

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

**ANDRÉ LUIZ DE CARVALHO BRAGA**

**A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: AS AÇÕES DO**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE (1961-1979)**

Rio de Janeiro

2019

**ANDRÉ LUIZ DE CARVALHO BRAGA**

**A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: AS AÇÕES  
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (1961-1979)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências

Orientadora: Professora Dra. Ana Teresa A. Venancio

Rio de Janeiro

2019

Ficha Catalográfica

---

B813a Braga, André Luiz de Carvalho.

A assistência psiquiátrica no Brasil : as ações do Ministério da Saúde (1961-1979) / André Luiz de Carvalho Braga. – Rio de Janeiro : s.n., 2019. 225 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019. Bibliografia: 204-215f.

1. Psiquiatria. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. História do Século XX.
4. Brasil.

CDD 616.89

---

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

**ANDRÉ LUIZ DE CARVALHO BRAGA**

**A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: AS AÇÕES DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE (1961-1979)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências

**BANCA EXAMINADORA:**

Professora Dra. Ana Teresa A. Venancio – Orientadora. (COC/Fiocruz)

Professora Dra. Cristina M. O. Fonseca – Co-orientadora (COC/Fiocruz)

Professor Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (IPUB-UFRJ)

Professora Dr<sup>a</sup>. Yonissa Marmitt Wadi (UNIOESTE- PR)

Professora Dr<sup>a</sup>. Cristiana Facchinetti (COC/Fiocruz)

Professor Dr.. Carlos Henrique Paiva (COC/Fiocruz)

**Suplentes**

Professor Dr. Rossano Cabral Lima (IMS-UERJ)

Professor Dr. Rômulo de Paula Andrade (COC/Fiocruz)

**Rio de Janeiro**

**2019**

Ao meu pai, Luiz Carlos de Souza Braga, *in memoriam*.

Aos meus filhos, Helena e Francisco.

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos à minha orientadora, Ana Teresa Venancio. São vários os motivos que justificariam meus sentimentos de gratidão. Contudo focarei no mais próximo, a condução da produção desta tese. Sem sua orientação, tenho dúvidas de que este momento poderia se tornar possível. Num dos momentos mais difíceis que passei durante a condução deste trabalho, senti-me acolhido pelas suas palavras e gestos. Seu esforço final para finalizarmos foi inspirador. Obrigado por tudo!

À minha orientadora inicial, Cristina Fonseca, a quem devo o acolhimento, a condução intelectual partilhada e o tempo dedicado a este projeto.

Aos professores da COC, que, por meio do convívio durante as aulas e nos encontros acadêmicos, ampliaram a minha visão de estudos no campo da história das ciências e da saúde.

Aos funcionários da COC, que facilitaram esta pesquisa, dando o suporte necessário de que um estudante de mestrado necessita. Em especial, ao secretário Sandro.

Aos meus colegas alunos da COC, que, durante esse período intenso de estudos e pesquisas, possibilitaram uma convivência enriquecedora nos campos acadêmico e humano.

À Fundação Oswaldo Cruz, pelo financiamento deste projeto, o que me possibilitou maior dedicação aos estudos.

No âmbito familiar e pessoal, quero agradecer profundamente a todos aqueles que, de alguma maneira, ajudaram a mim ou à minha mãe, principalmente a ela, na árdua tarefa de criar um filho nas condições em que isso se deu. Em especial, à minha tia Celi e à minha prima Ilza.

À minha mãe, Maria Cristina de Carvalho Braga. Qualquer palavra escrita aqui seria insuficiente para demonstrar minha gratidão, mas quero relembrar um episódio que diz muito sobre o que devo a ela. Antes mesmo de iniciar minha segunda graduação, quando ainda estava em dúvida se estudaria ou se pagaria as contas, ela foi a mulher guerreira que sempre me inspirou e disse: *“você vai se matricular na faculdade no semestre que vem, nem que a gente coma arroz, feijão e ovo todos os dias”*. Não teve um

dia de madrugada, trabalhando nesta tese, em que não me lembrasse dessas palavras. Obrigado por nunca ter desistido de mim. Amo você!!!

À minha amada esposa Vania, pelo amor, carinho e compreensão das minhas presenças ausentes, por ser meu porto seguro desde que me aventurei nessa empreitada acadêmica que já dura 9 anos. Sem você, eu não conseguiria chegar até aqui. Você merece um *Honoris Causa* por essa ajuda. Minhas dívidas e promessas agora serão pagas, com juros enormes, mas com grande prazer.

Finalizo meus agradecimentos a vocês, meus pimpolhos. O simples sorriso banguela, quando eu chegava em casa ou saía do escritório, depois de horas intermináveis de trabalho, já me mostrava que tudo ficaria bem. Helena e Francisco, num dado momento dessa empreitada, pensei seriamente em desistir, tamanho era o desespero do papai. Meu compromisso com minha orientadora me fizeram continuar. Nossa palavra é o que temos de mais valioso nessa vida. Se perdermos nossa credibilidade, o que nos restará? Não poderia passar essa mensagem a vocês. Desistir significava perder para mim mesmo. Queria deixar uma mensagem para vocês, na verdade, uma opção: além de desistir, o que certamente nos deixa mais confortáveis, também podemos seguir em frente, persistir, apesar dos pesares. Papai chegou até aqui com muito sofrimento, deixando de lado muitas coisas, inclusive a convivência com vocês. Sofri muito, mas não me arrependo. Agora, podemos desfrutar desse esforço.

Então, pequenos, partiu parquinho!?!?!

## RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar as ações do Ministério da Saúde – por meio do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – durante os anos de 1961 e 1979. Busca-se investigar a dupla atuação dos referidos órgãos, a saber: nos estados, por meio do modelo de gestão baseado na centralização normativa e na descentralização executiva, em que o Ministério da Saúde firmava convênios com os estados da federação para a realizar obras nos hospitais locais, auxiliar nas suas manutenções e incentivar o uso da praxiterapia; e no estado da Guanabara, onde o SNDM realizava a gestão executiva das instituições psiquiátricas federais ligadas ao Ministério da Saúde. Para tanto, observa-se a associação entre as diretrizes conceituais e assistenciais defendidas no período e a legislação que regia a assistência psiquiátrica na época, consubstanciando-se efetivamente em políticas públicas. Ademais investiga-se a execução concreta de tais políticas, com base nos meios administrativos e terapêuticos de que as instituições assistenciais dispunham na época. Para tanto, foram analisadas fontes primárias encontradas em periódicos psiquiátricos especializados, que apresentavam discussões sobre o estado da arte da assistência psiquiátrica no país; o acervo documental do SNDM, localizado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM); relatórios técnicos da OMS, oriundos de reuniões que contavam com a participação de psiquiatras de variados países, inclusive do Brasil; e textos legislativos relativos ao tema.

**Palavras-chave:** Assistência psiquiátrica; história; Brasil Serviço Nacional de Doenças Mentais; Divisão Nacional de Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to analyze the actions of the Ministry of Health - through the National Service of Mental Diseases (SNDM) and the National Division of Mental Health (DINSAM) - during the years 1961 and 1979. It seeks to investigate the dual performance of these bodies, namely: in the states, through the management model based on normative centralization and executive decentralization, in which the Ministry of Health signed agreements with the states of the federation to carry out works in the local hospitals, assist in their maintenance and encourage the use of praxitherapy; and in the state of Guanabara, where the SNDM performed the executive management of the federal psychiatric institutions linked to the Ministry of Health. Therefore, we observe the association between the conceptual and assistance guidelines defended in the period and the legislation that governed the psychiatric care at the time, consubstanciating effectively in public policies. In addition it investigates the concrete execution of such policies from the administrative and therapeutic means that the assistance institutions had at the time. For this, we analyzed primary sources found in specialized psychiatric journals that presented discussions about the state of the art of psychiatric care in the country; the documentary collection of the SNDM located at the Municipal Institute of Health Care Juliano Moreira (IMASJM). WHO technical reports from meetings that counted on the participation of psychiatrists from various countries, including Brazil; and legislative texts on the subject.

## LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Composição das reuniões do Comitê de Expertos em Higiene Mental (1949-1962) – Parte 1 .....	<b>37</b>
Quadro 1 – Composição das reuniões do Comitê de Expertos em Higiene Mental (1949-1962) – Parte 2 .....	<b>37</b>
Quadro 2 – Modelos institucionais contemplados pelos convênios de obras (1968) ..	<b>108</b>
Quadro 3 – Lista de Hospitais Colônias sob a administração estadual até 1969.....	<b>109</b>
Quadro 4 – Valores investidos pelos estados e pela União para obras em instituições psiquiátricas (1964-1968).....	<b>112</b>
Quadro 5 – Relação entre verbas federal e estadual investidas para convênios de obras em psiquiatria (1964-1968).....	<b>113</b>
Quadro 6 – Despesas ordinárias do Hospital Colônia Dr. João Machado – RN (1960).....	<b>118</b>
Quadro 7 – Quantidade de profissionais atuando na assistência psiquiátrica brasileira (1965-1970).....	<b>120</b>
Quadro 8 – Valores dos convênios de manutenção recebidos pelos estados na década de 1960 .....	<b>122</b>
Quadro 9 – Recursos para convênios de praxiterapia na década de 1960 .....	<b>128</b>
Quadro 10 – Comparativo dos valores destinados aos convênios durante as décadas de 1950 e 1960 .....	<b>129</b>
Quadro 11 – Ranqueamento dos estados no recebimento de verbas nos convênios de manutenção e praxiterapia (década de 1960) .....	<b>131</b>
Quadro 12 Recursos gastos em medicamentos enviados aos ambulatórios de Saúde Mental no Brasil (1969) .....	<b>135</b>
Quadro 13 – Terapêuticas usadas nos Ambulatórios de Saúde Mental em todo o Brasil – 1965 .....	<b>136</b>
Quadro 14 – Valores dos acordos entre a União e os estados na década de 1970 .....	<b>151</b>
Quadro 15 – Fluxograma da assistência psiquiátrica do SNDM na cidade do Rio de Janeiro (até 1965).....	<b>168</b>
Quadro 16 – Recursos institucionais disponíveis no CPPII (1975).....	<b>170</b>
Quadro 17 – Fluxograma da assistência psiquiátrica da DINSAM na cidade do Rio de Janeiro (pós 1965).....	<b>171</b>
Quadro 18 – Organograma do Centro Psiquiátrico Nacional em 1965 .....	<b>174</b>
Quadro 19 – Organograma do Centro Psiquiátrico Pedro II .....	<b>175</b>

Quadro 20 – Número de tratamentos realizados no Centro Psiquiátrico Pedro II (1964).....	<b>178</b>
---	------------

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

AHM – Ambulatório de Higiene Mental

AHM-NPI – Ambulatório de Higiene Mental de Neuro-Psiquiatria Infantil

AHM-NS – Ambulatório de Higiene Mental de Neuro-Sífilis

AL – Alagoas

APA – American Psychiatry Association

ASM – Ambulatório de Saúde Mental

BA – Bahia

BMC – Bloco Médico Cirúrgico

CE – Ceará

CEHM – Comitê de Expertos em Higiene Mental

CEME – Central de Medicamentos

CEPE – Centro de Estudos Paulo Elejalde

CGE – Coordenação Geral de Ensino

CPN – Centro Psiquiátrico Nacional

CIAP – Conselho Interamericano de Associações Psiquiátricas

CJM – Colônia Juliano Moreira

CNS – Campanha Nacional de Saúde

COPEN – Comissão Permanente de Estudos

CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DNS – Departamento Nacional de Saúde Mental

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

HGR – Hospital Gustavo Riedel

HICC – Hospital de Intercorrências Clínicas e Cirúrgicas

HNPI – Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil

HNS – Hospital de Neuro Sífilis

HOG – Hospital Odillon Galotti

HP – Hospital Pinel

HPII – Hospital Pedro II

IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais

IAPM – Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Marítimos

IASEG – Instituto de Assistência de Servidores do Estado do Rio de Janeiro

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IP – Instituto de Psiquiatria

IPAB – Instituto Professor Aduino Botelho

IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

IPUB-UFRJ – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MA – Maranhão

MJHC – Manicômio Judiciário Heitor Carrilho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental

PSP – Pronto Socorro Psiquiátrico

PSP- ZN – Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul

RN – Rio Grande do Norte

SAP – Serviço de Assistência a Psicopatas

SCC – Serviço de Coordenação e Controle

SE – Sergipe

SNAT – Serviço de Normas e Assistência Técnica

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SSAE – Subsetor de Auxílios aos Estados

STO – Setor de Terapia Ocupacional

STOR – Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UP - Unidade de Planejamento

WFMH – World Federation for Mental Health

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 - Os novos horizontes da ciência médica psiquiátrica na década de 1960</b> .....	<b>32</b>
1.1 Novas ideias psiquiátricas no contexto internacional .....	32
1.2 Novas diretrizes para a psiquiatria brasileira: atores e ideias.....	45
1.3 Ideias que se tornam leis.....	61
<b>CAPÍTULO 2 - Diretrizes da assistência psiquiátrica brasileira na década de 1970</b> .....	<b>70</b>
2.1 O problema do hospitalismo.....	72
2.2 O imaginário em torno das doenças mentais .....	75
2.3 A divisão da prevenção: primária, secundária e terciária .....	78
2.4 “Hospital pequeno e ambulatório grande”: a psiquiatria social e a saída comunitária .....	87
2.5 A legislação em defesa das novas ideias.....	96
<b>CAPÍTULO 3 - A assistência psiquiátrica pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (1960-1979)</b> .....	<b>102</b>
3.1 Convênios de obras.....	106
3.2 Convênios de manutenção .....	114
3.3 Convênios de praxiterapia .....	124
3.4 Os ambulatórios de saúde mental .....	132
3.5 A Campanha Nacional de Saúde Mental e seus convênios.....	145
3.6 O Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) .....	154
<b>CAPÍTULO 4 - O Serviço Nacional de Doenças Mentais na cidade do Rio de Janeiro</b> .....	<b>162</b>
4.1 Portas de entrada no sistema de saúde mental da DINDSAM na Guanabara .....	165
4.2. O Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII.....	172

4.2.1 As unidades hospitalares do CPPII .....	177
4.3 O Hospital Pinel .....	185
4.4.A Colônia Juliano Moreira - CJM .....	190
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	
Fontes Primárias .....	<b>209</b>
Bibliografia.....	216
<b>ANEXOS .....</b>	<b>229</b>
Anexo I: Quadro de diretores de instituições de saúde mental no Brasil (1956-1979).....	230
Anexo II: Questionário entre os participantes do I Encontro dos Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste (1978) .....	231
Anexo III: Reportagem do Jornal do Brasil “Sujeira domina Pinel, que foi hospital padrão” de 10/12/1972 .....	239

## INTRODUÇÃO

Em 1985, minha mãe e eu fomos morar no bairro da Taquara, em Jacarepaguá, Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, conhecida na década de 1930 como “sertão carioca”. A nova casa ficava a cerca de 2.500 metros da Colônia Juliano Moreira. Da janela do meu quarto, era possível ver o morro localizado no limite de suas cercanias, e, anos depois, descobri que se chamava “Dois Irmãos”. Essa proximidade contaminava a todos os moradores do local, inclusive nós, crianças e adolescentes. Escutávamos relatos de como os internos eram tratados, de como eram aprisionados em quartos parecendo calabouços dignos dos filmes e desenhos que víamos à época.

