. Rio de Janeiro: s.n, 1988.

SANTOS, Nádya Maria Weber. **História de Sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos** (Brasil, 1905/1920/1937). Tese de Doutorado. 385p. Rio Grande do Sul: UFRGS, Porto Alegre, 2005.

SILVA, Fabiana de Oliveira. **Racionalização de gastos: uma abordagem discursiva da diretriz que ameaça o SUS**. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, 2007. 39p. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007silva-fo.pdf>. Acesso em: 04 de Jun. 2011.

SILVEIRA, Renato Diniz. **Projeto Lopes Rodrigues: continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. 2008

TESARO, Elizandra. **Tecendo algumas reflexões sobre: o serviço social no contexto da saúde - como foco principal, a questão da saúde mental**. Universidade Federal de Santa Catarina. Monografia. 85p. Florianópolis, 2010.

TOMACHESKI, J. A. **Condições Sociais de Surgimento e Implementação de uma Política Pública: Burocratas e Médicos na Formação das Políticas de Saúde no Brasil (1963-2004)**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília – UNB. P. 315, 2007.

VAISSMAN, Magda. **Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70**. Dissertação de Mestrado, p.130. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.

VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Sobre a ‘Nova Psiquiatria’ no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria**. Dissertação de Mestrado, 216p. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

Leis, decretos, portarias:

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados.

BRASIL. Decreto nº 132, de 23 de dezembro de 1903. Dispõe sobre as normas para a internação de alienados.

BRASIL. Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

BRASIL. Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927. Transforma a Assistência de Alienados do Distrito Federal em Assistência a Psicopatas.

BRASIL. Decreto nº 19.444, de 1 de dezembro de 1930. Dispõe sobre os serviços que ficam e cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública.

BRASIL. Decreto nº 20.889, de 30 de dezembro de 1931. Desliga do Departamento Nacional de Saúde Pública a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário

BRASIL. Decreto nº 206 A, de 15 de fevereiro, cria a Assistência Médica e Legal aos Alienados e determina a criação das Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, destinadas a pacientes do sexo masculino, tranquilos e incuráveis.

BRASIL. Decreto nº 22.561, de 7 de Fevereiro de 1947. Concede favores fiscais aos Estabelecimentos Hospitalares que se construírem no Distrito Federal e dá outras providências.

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

BRASIL. Decreto nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Cria o Serviço Nacional das Doenças Mentais, com seus órgãos centrais: Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria caixas de aposentadoria e pensões para os ferroviários.

BRASIL. Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas n Distrito Federal.

BRASIL. Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890. Approva o regulamento para a Assistência Medico-Legal de Alienados.

BRASIL. Decreto nº 60.252, de 21 de Fevereiro de 1967. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.531, de 11 de Julho de 1941. Aprova novas tabelas numéricas para o pessoal extranumerário-mensalista de diversas repartições do Ministério da Educação e Saúde.

BRASIL. Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966. Propõe a Unificação dos Institutos de Aposentadoria.

BRASIL. Decreto nº 8.834, de 11 de julho de 1911. Cria a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, destinada a mulheres.

BRASIL. Decreto nº. 20.110, de 16 de junho de 1931. Transfere, com as respectivas dotações orçamentárias, do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o da Educação e Saúde Pública o Manicômio Judiciário.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.055, de 18 de novembro de 1944. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências

BRASIL. Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar Acordos visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 6.118, de 9 de Outubro de 1974. Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde

BRASIL. Manual de Serviço pra a Assistência Psiquiátrica do INPS. Brasília, 1973.

BRASIL. Portaria nº 32 do Ministério da Saúde. Brasília, 1974.

BRASIL. Portaria nº 63 do Ministério da Saúde. Brasília, 1972.