Em algumas ocasiões, ouvíamos histórias de que “alguém” teria tido algum tipo de “surto mental” e que havia sido recolhido. O destino dessas pessoas nunca era informado, mas não precisava: era natural para nós que tivessem sido encaminhadas para a Colônia, essa percepção era unânime. Quando alguém era “levado”, necessariamente apresentava uma de três características possíveis, a saber: comportamento de elevada e incontrolada agressividade; perda da noção da realidade, demonstrada na fala agressiva e desconexa, ou por meio de ações, como a retirada da própria roupa em público; e agir como se estivesse sob “incorporação” de espíritos, sempre vinculados ao Candomblé ou à Umbanda. Após esses episódios, nunca mais víamos este “alguém”.

Dessa forma, era construído no imaginário social daquele local que “lá” era um ambiente para aqueles que apresentassem imprevisibilidade nas suas ações, principalmente em episódios relacionados a atitudes violentas, estabelecendo-se, portanto, instantaneamente, uma correlação entre loucura e violência. Essa percepção frustrou todas as nossas tentativas de fazer “expedições aventureiras” infanto-juvenis à Colônia, sempre frustradas na porta da instituição devido à paralisia que nos acometia pelo medo de ultrapassarmos a cancela.

Em 1997, depois de 12 anos alimentado a curiosidade de saber o que se passava dentro da Colônia, eu e mais alguns amigos, desta vez de carro, vencemos o medo e entramos. Ao me deparar com um grande grupo de internos, todos vestidos com o uniforme da instituição, descuidados, muitos sem dentes, todos com a cabeça quase completamente raspada, perguntei-me como aquelas pessoas poderiam ter chegado àquela condição.

Depois de 10 anos, fiz a minha segunda entrada na instituição. Naquele momento,

eu já era um estudante de história. Diferentemente da primeira vez, não vi grandes grupos de internos uniformizados passeando juntos. Somente em áreas mais afastadas da portaria, pude identificar alguns internos, desta vez, distribuídos de maneira bem espaçada e, aparentemente, gozando de certa autonomia. Foi grande a diferença entre a primeira e a segunda visita, e a razão para isso está no fato de que, entre uma e outra, em 2001, foi promulgada a lei nº10.216, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica. Essa lei estabelecia novas regras sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu as internações como exceções, não mais como regras.

A partir de então, busquei compreender as causas que tornaram possível a publicação de tal legislação, capaz de uma transformação radical na assistência psiquiátrica. Amarante (1995, pp. 51-52) relata que o estopim para o início dos movimentos de contestação do paradigma assistencial vigente ocorreu no ano de 1978, após mais um dia de trabalho numa instituição psiquiátrica que funcionava em condições precárias. Três médicos não concursados do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), subordinados à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde, localizado no bairro do Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro, resolveram denunciar no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades daquela unidade hospitalar. Esse ato poderia ter-se limitado às repercussões locais, esvaziando-se rapidamente. Entretanto, logo conseguiu mobilizar outros profissionais de outras unidades, deflagrando-se uma greve, em abril do referido ano, em todas as unidades da DINSAM na cidade do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), seguida da demissão de 260 funcionários e estagiários. Este episódio ficou conhecido como a "*crise da DINSAM*" (AMARANTE, 1995, p. 51).

A DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – havia sido criada em 1970<sup>1</sup>, como órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração e gestão de uma política nacional para a área da saúde entendida como psiquiátrica. Como veremos, a DINSAM vem de fato substituir e dar nova organização ao antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais, criado em 1940. Essa mudança estava contida no bojo de uma reformulação no Ministério da Saúde, que transformou os Serviços Nacionais remanecentes em Divisões

---

<sup>1</sup> Cf. Decreto 66.623, 22 de maio de 1970.

Nacionais<sup>2</sup>.

A “crise da DINSAM”, no final da década de 1970, tornou-se então catalisadora de um movimento mais amplo de contestação, que identificava, nos resultados do processo de ampliação do número de leitos psiquiátricos, um sinal de falência do modelo que estruturou a assistência psiquiátrica até aquele momento. As análises existentes sobre o assunto têm demonstrado claramente que esse aumento da capacidade de internação de pacientes psiquiátricos deu-se, principalmente, por meio dos serviços de saúde disponibilizados pelo Ministério da Previdência Social (MPAS), e de seu Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Sabemos também que as ações do MPAS corroboravam a via privatizante. O aumento do atendimento psiquiátrico aos trabalhadores assegurados fez-se por meio dos serviços hospitalares e ambulatoriais privados, e a exacerbação desse modelo levou a um processo irremediável de “mercantilização da loucura”, que, no final da década de 1970 e no início da década de 1980, passou a estimular o debate para a reformulação do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro (cf. VAISSMAN, 1983; RESENDE, 1987; AMARANTE, 1995; PAULIN & TURATO, 2004). Durante este processo de inclinação da assistência psiquiátrica ao setor privado ocorreu:

A proliferação de hospitais psiquiátricos particulares determinou a disputa da clientela, estes apregoando sua tradição de oferecer melhores instalações... a clientela habitualmente opta pelo serviço privado, não querendo identificar-se com o estigma vinculado à tradição do antigo asilo público”. (MEDEIROS, 1977, p. 124)

Para Paulin e Turato (2004, p. 247), esse movimento privatizante teria “*sido fruto da estratégia de hegemonia das classes dominantes que ditou as normas sociais após 1964*”.

Os quatro últimos trabalhos, ao citarem ou analisarem a “crise da DINSAM”, enfatizam que o quadro denominado por eles como uma crise na assistência psiquiátrica brasileira em fins de 1970, foi proporcionado pela prioridade dos investimentos públicos no setor privado após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, o qual privilegiou propostas assistenciais curativas, em detrimento das preventivistas, ancoradas na contratação de leitos privados pelo referido órgão. O setor

---

<sup>2</sup> Sempre que estiver referindo-me a esse órgão a partir de 1970, usarei a nomenclatura DINSAM. Quando estiver reportando-me a fatos relativos a antes de 1970, usarei Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM).

privado identificava, não só na assistência psiquiátrica, mas também na assistência médica como um todo, um “*locus de acumulação de capital*” (VAISSMAN, 1983, p. 19). Nesse sentido, as análises apontam que a combinação entre privatização da saúde e a opção por um modelo hospitalocêntrico levaram à crise em que se encontrava a assistência psiquiátrica elaborada e gestada pelo governo federal.

Embora sejam claras as evidências de que o sistema de saúde para área psiquiátrica ao longo das décadas de 1960 e 1970 tenha caminhado no sentido da hegemonia da privatização da saúde com foco na hospitalização, produzindo-se um estado de abandono das unidades públicas federais, ainda é desconhecido o modo como o Ministério da Saúde atuava nesse contexto. Quais ideias e ações foram divulgadas e implantadas pelo Ministério da Saúde, por meio de seu Serviço Nacional de Saúde Mental e, após 1970, de sua Divisão Nacional de Saúde Mental? Como esses órgãos estruturaram e foram estruturados pela política pública para a área psiquiátrica?

Portanto, corroborando as análises existentes sobre a combinação histórica entre privatização da saúde e ênfase no modelo hospitalocêntrico – gestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, e pelo Ministério Previdência Social (MPAS) – busco ampliar e aprofundar o olhar sobre a falência da assistência psiquiátrica no final dos anos 70, analisando as ações específicas do Ministério da Saúde, as próprias condições e estruturas do referido órgão e as políticas públicas para área psiquiátrica que defendeu. Interessa-me assim compreender a história da assistência psiquiátrica que levou à “crise da DINSAM”, trazendo para essa história o ponto de vista da própria DINSAM, de suas ações, intenções, projetos, investimentos e discursos.

É corrente na historiografia da psiquiatria no Brasil, relativa à segunda metade do século XX, a menção ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), embora poucas sejam as análises históricas dedicadas a estas instituições. Destaco assim a dissertação de André Fabrício (2009), na qual o autor busca entender a maneira como a assistência psiquiátrica fez parte do projeto governamental de saúde pública durante a “Era Vargas”, analisando a atuação do SNDM na cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, por intermédio da história da Colônia Juliano Moreira<sup>3</sup>. Fabrício (2009) percebe alterações nos rumos que tomava a psiquiatria

---

<sup>3</sup> A Colônia Juliano/Moreira é uma das unidades de assistência psiquiátrica do governo federal fundada em 1924. Sobre a história da Colônia Juliano Moreira ver Venancio e Potengy (2015). Trataremos especificamente dessa instituição no capítulo 4 desta tese.

enquanto ciência, influenciada por sua associação com a eugenia e pelo privilégio que concedia a ideia da prevenção, a qual se disseminaria por meio de categorias como *profilaxia e higiene mental*. É nessa conjuntura que se criou o SNDM, em 1941, objetivando transformar a realidade assistencial psiquiátrica brasileira, expandindo-a para todo o território nacional. A personagem escolhida para capitanear essa expansão foi Aduino Botelho, primeiro diretor do SNDM, que exerceu essa função até o fim do segundo governo Vargas, deixando-a em setembro de 1954.

Portanto, até a década de 1950, o SNDM estava em processo de expansão de suas atividades. A partir do trabalho de Fabrício (2009), resolvi avançar nos períodos históricos posteriores e estabeleci como objeto de investigação da minha dissertação de mestrado (Braga, 2013), o estudo da assistência psiquiátrica pública em âmbito nacional durante a administração de Juscelino Kubitschek (1956-1960). Essa escolha ocorreu devido a fatores diversos. Em relação ao quadro político mais amplo, interessava-me observar o desenvolvimento de uma política de saúde no contexto de um governo eleito democraticamente e que conseguiu concluir seu mandato; portanto, uma experiência em que todos os elementos do jogo político das sociedades democráticas estão em vigência. No que se refere à dimensão analítica mais específica da política pública de saúde, e de psiquiatria em especial, parece também iniciar-se aí uma nova fase sem a liderança de Aduino Botelho. Novas personagens aparecem na gestão da política pública para área psiquiátrica, sendo muitos deles autores de artigos publicados nos periódicos que vamos analisar, como veremos nesta introdução.

Conforme já resenhado em Braga e Venancio (2017), o governo de Juscelino Kubitschek teve como linha de orientação de suas ações o desenvolvimentismo ou nacional desenvolvimentismo, compromissado com o ideal democrático e de incremento da industrialização de tipo capitalista. Tal modelo baseou-se na necessidade de levar desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, social para todo o país. Para tanto, era preciso também reformar o Estado, a fim de diminuir a influência das demandas clientelistas, tornando-o mais técnico (BRAGA E VENANCIO, pp. 2017 95-96). Mesmo que o cenário político ainda fosse protagonizado em grande parte pelos setores “arcaicos” ligados à elite rural brasileira, o quadro socioeconômico do país mudara desde a Revolução de 1930. Duas décadas depois, no início dos anos 50, eram visíveis o crescimento econômico e a progressiva afirmação de um novo perfil sociopolítico da

sociedade brasileira, os quais produziam novas demandas (MOREIRA, 2011, pp. 162-163).

A ideologia do nacional desenvolvimentismo de JK, no entanto, era heterogênea: ao mesmo tempo em que defendia a ação estatal como norteadora do desenvolvimento econômico brasileiro, no que se refere à indústria de base, também demandava ao capital estrangeiro parcela substancial dos investimentos para serem aplicados em indústrias de bens de consumo que requeriam maior tecnologia à época (MOREIRA, 2011, p. 175). A política econômica de JK, definida no Programa de Metas durante a campanha presidencial, abrangia 31 objetivos, distribuídos em seis grandes grupos: energia, transporte, alimentação, indústria de base, educação e a transferência da capital da República da cidade do Rio de Janeiro para o interior do país, com a construção da cidade de Brasília (FAUSTO, 2006, p. 235).

Apesar do foco na dimensão econômica, o nacional desenvolvimentismo criado por JK foi também configurado a partir do nacionalismo e do desenvolvimento econômico elaborado e exercido durante o primeiro governo Vargas. O perfil de JK e de sua administração como representante dos interesses nacionais exprimia-se por meio de uma linguagem que falava “(...) do desenvolvimentismo nacional, dos interesses nacionais, das forças nacionais (...)” (MOREIRA, 2011, p. 163). Uma das faces desse nacionalismo era a da “integração nacional”: ligar os centros urbanos e industriais mais avançados do país, localizados na faixa litorânea, ao oeste brasileiro, porção do interior do território nacional, considerada atrasada, vazia, “abandonada” à própria sorte, e, por isso, pobre.

As propostas do governo JK para a área da saúde pública também apresentavam vinculação com ideias e estruturas já existentes. Suas origens encontravam-se na expansão da presença estatal verticalizada, centralizada e setORIZADA, características das ações de saúde pública durante a Era Vargas (1930-1945). Identifiquei, então, no período do governo de Juscelino, a permanência de uma diretriz engendrada nas décadas de 1930 e 1940 que, segundo Fonseca (2007, p. 24) determinava a centralização normativa e descentralização executiva das ações do Ministério da Saúde nos estados da federação para todos os setores da saúde. Desse modo, a criação de normas no campo da saúde ficava a cargo deste ministério, enquanto que a administração cotidiana das instituições públicas de saúde ficava sob os cuidados dos governos locais.

Verifiquei que essa diretriz fizera-se presente também para a área da assistência psiquiátrica desde 1946, quando a União passou a firmar convênios com os estados, a fim

de expandir a assistência em todo o território nacional por meio da construção ou ampliação de instituições psiquiátricas (BRAGA, 2013, p. 79). Durante o governo JK, esse modelo de convênio foi potencializado e recebeu quantidades cada vez maiores de verbas. Tal constatação permitiu-me concluir que, durante a gestão de Juscelino Kubitschek, as diretrizes assistenciais psiquiátricas do Ministério da Saúde, via SNDM, não só permaneceram as mesmas estabelecidas durante a criação do órgão na década de 1940, mas também foram potencializadas com mais recursos. Além da construção e ampliação de instituições psiquiátricas, outros dois tipos de contrato foram estabelecidos entre a União e os estados para a manutenção dessas instituições psiquiátricas e para a promoção de praxiterapia ou terapia ocupacional (BRAGA, 2013, p. 79).

Depois da conclusão do mestrado, busquei analisar as políticas públicas de assistência psiquiátrica implementadas pelo Ministério da Saúde, dentro de uma delimitação temporal circunscrita pelo fim do governo JK até o período da chamada “crise da DINSAM”, ou seja, de 1961 até 1979. Esse corresponde ao período imediatamente anterior às grandes transformações ocorridas no setor durante as décadas de 1980 e 1990, a qual tem sido denominada de reforma psiquiátrica, consubstanciada em várias leis estaduais até a promulgação da lei federal nº 10.216, em 2001, já mencionada.

O recorte temporal aqui escolhido abarca assim dois regimes políticos distintos: de 1961 a 1964, quando a democracia passa por dificuldades, e o período a partir de 31 de março de 1964, quando se instaura a ditadura no país. No fim do mandato de Juscelino Kubitschek, em janeiro de 1961, o Brasil vivia momentos conturbados em seu cenário político e econômico. Os problemas na economia, iniciados ainda na administração JK, agravavam-se. Já em seu segundo ano de mandato, entre 1957 e 1958, o governo JK instituiu um plano de corte de gastos públicos<sup>4</sup>. Em 1959, a inflação no Brasil atingiu 35,9% contra 12,4% do ano anterior<sup>5</sup>,

Conforme o resumo apresentado em Braga & Venancio (2017), os primeiros anos da década de 1960 marcaram o fim de um período de acelerado crescimento econômico, que se iniciou depois da segunda guerra mundial e perdurou pelos 15 anos seguintes

---

<sup>4</sup> Não há qualquer referência nos documentos pesquisados às razões desses cortes orçamentários. Entretanto, sabe-se que, na segunda metade de seu mandato, JK enfrentou uma crise econômica causada pelo aumento dos gastos públicos e da queda dos preços nos mercados internacionais dos produtos que compunham a pauta de exportação brasileira, o que acabou gerando forte pressão inflacionária (Sarmiento, 2012, s/p).

<sup>5</sup> Em 1960, o índice de inflação foi de 25,4%, em 1961, de 34,7%, em 1962, de 50,1% e, em 1963, de 78,4%. No entanto, apesar deste quadro inflacionário, durante a administração JK, houve um aumento significativo nas verbas destinadas aos acordos entre o SNDM e os estados.

(PRADO & EARP, 2007, p. 209). Essa queda no crescimento econômico nacional gerou intensos debates conceituais sobre a origem da crise e seu prognóstico de superação. Quais as mudanças na política econômica e quais as reformas institucionais poderiam viabilizar a continuidade do desenvolvimento brasileiro? Duas correntes antagônicas de pensamento se destacaram: os estruturalistas e os liberais.

Os estruturalistas defendiam o modelo de substituição de importação como forma de superar a crise, considerando as especificidades da economia brasileira agro-exportadora. Essa posição estava implicada, obrigatoriamente, pelo protagonismo do Estado na condução econômica. A questão central era: como atender a demanda de setores da sociedade brasileira que não eram atingidos pela crise do setor agrário-exportador? A solução viria com o aumento da oferta de bens e serviços produzidos em solo brasileiro por meio da instalação de novas unidades produtivas e com o aumento da força produtiva das unidades já existentes. Para tanto, seria necessário um mercado consumidor maior, ou seja, mais pessoas com poder de compra. A baixa remuneração dos trabalhadores rurais, entretanto, levaria este modelo de desenvolvimento à dependência dos setores urbanos. Os estruturalistas previam que este modelo encontraria um limite, tendo-se em vista a própria capacidade de crescimento da produção, quando o Estado então deveria agir: realizar a reforma agrária para aumentar a renda campesina e ampliar o mercado consumidor do setor rural, dinamizando o consumo doméstico. Além disso, deveria realizar investimentos governamentais capazes de produzir uma demanda dentro da sociedade brasileira que pudesse se desenvolver autonomamente, ou seja, um modelo autossustentado de crescimento econômico. Este conjunto de medidas ficou conhecido, no começo dos anos 1960, como Reformas de Base (PRADO & EARP, 2007, pp. 209-212).

Para os liberais, em uma perspectiva oposta, não havia nenhuma característica especial no Brasil que justificasse a atuação do Estado de forma distinta da realizada nos países mais avançados. Neste sentido, o crescimento viria como resultado da resposta da iniciativa privada às condições econômicas favoráveis. Dentro dessa interpretação, o papel do Estado deveria limitar-se a garantir a estabilidade monetária e um modelo tributário que fosse atrativo para os investimentos econômicos da iniciativa privada (Ibidem).

O governo de João Goulart abraçou a tese estruturalista. Além da reforma agrária, preparou uma reforma urbana que modificaria o modelo de relação entre os proprietários

de imóveis e seus inquilinos, causando grande temor de setores da classe média. Esse posicionamento levou ao acirramento de posturas contra e a favor do governo. Diante do agravamento da crise, os militares deram um Golpe de Estado com apoio de setores civis e depuseram João Goulart em 01 de abril de 1964. Desde então, os sucessivos governos militares governaram por meio de um conjunto de normas que se sobrepunham à própria constituição federal, denominados Atos Institucionais (AIs). De abril de 1964 a outubro de 1969, foram decretados 17 desses atos, sendo o mais conhecido o AI-5, implantado em 1968 (LINHARES, 1990; FAUSTO, 2006; MOREIRA, 2011).

A partir do primeiro presidente militar da ditadura brasileira, Humberto Castelo Branco (1964-1967), prevaleceu a tese econômica de cunho liberal, com a nomeação de notáveis economistas liberais para a condução das políticas econômicas. O novo governo garantiu certa autonomia para que este grupo realizasse reformas conservadoras e um plano de estabilização econômica que levaria o país a um novo modelo de crescimento econômico, conhecido como milagre econômico. Produzido durante o governo do General Médici (1969-1974), o milagre significou um período de grande crescimento, tendo como base o aumento da produção industrial, das exportações e de grandes utilizações de empréstimos internacionais. Contudo o governo adotou uma rígida política de arrocho salarial sem que trabalhadores e sindicatos pudessem reagir, já que estavam engessados diante da repressão política. Isso resultou na aceleração da concentração de renda que já ocorria em anos anteriores, mas em ritmo mais lento. O poder de compra do salário mínimo do trabalhador diminuía drasticamente, ao mesmo tempo em que se aumentava consideravelmente o número de postos de trabalho, principalmente nas grandes cidades, ocasionando um intenso êxodo rural. O milagre econômico durou pouco. Por estar ancorado em uma positiva conjuntura internacional favorável à tomada de empréstimos de bancos estrangeiros, fracassou frente à crise mundial do petróleo de 1973, quando os capitais financeiros se retraíram, e a economia brasileira sofreu grande impacto. A partir de então, a inflação começou a subir, e a dívida externa brasileira cresceu de forma avassaladora.

Esse contexto político e econômico, por vezes, influenciaria o modo como o Ministério da Saúde instituiria e implantaria diretrizes para as políticas de saúde para a área psiquiátrica. Como veremos, entre as décadas de 1960 e 1970, os anos democráticos não produziram ideias diversas das propagadas ao longo de todo o período em questão. Contudo a participação de amplos setores da sociedade civil no debate sobre os rumos das políticas públicas, entre elas a de saúde, era cada vez mais restrita. No contexto

antidemocrático, a participação política era cada vez mais violentamente reprimida. Os reflexos fizeram-se também em termos de recursos econômicos investidos na área psiquiátrica, quando foi notável uma diminuição entre 1961 e 1968, havendo maior afluxo de investimentos a partir de 1969, no período do milagre econômico.

Por se tratar de uma pesquisa voltada para a análise de políticas públicas, tomei como campo de discussão teórica a literatura institucionalista, que busca elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos numa dada sociedade (HALL & TAYLOR, 1996, p. 193). Nos trabalhos que a compõem, enfatizam-se os momentos de criação e de mudanças institucionais, destacando-se o importante papel desempenhado pelas instituições dentro do jogo político. Preocupam-se em compreender como alguns grupos rivais pela apropriação de recursos escassos conseguem êxito, privilegiando determinados interesses em detrimento de outros. Alguns dos principais trabalhos que orientam tal reflexão são: Immergut (1998); Hall & Taylor (1996); Steinmo, Thelen e Longstrech (1992); Weir (1992); Menicucci (2007); Fonseca (2007); Falletti (2010); Mahoney e Thelen (2010); e Gomide e Pires (2014).

O institucionalismo histórico evidencia quatro pontos de reflexão fundamentais para a presente pesquisa. O primeiro trata-se da importância dada à relação entre as instituições e a ação, permeada por cálculos estratégicos e interpretações dos atores políticos. O segundo chama atenção para o papel proeminente dos poderes e de suas relações assimétricas em tais análises. O terceiro sinaliza a importância de se analisar o desenvolvimento histórico de uma dada instituição, ou seja, sua trajetória determinada historicamente ou trajetória dependente (FONSECA, 2007, p. 14; MENICUCCI, 2007, p. 26). Por fim, destaco a ideia de que as instituições não são atores políticos isolados, planejando e executando ações, sem que exerçam ou recebam influência de outras instâncias da vida política; neste sentido, cabe considerar, como de igual importância, a análise dos fatores econômicos e ideológicos (IMMERGUT, 1996, p. 20).

Fica aqui o destaque para uma das bases teóricas metodológicas que nos orienta dentro da literatura do institucionalismo histórico, isto é, a ideia de *path dependence* (FALLETTI 2010; GOMIDE E PIRES, 2014; MAHONEY E THELEN, 2010). Tal conceito expressa a ideia de que políticas públicas previamente estabelecidas deixam legados que explicam, em grande medida, os seus desdobramentos futuros. A escolha de uma dada política, em detrimento de outra, altera o desenvolvimento de uma instituição que a executa, uma vez que, tais escolhas tem como importante consequência a

constituição de grupos de interesse que, por sua vez, são fortalecidos diante da produção de atividades que os beneficiam (MENICUCCI, 2007, pp. 26-28).

Para Menicucci (2010), a arena decisiva onde ocorre o conflito entre alternativas possíveis de caminhos institucionais deriva-se das escolhas feitas em momentos anteriores, pois contribuem para a formação de atores e de seus interesses por meio dos benefícios garantidos por essas políticas pretéritas. Isso se traduz nos efeitos “*lock-in*”, que correspondem ao estabelecimento, pelas políticas públicas, das “regras do jogo” e tem como consequência a alocação de recursos econômicos e políticos que facilitam ou bloqueiam determinadas ações.

Nessa perspectiva, as instituições são vistas como “*carries of history*” (portadoras de história), pois há conectividade do passado das instituições com o presente. Por essa razão, torna-se importante debruçar-se mais profundamente na genealogia do que na teleologia de uma instituição, pois a genealogia possibilitará compreender a formação das estruturas e das expectativas de seus agentes. Um segundo fator de grande importância é a análise da semelhança entre os canais de informações e os códigos que organizações com vários membros exigem para funcionar. Tal perspectiva analítica genealógica possibilita a compreensão das forças complementares e os elementos constituintes das complexas organizações humanas (ROCHEFORT, 1984).

Para Pierson (2000), o conceito de *path dependence* é um processo social fundamentado em uma dinâmica de retorno crescente. Ele reforça a ideia das dificuldades em uma dada instituição em mudar seu rumo no meio de sua trajetória, pois há um alto custo para sair do caminho traçado previamente. Isso se deve a quatro características que marcam a trajetória dependente de uma instituição: *multiple equilibria, contingency, a critical role for timing e sequencing*. Desse modo, a partir de um conjunto inicial de condições há várias possibilidades de resultados. Contudo pequenos eventos, se ocorridos em momentos específicos e precisos, podem ter consequências, inclusive cruciais, para o decorrer de sua trajetória, principalmente se acontecerem em um período inicial de organização ou funcionamento institucional. A partir destas mudanças, ocorrem novos equilíbrios que aumentam ainda mais a resistência às mudanças, devido à necessidade dos atores políticos fazerem seus sucessores ou se recolocarem nos postos chaves em suas instituições de origem (PIERSON, 2000, pp. 262-263). Entretanto, para o autor, a dificuldade em mudar suas estruturas não significa engessamento absoluto. Mesmo estabelecidas em bases duráveis, são sempre vulneráveis às mudanças, seja por

fatores exógenos ou endógenos.

Para Mahoney e Thelen (2010), as mudanças institucionais ocorrem quando há problemas de interpretação de papéis, e abre-se espaço para atores implementarem papéis existentes em novos caminhos. Os autores citam quatro modelos de mudança institucional: *displacement*, *layering*, *drift* e *conversation*. O primeiro representa a substituição de papéis existentes por novos. O segundo modelo de mudança consiste na introdução de novos papéis acima ou ao lado dos já existentes. O terceiro muda o impacto dos papéis existentes devido à troca ambiental; e o último significa mudança no impacto e na aplicação devido ao reemprego estratégico (MAHONEY E THELEN, 2010, pp. 15-16). Essas mudanças, contudo, podem ser realizadas sem que haja a participação de novos atores sociais com motivações transformadoras.

Outro fator importante dentro do conceito de trajetória dependente (*path dependence*) é a consequência cognitiva “*ao prover modelos de interpretação da realidade que funcionam como justificativas pós-facto da preferência*” (MENICUCCI, 2010, p. 57). Nesse sentido, a escolha de determinados caminhos institucionais afeta o aprendizado social sobre a política adotada, pois políticas públicas atribuem significado a uma dada realidade. Além disso, mudanças institucionais não significam rupturas absolutas, pois permanecem os constrangimentos informais presentes nas tradições e códigos de conduta impenetráveis à dimensão política, impossibilitando a ruptura completa.

Portanto, o grau de mudança de uma instituição ou do caminho escolhido por ela dependerá principalmente dos seus *arranjos institucionais*. Eles correspondem às regras específicas que os agentes estabelecem em suas transações econômicas, política e sociais e que dão sustentação à implementação das políticas públicas e determinam a capacidade estatal para tal implementação, dotando-a de habilidades necessárias para executar suas tarefas (GOMIDE E PIRES, 2014). Além disso, estruturam comportamentos políticos e estabelecem os contornos das decisões que serão tomadas (MENICUCCI, 2010, p. 48).

Outro ponto central de análise é compreender como ideias tornam-se políticas públicas dentro do processo de *policy-making* (formulação de políticas). Margareth Weir (1992) identifica dois caminhos distintos pelos quais a palavra *ideia* pode ser usada em relação à elaboração de políticas. O primeiro expressa uma ampla gama de conceitos ligados a valores e princípios morais que podem ser representados no debate político em

símbolos e retóricas, chamado de *filosofia pública*. O segundo refere-se a um conjunto programático de declarações, assim como terminologias técnicas ou profissionais enraizadas nos especialistas de cada área, denominando-as de *ideias programáticas*. Neste sentido, a autora propõe analisar o desenvolvimento e o trajeto dessas ideias e interesses materiais dentro do contexto institucional. Para a autora, a influência das ideias na política torna-se mais forte quando estas estão em consonância com as *ideias programáticas*, assim como com os *meios administrativos*, isto é, recursos de diferentes tipos, que viabilizam a realização ou concretização das ideias programáticas (verbas em quantidade suficiente, pessoal qualificado e condições materiais e técnicas adequadas). Desconectada das *ideias programáticas* e sem os *meios administrativos* adequados, a influência ideológica torna-se difícil de sustentar-se. Há, portanto, uma relação de interdependência entre ambas (WEIR, 1992, p.207).

Ao adotar aqui nesta tese a perspectiva da literatura institucionalista, busco compreender melhor a trajetória percorrida pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), entre 1961 e 1970, e pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), ao longo da década de 1970, assim como as escolhas desses órgãos por determinadas diretrizes assistenciais em detrimento de outras. Com isso, busco, por meio das fontes analisadas, identificar os atores expressivos da assistência psiquiátrica pública que debatiam e produziam ideias, as quais circulavam nos meios médicos profissionais e no Ministério da Saúde. Analiso também as instituições que pensavam e executavam as políticas públicas psiquiátricas do referido ministério no período em questão, observando como funcionavam e como eram financiadas. Desse modo, acredito ser possível compreender a trajetória da DINSAM, as ideias programáticas que conseguiu de fato implementar e os resultados produzidos a partir dos meios administrativos disponíveis para suas execuções.

Com base nessa perspectiva analítica, busquei fontes que possibilitassem a compreensão das políticas públicas psiquiátricas, seus desenvolvimentos, seus fatores determinantes e seus obstáculos. Dessa maneira, era necessário que tais fontes primárias estivessem relacionadas ao panorama das políticas públicas para a área da psiquiatria e à atuação do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde. Busquei assim, de modo sistemático, levantar e pesquisar os textos legislativos que falassem de como as ideias programáticas para a área psiquiátrica viraram leis corroborando, pela via legislativa, a estruturação deste sub setor da saúde. Com base em documentos diversos, foi possível encontrar referências a legislação vigente: lei, decretos-lei, portarias.

Outra fonte primária que possibilitou a identificação de uma visão analítica das políticas públicas psiquiátricas de maneira geral, sem especificidades regionais, são os Relatórios de Informes das reuniões do Comitê de Expertos em Higiene Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), do período de 1949 a 1962. Essa documentação, apesar de fragmentada e insuficiente em relação ao período em estudo, permitiu a observação dos resultados das discussões realizadas por especialistas da área psiquiátrica de várias partes do mundo, inclusive do Brasil, levando à produção de definições conceituais inovadoras que introduziriam parâmetros organizacionais para um novo tipo de assistência. Além disso, introduziu proposições no campo das ideias programáticas que serviriam como referência para futuras ações governamentais na área psiquiátrica no Brasil.

Também busquei, em alguma medida, perseguir os atores que escreviam sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, seja apresentando resultados de pesquisas sobre o assunto, seja elaborando balanços ou propostas para a área nos meios de divulgação dessa especialidade médica. Como é possível observar no Anexo 1, vários desses autores ocupavam cargos de gestão da assistência psiquiátrica federal. Alguns tinham também fortes laços e atuação expressiva no campo científico universitário.

Nessa perspectiva, foram analisados periódicos de diferentes tipos de instituições: órgãos governamentais da saúde, universidades, sociedade científica e sociedade de representatividade profissional. Dessa forma, foi possível entender a visão dos atores políticos que estavam pensando a assistência psiquiátrica nacional e divulgando suas ideias a este respeito ao longo das décadas de 1960 e 1970, a partir dos seguintes periódicos: *Revista Brasileira de Saúde Mental*, vinculada ao Serviço Nacional de Saúde Mental; a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* e os *Arquivos de Higiene*, organizados respectivamente pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB-UFRJ) e pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS).

A *Revista Brasileira de Saúde Mental* apresentava-se como um veículo de divulgação científica do SNDM. Sua primeira publicação ocorreu em 1955, e a última encontrada é referente ao ano de 1968, sem que eu tenha encontrado qualquer notícia na revista ou documento do SNDM que justifique o fim do periódico. A separação do seu conteúdo é feita através de segmentos organizados da seguinte forma: *artigos originais*, onde são apresentados textos de profissionais ligados à psiquiatria sobre questões

referentes a essa ciência. *Conferências, lições e comunicações* são textos referentes aos assuntos discutidos em outras instituições ou em eventos como congressos e conferências. *Notas psiquiátricas* são textos referentes a algum fato marcante da época, como aniversário de nascimento ou de morte de algum grande nome da psiquiatria ou psicologia, ou mesmo uma homenagem a algum profissional da área. *Livros em revista* é outro segmento apresentado nesse periódico, onde são feitas apresentações de livros sobre a temática da doença mental. *Revistas das revistas* contêm arquivos acadêmicos nacionais e estrangeiros sobre a psiquiatria. Por fim, *Noticiários*, onde eram publicadas notícias referentes ao próprio órgão e suas atividades.

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* era o veículo de divulgação de pesquisas científicas e informativas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A instituição foi criada em 1966, e o primeiro número do periódico foi publicado em 1967, não sofrendo interrupções até o ano de 1972. Após 7 anos de intervalo, voltou a ser publicado, em 1979. Contém textos técnicos científicos de seus associados, análise dos contextos assistenciais mais gerais e informativos. Em seus números, sistematicamente, havia duas seções: *Nota da Direção* e *Artigos Originais*. Contudo, de maneira intermitente, as edições contavam com seções como *Noticiários*, *Análise de Livros*, *Congressos e Reuniões Científicas*. Além disso, alguns números eram voltados exclusivamente para a transcrição de apresentações e textos defendidos em simpósios psiquiátricos.

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* era o veículo de divulgação das atividades científicas, culturais e médicos sociais do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, criado em 1942. Até 1953, chamava-se *Anais do Instituto de Psiquiatria*. Continha seções intituladas: *Artigos Originais*, *Conferências*, *Lições e Comunicações*, *Resumos de livros e revistas de interesses dos neuropsiquiatras*. Este não sofreu interrupção em suas publicações durante as décadas de 1960 e 1970.

Por fim, os *Arquivos de Higiene*, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde, órgão responsável pela formulação e coordenação das políticas de saúde no Brasil, apresentava também relatórios anuais dos serviços que compunham o DNS. Entre seu primeiro número, em 1927, até 1968, ocorreram alguns pequenos intervalos na sua publicação. Um desses corresponde à parte de nosso recorte temporal, pois, entre 1955 e 1964, não houve publicação do periódico, o que nos propiciava documentação deste periódico referente apenas a 4 anos da década de 1960. Tinha como finalidade divulgar informações sobre o combate e a prevenção de determinadas doenças, analisava a

assistência de saúde no Brasil como um todo e por meio de estudos de doenças específicas.

Um conjunto importantíssimo de fontes primárias utilizadas nesta pesquisa encontra-se no Fundo DINSAM existente no Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM – Prefeitura Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro), antiga Colônia Juliano Moreira, localizado no bairro de Jacarepaguá, na cidade do Rio de Janeiro. Tratam-se de relatórios do SNDM e de suas instituições subordinadas, referentes às suas atuações em todo o território nacional entre os anos de 1960 e 1979. Além dos relatórios e de textos legislativos aí encontrados, descobri correspondência entre autoridades, termos de convênios, planos de emergência e mapas de movimentação de pacientes, tanto produzidos pelo SNDM, no que se refere à assistência psiquiátrica nacional, quanto elaborados por suas próprias instituições no Estado da Guanabara<sup>6</sup>. Por último, mas não menos importante, pude consultar as justificativas orçamentárias do SNDM, que demonstraram como os diretores das instituições psiquiátricas do SNDM ou das instituições estaduais utilizavam suas verbas, e quais as demandas destas instituições.

Grande parte do Fundo DINSAM está em 1.011 caixas box, contendo um total de 8616 envelopes de documentos. Trata-se de uma massa documental significativa, inédita, em termos de pesquisa, e que possuía um instrumento de busca manuscrito, o que dificultaria ou inviabilizaria consultas posteriores a estas informações. Era uma listagem com o título do documento e sua localização no acervo. Portanto, a primeira tarefa foi digitar essa listagem manuscrita numa tabela excel. Depois disso, passei à seleção das fontes<sup>7</sup>.

O primeiro critério de seleção das pastas foi a data do documento, respeitando o recorte temporal da pesquisa. O segundo critério foi a relação da instituição produtora do documento com a assistência psiquiátrica brasileira, sendo separados documentos sobre

---

<sup>6</sup> Com a mudança da capital da república para Brasília, em 1960, a cidade do Rio de Janeiro transformou-se em mais um estado da federação, passando a ser denominada estado da Guanabara. Essa organização política administrativa durou até o ano de 1975. Assim, obedeceremos aos recortes temporais relativos a cada uma dessas denominações: até 1975 como estado da Guanabara e, após 1975, como estado do Rio de Janeiro. Quando as referências estiverem mencionando nomes de locais públicos da cidade, nomes de bairros e das suas zonas administrativas, utilizaremos cidade do Rio de Janeiro.

<sup>7</sup> Assim que foi completada a digitação deste instrumento de busca manuscrito, foi entregue uma cópia ao Centro de Documentação e Pesquisa do IMASJM com o objetivo de disponibilizá-lo para a consulta de outros pesquisadores.

o SNDM e seus órgãos subordinados, além de instituições que, de forma direta ou indireta, tivessem alguma ligação com tais órgãos. O tipo de documento foi o último dos critérios adotados, sempre norteados pela pergunta: o que determinado documento pode acrescentar à pesquisa? Por isso, foram separados relatórios, mapas estatísticos, ofícios, propostas orçamentárias e documentos que se referiam à mudança na legislação, de modo que eu pudesse analisar quais as diretrizes que nortearam a assistência pública ofertada pelo SNDM e sua relação com o que, de fato, foi concretizado por este órgão.

Após esse procedimento, e considerando a distância geográfica da Colônia e o período de funcionamento do centro de documentação, percebi que seria inviável analisar todos os documentos na própria instituição. Por isso, fiz 13.565 fotos. Cada uma delas representando a página de um documento previamente destacado por mim, como possivelmente relevante para a pesquisa, ou a capa do documento. Muitos desses documentos não estavam paginados, nem mesmo assinatura possuíam, dificultando a identificação do órgão produtor do documento. Em outros casos, ao abrir o envelope de documento, percebia que faltavam páginas: o que eu possuía era um fragmento de um documento, que começava no meio ou terminava abruptamente. Entretanto, a maior dificuldade no manejo dessa documentação eram os documentos que não correspondiam ao título atribuído no instrumento de busca. Por exemplo, na lista de documentos, uma determinada caixa e documento eram nomeados *Relatórios do SNDM de 1969*, porém, ao abrir o envelope, verificava que, na verdade, tratava-se de um *Mapa de Movimentação de Pacientes* de alguma instituição que não interessava exatamente à minha pesquisa. Os documentos esparsos e não organizados de modo seriado fizeram-me caminhar por um labirinto de peças de um quebra-cabeça, que, com muito trabalho, reuni em tabelas e quadros, juntando dados de vários documentos que me possibilitavam reconstruir algo relacionado a como a assistência psiquiátrica acontecia: número de pessoas atendidas, tipos de tratamentos, fluxograma da assistência, recursos disponibilizados etc. Com essas fontes e com o trabalho de construção dos dados, pude então observar o funcionamento da DINSAM por dentro.

Considerando todos os elementos de cunho metodológico, teórico, analítico e documental aqui enunciados, busquei compreender como as ideias que circulavam tornaram-se políticas públicas dentro do processo de formulação de diretrizes para a área psiquiátrica. Foi possível perceber a trajetória dependente do SNDM e da DINSAM, observando como as escolhas feitas em décadas anteriores influenciaram os caminhos

institucionais adotados, verificáveis pela alocação de recursos econômicos e políticos em determinada direção e não em outras. Para tanto, dividi a tese em 4 capítulos. Nestes, em termos gerais, procurei: mapear as ideias que permeavam os profissionais do setor, bem como identificar quais delas tiveram força suficiente para se tornarem políticas públicas, por intermédio da promulgação de decretos e leis. A análise histórica desse processo e do debate dessas ideias foi dividida em duas partes, relativas respectivamente à década de 1960 e à década de 1970. Na sequência, procurei descrever e analisar como, ao longo dessas duas décadas, tais ideias foram executadas pela DINSAM, tanto em âmbito nacional, quanto nos hospitais próprios deste órgão, todos eles localizados na cidade do Rio de Janeiro.

No primeiro capítulo, procuro analisar as diretrizes políticas organizacionais – ideias programáticas – defendidas pelos atores da assistência psiquiátrica pública durante a década de 1960. A partir de então, comparo tais discursos com a legislação vigente do setor, no intuito de identificar quais as diretrizes que se consubstanciaram em políticas públicas. Nesse sentido, persigo as disjunções e persistências dos termos conceituais presentes nos discursos psiquiátricos. Um dos fios condutores dessa análise foi a substituição da utilização do termo higiene mental para saúde mental, com ênfase na questão da prevenção e na crítica ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. Esse tema também eram fruto de discussões em âmbito internacional, como na Organização Mundial de Saúde, em que psiquiatras brasileiros participaram ativamente dos debates, como membros do Comitê de Expertos em Higiene Mental dessa instituição internacional.

No segundo capítulo, busco analisar as diretrizes políticas organizacionais – ideias programáticas – defendidas pelos atores da assistência psiquiátrica pública, referente à década de 1970. O marco de 1970 diz respeito ao fato de se tratar do ano em que o SNDM é substituído pela DINSAM. Comparo tais discursos com a legislação vigente do setor, no intuito de identificar quais as diretrizes que se consubstanciaram em políticas públicas. Além disso, busco mapear as rupturas e as persistências dos discursos defendidos no setor em relação aos predominantes na década anterior.

A partir da diferença regimental entre a assistência prestada pelo SNDM nos estados e a realizada na cidade do Rio de Janeiro, no terceiro capítulo, busco descrever e analisar as características das políticas públicas psiquiátricas implementadas pelo SNDM em relação aos estados da federação nas décadas de 1960 e 1970. Considerarei como pontos

analíticos interessantes de se observar o modelo de cooperação vigente nas distintas unidades federativas por meio dos convênios de obras, manutenção e praxiterapia. Também analisei outros modos de assistência então vigentes: os ambulatórios de saúde mental subordinados ao SNDM nos estados. Busquei também identificar as continuidades e/ou rupturas deste modelo de atuação em relação ao período do governo de Juscelino Kubitschek.

No quarto capítulo, debruçei-me na análise das políticas assistenciais planejadas e executadas nos hospitais e ambulatórios do SNDM no estado da Guanabara, entre os anos de 1961 e 1979. Ao se tratar do locus da “crise da DINSAM” e, portanto, do lugar de origem da luta pela reforma psiquiátrica, busquei identificar, em uma análise intrainstitucional, as razões que levaram essa estrutura à crise; se as ideias programáticas foram implementadas de fato, ou se foram os meios administrativos da DINSAM na cidade, que não conseguiam responder às demandas quando solicitados.

## **CAPÍTULO 1**

### **OS NOVOS HORIZONTES DA CIÊNCIA MÉDICA PSIQUIÁTRICA NA DÉCADA DE 1960**

Neste capítulo inaugural, analisarei as ideias programáticas em torno da ciência médica psiquiátrica que circulavam entre os especialistas do setor durante a década de 1960, bem como suas origens históricas, o que facilitará o entendimento sobre sua força política. Como vimos na introdução, as ideias programáticas são um conjunto programático de declarações, assim como terminologias técnicas ou profissionais enraizadas nos especialistas de cada área. Serão observadas assim, com base em bibliografia secundária e em fontes primárias produzidas pela Organização Mundial de Saúde, quais ideias programáticas estavam sendo prescritas internacionalmente sobre a questão da assistência psiquiátrica, e como os especialistas no assunto responsáveis por publicar em periódicos psiquiátricos debatiam tal tema. Por fim, busco perceber se estas ideias programáticas ganharam o estatuto jurídico e, portanto, comprometiam o Estado e os governos a seguirem as normativas ali descritas. Ao mapear a legislação criada no referido decênio, busco observar quais destas ideias programáticas tornaram-se políticas públicas.

#### **1.1 Novas ideias psiquiátricas no contexto internacional**

Identifiquei que as novas ideias presentes na psiquiatria brasileira, ao longo da década de 1960, tiveram sua origem histórica imediata na virada da primeira pra a segunda metade do século XX, ao menos no ocidente. Esse período foi marcado por importantes inflexões conceituais no campo da ciência médica psiquiátrica capazes de influenciar suas práticas assistenciais. Tais mudanças foram fruto de vários fatores que, congregados, possibilitaram novas visões sobre o saber psiquiátrico e construíram um consenso político suficiente para que pudessem ser implementadas sob a forma de políticas públicas (ROCHEFORT, 1984; HUERTAS, 2008; NOVELLA, 2008; ECHAVARRÍA 2013).

O episódio marcante da segunda guerra mundial (1939-1945), em especial nos Estados Unidos, teve grande impacto entre os psiquiatras. A grande quantidade de jovens que se apresentavam às forças armadas norte americanas para lutar no conflito, mas que foram considerados inaptos para o serviço militar devido a transtornos mentais (RODRIGUES, 1964, p. 41; ROCHEFORT, 1984, p.3), somada à própria experiência da

psiquiatria de guerra, serviram para diminuir o secular estigma associado aos colapsos emocionais, diante do alto número de jovens estadunidenses que apresentaram quadros de transtornos mentais antes e depois da guerra. A percepção mais generalizada era de que qualquer pessoa poderia adquirir uma doença mental e, portanto, novas ações terapêuticas, mais humanizadas, tornavam-se necessárias. Desse modo, ao ganhar peso social, tornou-se também fonte de atenção de atores políticos com visões mais progressistas, o que ajudou na elaboração de novas legislações sobre o tema. Além disso, a criação dos psicofármacos, a posição de destaque da psicanálise e os novos valores culturais<sup>8</sup> possibilitaram diversas iniciativas legislativas e impulsionaram novas diretrizes terapêuticas preventivistas e assistenciais que expressavam grande crítica ao modelo asilar hospitalocêntrico<sup>9</sup>, que concentrava sua atuação no hospital psiquiátrico (ROCHEFORT, 1984, p.3).

Sobre o contexto europeu, Novella (2008) também afirma que não há um fator explicativo isolado que ilustre tais mudanças, mas sim a soma de alguns elementos fundamentais para a construção de novas percepções, a saber: a experiência da segunda guerra mundial, as críticas ao modelo asilar, a influência da psicanálise, os novos valores sociais e culturais ocidentais entre as décadas de 1950 e 1970, e o ganho de importância da psiquiatria social e comunitária que forneceram as bases teóricas e programáticas das reformas das décadas de 1960 e 1970 pelo mundo.

Outro fator fundamental foi o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) na formulação e propagação de novas visões e conceitos no campo psiquiátrico. Foi assim no caso da ampliação da utilização do termo *saúde mental* nos círculos de psiquiatras. A partir da criação dessa organização, em 1946, o termo *saúde mental* passa a ser utilizado por meio de referências técnicas como um campo ou disciplina constituída (Bertolote, 2008). Ao usar essa “nova” nomenclatura, buscava-se reafirmar uma visão inovadora

---

<sup>8</sup> A segunda metade do século XX foi impactada pela crescente preocupação com os direitos humanos, valor que se potencializou no pós-guerra, com a publicização da barbárie nazista; com a “Declaração dos Direitos Universais”, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948; com a crescente crítica ao sistema capitalista, apontado por muitos como desumanizador, sobretudo quando a União Soviética ainda era uma potência e conseguia rivalizar com os estados capitalistas ocidentais, antagonizando e alimentando a ideia de que um sistema político e econômico mais justo socialmente seria realmente possível.

<sup>9</sup> A diretriz assistencial psiquiátrica de viés hospitalocêntrica tinha como característica o foco da atuação do psiquiatra no hospital. No Brasil, este modelo ganhou forte impulso durante o primeiro governo Vargas (1930-1945), quando uma das principais diretrizes da política pública psiquiátrica do governo federal era a expansão da oferta de serviços psiquiátricos em todo o território nacional, por meio da construção de grandes hospitais pavilhonares. Ver: FABRÍCIO, 2009; VENANCIO e CASSILIA, 2010.

sobre a psiquiatria como um todo, sobre seus métodos terapêuticos e, sobre os pacientes, definições que estivessem de acordo com os novos tempos.

A atuação da OMS, na virada da primeira para a segunda metade do século XX, tinha no Comitê de Expertos em Higiene Mental (CEHM), por meio de suas reuniões, uma importante fonte de formulação de ideias e diretrizes para o campo assistencial psiquiátrico. Destaco sete destas reuniões ocorridas entre 1949 e 1962, nas quais, após cada um desses encontros, foi produzido um informe acerca dos assuntos e proposições discutidas, conforme exposto no quadro 1.

É notável nestas reuniões o protagonismo de representantes dos Estados Unidos e do Reino Unido, os quais foram recorrentemente encarregados de presidências e relatorias, respectivamente. Das reuniões em que a presente pesquisa obteve informações acerca da composição de seus membros – 1º, 2º, 5º, 7º, 9º, 10º e 12º –, os Estados Unidos só não presidiram a última delas. Destes, destacam-se dois psiquiatras, Dr. K. C. Menninger e Dr. Robert H. Felix. Ambos presidiram, ao menos, duas reuniões entre os anos de 1949 e 1960. Entre os dois, ressalta-se o papel do primeiro como presidente das 1º e 2º reuniões do Comitê, sendo considerado pela Associação Psiquiátrica Americana como a principal liderança fundadora da psiquiatria daquele país (PAÍS, 1990).

O Brasil foi representado por 3 psiquiatras em 4 reuniões distintas. O primeiro foi A. C. Pacheco e Silva (1898-1988), na 1º (1949) e 2º (1950). Diplomado em farmácia pela Universidade de São Paulo, posteriormente formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (1920) e fez o curso de especialização em Neurologia e Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Paris, frequentando o Hospital de Salpêtrière e o de Sainte-Anne. Foi diretor do Hospital do Juqueri, em São Paulo (1923) aos 25 anos; criou a Assistência a Psicopatas de SP (1930); foi professor catedrático de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da USP e na Escola Paulista de Medicina; professor catedrático de Serviços Sociais da Escola de Sociologia e Política de São Paulo; professor de Psicopatologia da Faculdade de Direito da USP. Foi presidente da Federação Mundial para a Saúde Mental, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (1967), deputado na Assembleia Estadual de São Paulo; além de deputado na Assembleia Nacional Constituinte de 1946 (Begliomini, s/d, s/p; Tarelow, 2011, s/p)

Adauto Botelho (1895-1963) foi o segundo representante brasileiro estando presente na 5º reunião do CEHM, em 1956. Natural do estado de Minas Gerais, mudou-se para o Rio de Janeiro onde se formou na Faculdade de Medicina da Universidade do

Brasil (1917). Estagiou no Hospital Nacional dos Alienados. Em 1921, conjuntamente com Pedro Pernambuco Filho, Ulysses Vianna e Antônio Austregésilo, fundou o Sanatório Botafogo. Discípulo intelectual e acadêmico de Henrique Roxo, em 1940 assumiu a direção do Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) do Distrito Federal. No ano seguinte, tornou-se diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941), onde permaneceu até 1954 e, entre 1956 e 1958, foi o diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (PICCININI, 2009).

Por fim, J. Leme Lopes (1904-1990), presente na 7ª reunião do CEHM (1958), formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina em 1926 e começou a vida profissional como médico interno na Casa de Saúde Doutor Eiras, no Rio de Janeiro. Em 1937, foi nomeado encarregado do Setor de Neuropsiquiatria Infantil do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil. Em 1943, foi aprovado no concurso para Livre-Docência de Clínica Psiquiátrica da Faculdade Nacional de Medicina da então Universidade do Brasil. Em 1958, ano da reunião do CEHM da qual participaria, e já professor catedrático de psiquiatria da UFRJ, assumiu o posto de Diretor do Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ, mantendo-se neste último cargo por dois períodos: 1958 a 1966, e 1970 a 1974. No interregno entre os dois períodos diretivos no IPUB, assumiu a direção da Faculdade Nacional de Medicina – UFRJ.

Esses três psiquiatras brasileiros mesclaram em suas experiências profissionais atividades diretivas tanto em âmbito assistencial, quanto acadêmico. Estas pareciam ser características fundamentais para a composição do CEHM, que, durante o período estudado, mesclou não só temas propositivos assistenciais como no caso da 1ª, 2ª, 3ª e 10ª reuniões, mas também debates acerca da formação do profissional da medicina, como na 9ª e 12ª reuniões.

Outro ponto importante que destaco de tais reuniões é a subrepresentatividade de algumas regiões do mundo na composição destes Comitês. Não se conhecem quais os critérios de escolha dos membros do CEHM. Contudo é possível mapear a participação de representantes de alguns países ao longo destes anos separados para esta pesquisa. Os países asiáticos estiveram presentes em 5 das 7 reuniões destacadas, sendo que, em 3 oportunidades, o especialista era de Taiwan (Formosa ou China)<sup>10</sup>. Os países africanos

---

<sup>10</sup> Após a Revolução Chinesa de 1949, o governante chinês deposto, Chiang Kai-Shek, que governava a China desde 1927, refugiou-se com seu Estado Maior e cerca de 2 milhões de chineses na ilha de Taiwan ou Formosa, situada a 130 km do litoral da parte continental da China. A partir de então, com a instauração do governo socialista de Mao Tse Tung, formou-se dois governos chineses: a República Popular da China

subsaarianos tiveram a presença de especialistas em 4 das 7 reuniões, mesmo número dos países da América do Sul. O Brasil é o representante mais frequente desse continente nos anos apresentados no quadro seguinte. Apenas o Chile aparece como outro país sul-americano participante do referido Comitê. A região do Oriente Médio, por sua vez, foi representada em apenas 3 encontros do CEHM. Por fim, a América Central esteve em apenas 2 reuniões, todas com representante da Costa Rica. Por outro lado, antagonicamente, observa-se a super representatividade europeia, que, em cada uma das reuniões supracitadas, tinha a presença de ao menos 2 especialistas europeus. Na 2ª reunião chegou-se a 5 especialistas num total de 8 presentes.

---

(continental e socialista) e a República da China (Ilha de Taiwan ou Formosa). Durante a Guerra Fria, a primeira posicionou-se mais próxima do bloco socialista da guerra, porém, com uma certa autonomia; e a segunda apoiada pelos Estados Unidos.

**Quadro 1 – Composição das reuniões do Comitê de Expertos em Higiene Mental da OMS (1949-1962) – Parte 1**

REUNIÃO	1º		2º		5º		7º	
ANO	1949		1950		1956		1958	
<b>MEMBROS</b>	China (Formosa)	Dr. L. Yu-Lin Ch'eng	Estados Unidos (presidente)	Dr. W. C. Menninger	Ceilão (atual Siri Lanka)	Dr. C. D. Amarasinha	Iugoslávia	Dr. Stjepan Betlheim
	Tchecoslováquia	Professor J. Hádlik	Suécia	Dra. Elsa B. Nordlund	<b>Brasil</b>	Professor Aduino Botelho	Estados Unidos (presidente)	Dr. Robert H. Felix
	Estados Unidos (presidente)	Dr. W. C. Menninger	Grã-Bretanha/Escócia (relatoria)	Dr. T. F. Rodger	França	Dr. R. H. Hazemann	França	Dr. R. H. Hazemann
	<b>Brasil</b>	Dr. A. C. Pacheco e Silva	França	Sra. J. Roudinesco*	Estados Unidos (presidente)	Professor P. Hoch	Inglaterra (relator)	Dr. Maxwell S. Jones
	Reino Unido (relator)	Dr. T. F. Rodger	Holanda	Dr. Th. H. de Ruyter	Taiwan (relator)	Professor Tsung-Yi Lin	Nigéria (relator)	Dr. T. A. Lambo
	Índia (membro adicional)	Dr. M. V. Govindaswamy	<b>Brasil</b>	Dr. A. C. Pacheco e Silva	África do Sul	Srta. I. Marwick	Líbano	Dr. A. Manugian
			Reino Unido	Dr. K. Sody	Suíça	Dr. A. Repond	Tailândia (vice-presidente)	Dr. Phon Sagsingkeo
			Estados Unidos	Dr. K. Zimmerman	Suécia	Srta. G. Ztterstrom	Costa Rica	Dr. Fernando Quirós
				Inglaterra (consultor)	Dr. G. C. Tooth			
<b>ASSUNTO</b>	Assessoria nos assuntos relativos ao cumprimento das decisões da Assembleia acerca do programa de higiene mental da OMS para 1950 e formular recomendações para o programa de 1951.		Definição do conceito de saúde mental; importância de medidas de higiene mental na atuação do campo da saúde pública.		O Hospital psiquiátrico como centro de ação preventiva de saúde mental.		Psiquiatria social	

**Quadro 1 – Composição das reuniões do Comitê de Expertos em Higiene Mental da OMS (1949-1962) – Parte 2**

REUNIÃO	9º		10º		12º	
ANO	junho de 1960		outubro de 1960		1962	
<b>MEMBROS</b>	França (relator)	Dr. S. Lebovici	Suiça (relator)	Dr. J. de Ajuriaguerra	Suiça	Dr. J. de Ajuriaguerra
	<b>Brasil</b>	Dr. J. Lemes Lopes	Escócia (relator)	Sir Kenneth Cowan	Holanda (presidente)	Dr. P. A. H. Baan
	Líbano	Dr. A. Manugian	Austrália	Dr. E. Cunningham	Sudão	Dr. T. A. Baasher
	Canadá (relator)	Dr. D. G. McKerracher	Estados Unidos (presidente)	Dr. R. H. Felix	Estados Unidos (relator)	Dr. J. R. Ewalt
	Estados Unidos (presidente)	Dr. H. Houston Merritt	Alemanha (ocidental)	Dr. H. L. Harmsen	Taiwan (vice-presidente)	Dr. T. Lin
	Japão	Dr. T. Muramatsu	África do Sul	Srta. I. Marwick	União Soviética	Dr. A. V. Snezhnevsky
	Escócia (vice-presidente)	Dr. T. Fergunson	Costa Rica	Dr. Fernando Quirós	Chile (relator)	Dr. I Matte Blanco
			União Soviética (vice-presidente)	Dr. A. V. Snezhnevsky		
		Egito	Dr. A. Wagdi			
<b>ASSUNTO</b>	Ensino de psiquiatria e da higiene mental aos estudantes de medicina.		Preparação de programas de higiene mental		Formação do psiquiatra	

Sobre os temas debatidos no CEHM, em sua segunda reunião, realizada em 1950, o Comitê produziu uma definição oficial sobre o conceito de saúde mental, ampliando-o e caracterizando-o como a capacidade de relacionar-se “harmoniosamente com outras pessoas, participar das modificações do seu próprio ambiente físico e social, além de obter uma satisfação harmoniosa e equilibrada de seus próprios impulsos” (OMS, 1950, p.2).

Lopera (2015) afirma que, nessa formulação conceitual sobre saúde mental, o Comitê não apresentou embasamento científico, mas sim diretrizes políticas. Tais diretrizes eram consonantes com as linhas diretivas já presentes na carta de constituição da ONU, em 1945, em que se explicitava a ideia de preservar a humanidade de novas guerras e do respeito aos direitos humanos e a criação de condições mais favoráveis à justiça social. Tais preceitos também foram reafirmados na carta de constituição da OMS, de 1948, em que se valorizava a promoção da solidariedade entre os povos, bem como as relações harmoniosas e felizes expressas no conceito de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Nessa perspectiva, deixava-se de lado a ideia de saúde como ausência de doença.

Até meados do século XX, não existia uma diferenciação clara sobre os termos *higiene mental* e *saúde mental* (PERILLA E AFANADOR, 2014, p. 122). De natureza polissêmica e limites imprecisos, as origens do termo “saúde mental” são identificadas com o desenvolvimento da saúde pública e da psiquiatria clínica, remetendo-se ao início do século XX, no contexto do surgimento do movimento de higiene mental nos Estados Unidos (*Idem*, p. 119)<sup>11</sup>. Tal agrupamento caracterizou-se pelo caráter preventivista de suas ideias. Era preciso, segundo seus adeptos, educar o povo sobre as doenças mentais, a fim de evitar atividades que poderiam expor os indivíduos ao risco de contraí-las. Lutava-se também, em grande medida, contra as heranças mórbidas, abrindo espaço para a defesa de medidas eugênicas que impedissem a perpetuação das patologias mentais hereditárias.

Para Huertas (2008, p.54), embora o conceito de higiene mental tenha evoluído para o de saúde mental, baseada além da prevenção, na reabilitação e no cuidado com o

---

<sup>11</sup> O movimento de higiene mental estadunidense foi iniciado a partir do relato de um paciente milionário chamado Cliffor Beers (1908), tanto sobre sua própria doença mental quanto sobre sua permanência em três hospitais psiquiátricos. A partir desse relato, ocorreu uma mobilização de psiquiatras no sentido de repensar o modelo assistencial vigente a época. Tais mobilizações ganharam cada vez mais adesões e o movimento pela higiene mental ultrapassou as fronteiras estadunidenses a partir da criação de Ligas de Higiene Mental em todo o mundo (Perilla e Afanador, 2014, pp. 119-121).

paciente, há diferenças importantes entre os dois conceitos. Em primeiro lugar, a terapêutica na década de 1950 era impensada no início do século XX, principalmente devido aos tratamentos farmacológicos. Em segundo lugar, os formuladores e os defensores da ideia de saúde mental outorgam grande importância à relação contínua entre cuidador e cuidado, defendendo que, independente da hospitalização do enfermo, mesmo egresso, este deveria receber o tempo todo apoio psiquiátrico. Neste sentido, colocar-se-iam em prática todos os meios possíveis para a sua readaptação social.

Para Echavarría (2013), ao contrário de Huertas (2008), saúde mental não parece ter relação direta com a ideia de higiene mental. Para o autor, a diferença consiste na própria definição feita pela OMS sobre os dois termos. No que diz respeito à higiene mental, o órgão refere-se às atividades e técnicas que estimulam e conservam a saúde mental. Comparando os dois conceitos, higiene mental seria então um meio para se chegar a um objetivo último, a saúde mental.

Ao propor tais conceitos, a OMS, segundo Perilla e Afanador (2014), torna-se o principal ator sistematizador do uso do termo saúde mental como uma condição humana, um estado ou um objetivo a ser alcançado. Sua utilização discursiva generalizada deve-se muito pela influência do campo da saúde pública na medicina psiquiátrica, primeiramente com a presença de médicos dentro do movimento de higiene mental, até 1950, que ajudaram a formular ideias em torno do saber psiquiátrico. Posteriormente, por meio da própria OMS, que, apesar de sua natureza institucional não acadêmica, era composta por médicos considerados experts em suas respectivas áreas e, muito provavelmente, atualizados nos campos científicos a que se vinculavam. Assim esses mesmos médicos, de algum modo, criaram consenso sobre a importância da nova definição de saúde mental.

A vinculação entre saúde mental e saúde pública era vista como uma necessidade elementar para o progresso da ciência médica psiquiátrica. No informe produzido por ocasião da primeira reunião do Comitê de Expertos em 1949<sup>12</sup>, que contou com a participação do psiquiatra brasileiro A. C. Pacheco e Silva, constatou-se que, diante da impossibilidade da OMS realizar – simultaneamente, dentro de seu programa de trabalho, e ao menos a curto prazo –, todos os projetos e recomendações feitas pela instituição, seriam priorizados três pontos. O primeiro deles era o desenvolvimento dos meios

---

<sup>12</sup> OPAS, 1953.

necessários para o adestramento de pessoal de saúde pública nos princípios da psiquiatria preventiva, bem como de pediatras e outros médicos em higiene mental e psiquiatria. Os outros dois pontos referiam-se, respectivamente, a um incremento do aporte técnico das atividades da ONU relacionadas à higiene mental e ao aumento do reconhecimento da importância das atividades de higiene mental nos programas da OMS.

Na segunda reunião do Comitê, em 1950, que também contou com a participação de Pacheco e Silva, além da formulação do conceito de saúde mental, conforme supracitado, ampliou-se o debate acerca do entrosamento entre a área da saúde mental e a da saúde pública, principalmente para que a prevenção em psiquiatria, por meio de medidas de higiene mental, pudesse ocorrer em instituições de saúde pública. Uma das tarefas deste Comitê foi discutir possíveis aplicações, conceitos e hipóteses derivados da experiência clínica psiquiátrica à prática de saúde pública. Levou-se em consideração que *“muchos conceptos derivados de la psiquiatria clínica deben aún ser puestos a prueba, modificados y adaptados antes de poder tener valor para la práctica y filosofía de la salud mental”*<sup>13</sup>. Apesar dessa ressalva, o Comitê estava convencido de que já existiam conhecimentos comprovados que deveriam ser aplicados pelo trabalhador da saúde pública.

A ideia predominante era utilizar o hospital geral também como um local para executar medidas preventivas. Por isso, houve a necessidade de treinamento de profissionais de saúde pública para a identificação de possíveis transtornos mentais e de orientação em higiene mental. Contudo, para os membros do Comitê de Expertos em Higiene Mental da OMS presentes na 5ª reunião, o campo da saúde mental encontrava-se em situação de inferioridade em relação à higiene em geral. Em primeiro lugar, porque a psiquiatria não possuía um modelo de ação ideal, objetivo e de medidas práticas que pudessem eficazmente ser aplicado a um grande conjunto das populações. Em segundo lugar, as enfermidades mentais quase sempre se manifestavam em processo demasiadamente lento, delicado e complexo para confiá-las a pessoas sem um alto grau de especialização em psiquiatria. Em terceiro lugar, os conhecimentos etiológicos da psiquiatria careceriam de certa exatidão e possuiriam causas múltiplas, dificultando a orientação sobre os conselhos práticos preventivos a serem adotados. Por fim, o hospital psiquiátrico permeava o imaginário coletivo como destino de indivíduos perigosos e

---

<sup>13</sup> OPAS, 1952, p. 3.

inúteis, onde, com grande frequência, as pessoas tinham suas patologias mentais agravadas e era comumente identificado por executar “terapias desumanas”<sup>14</sup>.

Embora o sucesso das ações de saúde mental passasse estrategicamente pelo estreitamento das relações funcionais entre instituições de saúde mental e saúde pública, o desenvolvimento dessa relação estava intimamente ligado ao progresso da própria terapia psiquiátrica:

no sólo porque un eficaz tratamiento temprano de los trastornos mentales puede considerarse en sí mismo, más, aún, porque el progreso de la terapéutica contribuye en formas diversas a crear condiciones favorables para una prevención positiva entendida como mejoramiento sistemático de la salud mental.<sup>15</sup>

Na nona reunião do Comitê de Expertos em psiquiatria da OMS, ocorrida em 1960, que contou com a participação do psiquiatra brasileiro José Leme Lopes, professor de psiquiatria da então Universidade do Brasil – atual UFRJ –, manteve-se a diretriz de instruir os médicos generalistas para a prática da psiquiatria. Neste momento, um dos temas debatidos girava em torno de qual deveria ser o lugar que a psiquiatria ocuparia nos planos de estudos de um ensino médico reformulado, que contivesse os preceitos necessários identificados pelos membros do Comitê. Os peritos da OMS apontam que essa discussão ocorria porque a ciência psiquiátrica se desenvolveu de maneira independente da medicina como um todo, com seus problemas e métodos próprios. Também lembraram que o desenvolvimento inicial da psiquiatria científica ocorreu por meio de médicos generalistas que apresentavam grande interesse pelo assunto em questão e trabalhavam isolados de seus colegas nos asilos, e que somente na metade do século XIX as faculdades de medicina passaram a aceitar a psiquiatria como uma matéria acadêmica.

Contudo, mesmo diante do aumento da força do discurso relativo à interdisciplinaridade entre psiquiatria e medicina geral, apontou-se neste Comitê uma tendência cada vez maior a identificar o ensino médico como uma reunião de matérias separadas entre si por compartimentos mais ou menos estanques. Visto de maneira negativa, este isolamento disciplinar não enriqueceria os estudantes de medicina, pois dificultaria o estudante a adquirir conhecimentos em técnicas aplicáveis às soluções de

---

<sup>14</sup> OMS, 1957, p. 4-6.

<sup>15</sup> *Ibidem*, 8.

problemas estritamente psiquiátricos, o que também comprometeria sua própria carreira como um todo<sup>16</sup>.

Essa formação interdisciplinar adquirida por médicos teria uma dupla validade. Em locais em que o médico generalista pudesse contar com a presença de um especialista, sua função seria a de executar a triagem, realizando a consulta inicial, e posteriormente encaminhar o paciente ao psiquiatra. Em áreas em que o próprio generalista deveria tratar da grande maioria dos casos psiquiátricos, tal formação o tornaria apto para tal função<sup>17</sup>, que, além da indicação de procedimentos terapêuticos ou da triagem, também o capacitaria para instruir um conjunto populacional sob seus cuidados acerca das práticas de higiene mental<sup>18</sup>. Essas possibilidades de indicação preventiva pelo médico ocorreria a partir do entendimento de que um indivíduo não era apenas uma mera entidade biológica, mas sim membro de um grupo social sobre o qual atuava de maneira passiva e ativa<sup>19</sup>.

Por outro lado, reforçando o caráter holístico presente na concepção de formação médica presente neste momento, defendia-se também que o médico psiquiatra obtivesse formação no campo da saúde pública. Portanto, para uma formação plena, o psiquiatra deveria cursar matérias como sociologia médica, administração social e práticas de saúde pública<sup>20</sup>.

Criava-se assim um consenso internacional em torno da necessidade de mudanças profundas nas diretrizes assistenciais e, conseqüentemente, nas políticas públicas do setor (Novella, 2008, pp. 10-11). Nesse caso, a ideia era fazer o deslocamento do foco no indivíduo doente para direcioná-lo ao conjunto de largas populações, de modo a aproximar-se mais da abordagem de saúde pública (ROCHEFORT, 1984, p.10).

Como consequência dessa nova visão sobre a psiquiatria, trocaram-se nomes de órgãos ou eventos que possuíam higiene mental em sua denominação, passando-se a utilizar saúde mental. Por exemplo, em 1948, o Terceiro Congresso de Higiene Mental transformou-se no Primeiro Congresso de Saúde Mental, ocorrido em Londres. Nesse evento, foi anunciada a criação da *World Federation for Mental Health (WFMH)*,

---

<sup>16</sup> OMS, 1961, pp. 3-5.

<sup>17</sup> *Idem*, p. 7.

<sup>18</sup> Echavarría, 2015, p.14.

<sup>19</sup> OMS, 1961, p. 8.

<sup>20</sup> OMS, 1963, p. 27.

organização que se converteria na agência de consulta voluntária sobre saúde mental para a UNESCO e para a OMS (PERILLA E AFANADOR, 2014, p. 122). O ímpeto real para a existência desta nova entidade internacional de saúde mental veio de psiquiatras estadunidenses, que a conceberam como uma organização que faria a ponte entre a ONU e as associações voluntárias de saúde mental do mundo. Sua criação foi sugerida pela primeira vez por G. Brock Chisholm, o psiquiatra canadense e ex-major general que, em 1948, tornou-se o primeiro diretor-geral da OMS. Sua sugestão veio em novembro de 1946, em uma pequena reunião de psiquiatras na cidade de Nova York, no escritório de George Stevenson, diretor médico da associação nacional de saúde mental dos EUA, convocada pelo britânico John R. Rees, pioneiro em psiquiatria social, que havia fundado a Clínica Tavistock e promoveu o uso de métodos terapêuticos grupais no exército britânico (BRODY, 2004, s/p).

O documento fundacional da WFMH, "Saúde Mental e Cidadania Mundial", entendeu "cidadania mundial" em termos de "humanidade comum" respeitando as diferenças individuais e culturais e declarou que "o objetivo final da saúde mental é ajudar as pessoas a viver com seus companheiros em um mundo ". O documento foi produzido em uma reunião especial em agosto de 1948, e um colaborador chave foi o psiquiatra Harry Stack Sullivan, um ardente defensor da "mentalidade mundial", que esperava que uma espécie de "lealdade mundial" pudesse substituir a lealdade primária por uma nação ou grupo étnico (BRODY, 2004, s/p ).

A julgar pela temática de dois periódicos psiquiátricos brasileiros do período analisado<sup>21</sup> – a *Revista Brasileira de Saúde Mental*, do SNDM, e o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, do IPUB-UFRJ – tais mudanças conceituais não haviam sido difundidas com tanta amplitude entre os psiquiatras brasileiros durante a década de 1950. O termo higiene mental continuou aparecendo como tema de pesquisa, não havendo nenhuma menção à saúde mental, psiquiatria social e psiquiatria comunitária. Contudo, na década seguinte, os novos conceitos e ideias em torno da medicina psiquiátrica preconizados ao menos nos Estados Unidos, na Europa e pela OMS, são fruto de amplo interesse e objeto de pesquisa em tais periódicos. Vejamos então de que maneira tais ideias foram recebidas e interpretadas pelos psiquiatras brasileiros ao longo da década de 1960.

---

<sup>21</sup> O outro periódico analisado por esta pesquisa, a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, teve seu primeiro número lançado em 1968, por essa razão não foi possível analisá-la em relação à década de 1950.

## 1.2 Novas diretrizes para a psiquiatria brasileira: atores e ideias

No Brasil, na virada da primeira para a segunda metade do século XX, o campo da psiquiatria, foi marcado pela expansão dos cuidados aos pacientes psiquiátricos em todo o Brasil. A criação do SNDM, em 1941, tinha como um dos objetivos expandir a rede assistencial psiquiátrica por todo o território nacional. Para isso, o SNDM implantou Ambulatórios de Higiene Mental em alguns estados da federação e realizou convênios (acordos) com os governos estaduais a fim de regulamentar um auxílio financeiro federal às unidades federativas no tocante à construção, instalação e funcionamento dos hospitais e serviços psiquiátricos locais, além do fomento à praxiterapia (BRAGA, 2013). Tais acordos apresentavam três focos distintos e complementares entre si: a construção de novos hospitais, as reformas dos já existentes e a ampliação através da edificação de novos pavilhões.

Entre 1946 e 1955, percebemos, a exemplo do que já ocorria desde o início do século XX (MEDEIROS, 1977, p. 64), que o modelo baseado nas colônias foi atualizado para o de hospital-colônia tornando-o prioridade na assistência pública psiquiátrica brasileira (VENANCIO, 2011, p. 37). Dos 19 estados atendidos nesses convênios, 11 utilizaram-no na construção ou ampliação de hospitais-colônias<sup>22</sup> e 1, o estado do Paraná, além de investir na construção de um hospital colônia também utilizou tais verbas para a construção de um manicômio judiciário<sup>23</sup>. Portanto, 12 dos 19 estados, ou seja 63% do total, construíram ou ampliaram hospitais colônias. Confirmava-se a continuação de uma diretriz de política pública para a área psiquiátrica que priorizava tal modelo institucional.

Por outro lado, embora durante as décadas de 1940 e 1950 tenha ocorrido um acréscimo no número de leitos hospitalares psiquiátricos por meio dos convênios para a realização de obras, a superlotação dos hospitais destinados a abrigar os doentes mentais no Brasil era alvo constante de críticas nos relatórios de viagens da direção do SNDM aos estados. Como medida amenizadora de tal situação, conforme supracitado, o SNDM procurou instalar Ambulatórios de Higiene Mental (AHM) nos estados. O recurso aos ambulatórios não era uma novidade, o primeiro foi implantado em 1938, na cidade do

---

<sup>22</sup> São eles: Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Bahia e Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás. (Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 607 / Env. 4918. *Demonstrativo dos Auxílios Concedidos aos Estados da União Através de Convênios Destinados à Construção*. s/p, 1958).

<sup>23</sup> Estado do Paraná (*ibidem*). Ver também Wadi *et al* (2015a; 2015b)

Rio de Janeiro, e ao longo das décadas de 1940 e 1950 o número de AHM's nos estados foi ampliado. Tais instituições funcionavam com a chefia de inspetores psiquiátricos que, além de todas as suas funções fiscalizadoras, também realizavam consultas à população. Estes ambulatórios visavam contribuir com os hospitais locais especializados na realização de terapêutica ocupacional e com a triagem dos pacientes locais<sup>24</sup>.

Mesmo diante do quadro de expansão das instituições asilares, o discurso prevencionista mantinha-se atualizado, pois prevalecia a percepção de que, mesmo com a construção de novas instituições asilares, a demanda por leitos não diminuía. Tal entendimento era fruto da noção dos altos índices de cronificação de doentes mentais sob os cuidados médicos psiquiátricos e da inoperância das instituições psiquiátricas nas atividades preventivas. Ulisses Pernambucano, ainda em 1936, ressaltou o paradoxo existente entre a melhoria das condições gerais de saúde do brasileiro com o respectivo aumento de sua expectativa de vida e o aumento dos casos de enfermidades mentais:

É que outr'ora a variola, a peste, o colera, a dysenteria, as doenças da primeira infancia matavam inúmeros candidatos a doenças mentaes. Hoje eles escapam, chegam a epoca da eclosão das psycopatias e enchem os hospitais. 25

A historiografia, por sua vez, aponta, como outro fator que agravava a demanda por cuidados psiquiátricos, a dinâmica da urbanização do país em meados do século XX. A integração econômica brasileira proveniente da potencialização do processo da industrialização, a partir da década de 1930, acelerou o processo de urbanização. Na década de 1950, quase dois terços da população brasileira habitavam as zonas rurais. Duas décadas depois, a população urbana já era maioria, fenômeno que ocorreu primeiro na região sudeste do país, ainda na década de 1960, devido aos seus altos índices de industrialização. De um lado, este êxodo rural expressou a existência de fatores de repulsão, como a concentração fundiária e o processo de mecanização das lavouras, diminuindo, respectivamente, o acesso às terras agricultáveis e a ofertas de empregos rurais. Por outro lado, também expressou fatores de atração, tais como: uma maior oferta de empregos e maiores salários nas grandes cidades, sobretudo no setor secundário e terciário<sup>26</sup> da economia, além de mais acesso aos serviços públicos essenciais (FAUSTO,

---

<sup>24</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 154/Env.1605. *Relatório da Seção de Cooperação*. p. 1, 1958.

<sup>25</sup> CERQUEIRA, 1984, p. 23.

<sup>26</sup> O setor primário corresponde à agricultura ou extrativismo, portanto, na obtenção de matéria prima; o setor secundário representa a transformação dessa matéria prima em produtos industrializados, portanto, é

2006, p. 226-227).

Neste movimento migratório com conseqüente acúmulo de massa populacional em determinadas regiões, muitas vezes se impôs uma baixa qualidade de vida dessa população migrante, principalmente pela insuficiente remuneração obtida com seu trabalho, o que acarretava condições habitacionais deletérias. Acrescenta-se a isso, o desenraizamento e isolamento social e familiar do migrante, além da potencialização das condições que podem causar transtornos mentais, aumentando a demanda de atenção psiquiátrica dos grandes centros urbanos (LOPES, 1969, p. 135), e transformando-a num problema de saúde pública devido à amplitude de seu alcance.

Esse é o cenário socioeconômico em que a psiquiatria estava inserida no Brasil na virada da primeira para a segunda metade do século XX. Diante disso, alguns autores buscavam diretrizes explicativas que pudessem conduzir respostas aos desafios encontrados pela assistência psiquiátrica brasileira no período e às demandas direcionadas a ela. Alguns encontravam suas respostas com base nos textos produzidos pela OMS, citando-a explicitamente, como Edmundo Maia, diretor do SNDM em 1962 (MAIA, 1961); Oswaldo Moraes Andrade e Talvane Marins de Moraes, respectivamente, chefe e plantonista do Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul – Hospital Pinel/SNDM (ANDRADE & MORAES, 1965); e por fim, Cincinato Freitas (1962), docente-livre de Clínica Psiquiátrica da Universidade do Brasil – onde assumiu a direção da Divisão de Assistência entre 1966 e 1970 – e que, neste mesmo trabalho, cita a assistência prestada pela antiga União Soviética (*Idem*, p.12).

Outros especialistas da época referendavam suas ideias, tendo como parâmetro a *World Federation for Mental Health (WFMH)*, como A. C. Pacheco e Silva (1968), anteriormente citado, e como Lopes Rodrigues (1964). Este último formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi aluno de Henrique Roxo (1877-1969) e discípulo de Juliano Moreira (1873- 1933), bem como professor catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e diretor do SNDM entre 1958 e 1960.<sup>27</sup>,

---

representado pelas indústrias; por fim o setor terciário é relativo à venda de tais produtos e serviços, como médicos, dentistas, contabilistas, etc.

<sup>27</sup> SILVEIRA, 2008.

Outros apresentavam como parâmetro qualitativo de medicina psiquiátrica aquela executada nos Estados Unidos, como J. S. Rocha Filho (1961), docente de psiquiatria da Universidade da Bahia, ex-assistente residente da University Hospital, Univ. de Maryland, Baltimore – EUA e médico do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Nessa direção, outros se juntavam a Rocha Filho, como Heitor Péres (1964), diretor da Colônia Juliano Moreira entre 1958 e 1960, Marcio V. Pinheiro (1966) e, por fim, José Gerscovich (1968), membro da Comissão de Saúde Mental da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro e associado da *American Psychiatric Association*.

Se, durante a década de 1950, as novas ideias produzidas no campo da ciência psiquiátrica, na virada da primeira para a segunda metade do século XX, ainda não haviam encontrado reverberação nos textos de periódicos psiquiátricos brasileiros, no decênio seguinte tais concepções foram amplamente divulgadas. As ideias que circularam nos meios psiquiátricos brasileiros aproximavam-se, em alguns pontos, daquelas que orbitavam no debate conceitual sobre saúde mental formulado pela OMS. Elso Arruda (1961), docente de psiquiatria da Universidade do Brasil e da Bahia, reiterou a definição de saúde mental feita por Hadfield (1952), caracterizada pela “expressão completa e livre de todas as potencialidades do indivíduo em recíproca harmonia, objetivando ideais, aspirações e propósitos da sua personalidade” (HADFIELD, 1952, *apud* ARRUDA, 1961, p. 52). O autor imputa grande responsabilidade à adaptação da personalidade humana ao meio ambiente em que se vive. Defende um conceito de saúde mental dinâmico e não estático, tornando-se um fim a ser buscado.

Para o diretor do SNDM, entre 1961 e 1962, Edmundo Maia, a saúde é considerada um patrimônio com o qual nascemos e “quando reintegramos alguém em seu estado de higidez, não fazemos mais que devolver o que sempre lhe pertenceu: a própria saúde”. Neste caso, sendo a saúde um estado natural do ser humano, a doença passa a ser uma condição anormal. Neste sentido, saúde torna-se um objetivo, ou seja, um fim a ser almejado; no caso da psiquiatria, a saúde mental (1961, pp. 8-9).

Ganha impulso o discurso sobre a necessidade de mudança no foco da assistência psiquiátrica, com a defesa da promoção da saúde mental em detrimento do combate à doença mental, renovando uma preocupação oriunda de décadas anteriores entre os médicos psiquiatras brasileiros. A revisão do papel do hospital psiquiátrico identificado como anacrônico, durante a década de 1960, ganha maior peso no debate político em

alguns países, cujas experiências destacam-se na França, com a “psiquiatria de setor”<sup>28</sup>, e nos Estados Unidos, com a psiquiatria comunitária ou preventiva (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 44; AMARANTE, 1995, p. 22) e na Inglaterra com as comunidades terapêuticas (VAISSMAN, 1983, p. 9). Teve grande peso nesse processo de redefinição de foco da psiquiatria, o decreto assinado por John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado *Community Mental Health Center Act* (Paulin & Turato, 2004, p. 248). Tal fato teria marcado objetivamente a adoção do preventivismo não apenas nos Estados Unidos, como também nas organizações sanitárias internacionais, como a OPAS e a OMS (AMARANTE, 1995, p. 36; PAULIN & TURATO, 2004, p. 249).

Ao entender a saúde mental como um objetivo final, era preciso assegurar mecanismos capazes de garantir tal quadro de higidez. Para isso, a higiene mental tinha a obrigação de atuar no intuito de garantir a “preservação da saúde mental, como também a atuação sobre diferentes setores da atividade humana, visando a adaptação do homem ao trabalho” (ARRUDA, 1961, p. 52). Reconhecia-se que a doença mental impunha um alto custo para o processo produtivo econômico (RESENDE, 1987, pp. 58-59). Contudo o uso da higiene mental para melhorar a qualidade na relação homem/trabalho considerava ainda outro fator: a quantidade de pessoas que insatisfeitas com suas funções laborais adquiriam moléstias mentais. Nesse sentido, não era uma preocupação apenas economicista, mas também médica, defendia-se que “...o ajustamento ao trabalho é um grande fator na saúde mental do indivíduo, é elemento indispensável a sua satisfatória realização do homem no mundo em que vive” (ARRUDA, 1961, p. 52)

Essa preocupação com a saúde mental do trabalhador brasileiro era justificada pelas características das funções exercidas principalmente por operários fabris. Esse trabalhador envolto em um processo de mecanização da produção perdia cada vez mais contato com o produto final a ser produzido, alienando-se, segundo a perspectiva marxista. Para Antonio Carlos Cesarino (1968, p. 6) – médico assistente da clínica

---

<sup>28</sup> Entende-se por “psiquiatria de setor” um movimento inspirado em ideias de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entraram em contato com a realidade dos manicômios franceses e reivindicaram sua imediata transformação. Efetivou-se como política oficial de Estado na década de 1960. Via a internação como apenas uma etapa do tratamento, a principal terapêutica destinava-se ao relacionamento do paciente com a sua própria comunidade. Estabelece-se o princípio de examinar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que, a cada “divisão” hospitalar, corresponde-se a uma área geográfica e social, produzindo uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com os pavilhões em que seriam tratados. Tal medida possibilitaria uma adequação cultural entre os internos de uma mesma região (AMARANTE, 1995, p. 35).

psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP e o pioneiro do psicodrama<sup>29</sup> no Brasil (CESARINO B, s/d, s/p) –, o trabalhador teria perdido a liberdade de criação em seu trabalho diário, de modo a não ter mais a necessidade de pensar, somente realizando movimentos mecânicos. A fábrica, nesse sentido, deveria ser encarada como um fenômeno social importante, pois poderia levar ao adoecimento mental devido às frustrações provenientes da escolha profissional do indivíduo e à fadiga laboral que poderia produzir. Grande parte dos trabalhadores fabris nesse período eram migrantes rurais. Suas dificuldades de integração com o novo ambiente ao qual não estavam adaptados e problemas individuais fora do ambiente de trabalho, somados às tarefas mecanizadas, tornavam-se fatores causais de tais frustrações e, portanto, chances maiores de desenvolverem problemas de ordem psiquiátrica. Dessa forma, o lazer ganhava grande importância, inclusive os fornecidos pelos meios de comunicação, pois ajudariam a manutenção da saúde mental dos trabalhadores (*Idem*, p. 11). A partir da percepção dos malefícios provocados pela opção equivocada da profissão, defendera-se a ideia de que a função laboral deveria ser escolhida a partir das características psíquicas do indivíduo (ARRUDA, 1961; CESARINO, 1968, p. 7)

Nessa perspectiva, Arruda (1961) via a higiene mental como uma disciplina positiva, normativa e aplicada. Positiva, porque visava a um estado positivo, à manutenção da saúde mental e à preservação dos distúrbios psíquicos; normativa, porque prescrevia certas normas indispensáveis ao seu sucesso; e aplicada, porque seus princípios deveriam ser voltados aos setores mais variados da atividade humana.

Para Lopes Rodrigues (1964, p. 29), o termo “*higiene mental*” poderia ser substituído por “*psiquiatria preventiva*” ou “*profilaxia das doenças mentais*”. Nesse sentido, a higiene mental tinha como função a orientação de providências de caráter profilático, que tendem a anular ou diminuir os fatores causais ou desencadeadores de moléstias mentais, assegurando as condições necessárias para que membros de uma dada coletividade humana desenvolvam-se de maneira mais favorável (CESARINO, 1968, p. 4). Ao obter êxito, seria possível a harmonia entre indivíduo e seu meio ambiente. Reconhecia-se, portanto, que a personalidade humana do indivíduo só se realizaria completamente quando alcançasse seus propósitos, aspirações e objetivos, por meio da

---

<sup>29</sup> Psicoterapia de grupo em que os pacientes escolhem os papéis que vão desempenhar na dramatização de uma situação.

expressão total, harmoniosa e adequadamente dirigida de todas as suas potencialidades (ARRUDA, 1961 p. 51), a exemplo da definição apresentada pela OMS em 1950.

Contudo não é possível entendermos a ideia sobre higiene mental na década de 1960 como uma série de medidas aplicadas de maneira homogênea a todos os agrupamentos humanos. As medidas mais importantes a serem aplicadas seguindo-se a ideia preventivista desses psiquiatras eram as relacionadas à higiene mental infantil (CESARINO, 1968, pp. 4-5), sem deixar de lado a atenção prestada também aos adolescentes, conforme preconizada pela Federação Mundial de Saúde Mental<sup>30</sup> (PACHECO e SILVA, 1968, p. 22); em ambos os casos, preferencialmente, exercidas no seio familiar (MAIA, 1961, pp. 5-8).

Os métodos para o desenvolvimento da higiene mental vinculavam-se principalmente a elementos de origem social. Suas bases de atuação focavam na reformulação dos ambientes sociais que os indivíduos alvos de suas ações frequentavam. Uma das correntes existente na psiquiatria defendia que quando uma pessoa adoecia, deveria ser retirada do ambiente que causou tais distúrbios. Para Rocha Filho<sup>31</sup> (1961, p. 12), “o doente muitas vezes se beneficia com os rígidos regulamentos do hospital”. Nesse caso, não somente os ambientes familiares ou laborais podiam ser nocivos, mas todo o sistema que compõem as grandes cidades: o hiperurbanismo, gigantismo industrial, má habitações, meios de transporte, telecomunicações, êxodo rural (PACHECO e SILVA, 1968, p. 21). Portanto, o desenvolvimento provocado pelas tensões e contradições sociais subjacentes ao incremento do capitalismo brasileiro no referido período, ao lado dos conflitos intrapsíquicos, contribuía para a eclosão de distúrbios mentais, sobretudo nos mais jovens (IPUB, 1969, pp. 149-150).

Alguns dos formuladores de políticas públicas psiquiátricas no Brasil também fizeram a vinculação entre saúde mental e saúde pública (MAIA, 1961; RODRIGUES, 1964; FREITAS, 1962; CESARINO, 1968; GERSOVICH, 1968)<sup>32</sup>. Tal vínculo era constituído por meio da noção de saúde pública que visava perseguir o aumento da *vida provável e útil* do indivíduo, eliminando causas de morbidez que levam a sua invalidez (CESARINO, 1968, p. 3). Como vimos, quando larga parcela da população sofre de

---

<sup>30</sup> *World Federation for Mental Health (WFMH)*

<sup>31</sup> Docente de psiquiatria da Universidade da Bahia e psiquiatra do SNDM.

<sup>32</sup> Também em relação a este trecho, pretendo futuramente aprofundar a análise da relação entre a identidade institucional destes atores sociais e as ideias que defendiam.

alguma patologia, e esta apresenta graves consequências, como o caso das moléstias psiquiátricas, teria, portanto, adquirido gravidade (qualidade) e extensão (quantidade) que apenas ações socialmente planejadas poderiam sanar. Para Edmundo Maia<sup>33</sup> (1961), Lopes Rodrigues<sup>34</sup> (1964) – ex diretores do SNDM – e Freitas<sup>35</sup> (1962, p. 6) os problemas psiquiátricos eram os de maior preocupação no campo da saúde pública em geral, isso devido à grande quantidade de leitos psiquiátricos em relação ao total de leitos hospitalares no Brasil e no mundo.

A saúde mental, tendo fatores causais biológicos, psíquicos e ambientais, e constituindo-se, para alguns, no mais grave problema de saúde pública do Brasil, concede ao psiquiatra grande responsabilidade. Dessa forma, os psiquiatras são:

...os mais indicados a enfrentar esse problema número 1 da saúde pública, no sentido de despertarmos o interesse pela higiene mental, de fazermos a psiquiatria preventiva, de dinamizarmos a psiquiatria curativa em todos os seus setores, de praticarmos a reabilitação do doente mental. (MAIA, 1961, p. 4)

Essa defesa das posições de trabalho da psiquiatria tornava-se necessária, na medida em que tal ciência médica ainda era considerada como aquela que não conquistara plenamente a confiança de seus pares de outras especialidades ou que tivessem “*posição de ensino e cátedra*” (GERSCOVICH, 1968, pp. 65-66). Dessa forma, a pauta mantinha-se relevante e era considerada por esses autores ainda necessária politicamente durante a década de 1960.

Contudo a assistência psiquiátrica aumentava sua amplitude de atuação e deixava de se restringir apenas ao campo da terapêutica médica. Dessa forma, ao defenderem critérios sociais para as origens de algumas doenças mentais, muitos desses psiquiatras faziam um chamamento para a importância do trabalho dos assistentes sociais, principalmente na reabilitação e ressocialização dos pacientes psiquiátricos. O trabalho desses profissionais, vistos como auxiliares, era tão importante quanto o hospital em si, pois o serviço psiquiátrico deveria ir ao encontro do indivíduo, no meio rural ou urbano, onde viviam e trabalhavam, bem como nos hospitais gerais onde procuravam ajuda médica profissional (MAIA, 1961, pp. 6-7). Além disso, em muitas ocasiões, ao receber alta de maneira precoce, os pacientes enfrentavam a resistência de seus familiares devido

---

<sup>33</sup> Diretor do SNDM entre 1961 e 1962.

<sup>34</sup> Diretor do SNDM entre 1958 e 1961.

<sup>35</sup> Docente do IPUB-UFRJ e chefe da Divisão de Assistência do IPUB-UFRJ.

à ignorância sobre o assunto, prejudicando a manutenção do tratamento dos egressos (FREITAS, 1962, p. 8). Dessa forma, tornava-se fundamental o papel do assistente social, amortecendo os possíveis conflitos existentes entre os pacientes, suas condições intrapsíquicas, nos seus mais variados níveis, e o meio ambiente no qual estariam inseridos.

Na esteira da ênfase dos fatores etiológicos ambientais, além dos assistentes sociais, elevou-se também o estatuto social de outros profissionais, como enfermeiros psiquiátricos e psicólogos (ROCHEFORT, 1984, pp. 10-11). Contudo o caráter multidimensional da equipe terapêutica não significava que os próprios psiquiatras diminuíssem sua importância política dentro da assistência psiquiátrica. Os psicofármacos surgidos na década de 1950 reservou-lhes a legitimidade científica para continuarem na condução do setor: são os psiquiatras os únicos autorizados à elaboração de receituário desses remédios. A mesma dinâmica ocorre com a defesa do aprendizado de conhecimento psiquiátrico por parte de médicos generalistas: não seriam os conceitos da medicina geral a nortear os diagnósticos de possíveis pacientes psiquiátricos, mas sim conceitos psiquiátricos a serem utilizados pelos médicos em geral. Dessa forma, o psiquiatra continuaria com a missão de produção e divulgação desses conhecimentos.

O sistema que reproduzia as condições ruins de assistência tinha no hospital seu *locus* de atuação mais importante, embora muitas tentativas estivessem sendo realizadas no intuito de diminuir sua importância. Sendo assim, esse modelo institucional passa a ser alvo de críticas devido ao seu caráter anacrônico de atuação. Para Filho (1961), embora reconhecesse o hospital como um fator importante no tratamento e recuperação do paciente, havia uma disjunção entre saber psiquiátrico e prática hospitalar. A maioria dos hospitais existentes na década de 1960 não foi planejado de acordo com os conhecimentos do período. O hospital era eficiente quando, nos anos iniciais da psiquiatria enquanto ciência médica, suas principais funções eram proteger o público e treinar a mão de obra especializada, tais como médicos e enfermeiros (*Ibidem*, p. 18). Na segunda metade do século XX, as demandas eram outras, elas avançaram nos aspectos humanitários e se complexificaram acerca da prática médica psiquiátrica, em seus diagnósticos, terapêuticas e conceitos.

Lopes Rodrigues (1964, p. 31), ao criticar o modelo hospitalar brasileiro, focou sua análise na política de décadas anteriores a 1960, nas quais uma das diretrizes era a

construção de leitos hospitalares psiquiátricos em grandes quantidades por meio de grandes hospitais pavilhonares. Defendia que, ao se criar mais leitos, aumentava-se a demanda de candidatos à loucura nesses hospitais. Para o autor, um passo importante para mudar tal quadro era avançar na psiquiatria preventiva.

O aumento da demanda por leitos acima da sua capacidade de oferta não se configurou como uma exclusividade do Brasil, pois a América Latina como um todo sofria do mesmo mal. Na década de 1960, o continente passava por um período de forte crescimento demográfico, o que aumentaria ainda mais a demanda por novos leitos (PACHECO E SILVA, 1968). A superlotação dos hospitais psiquiátricos configurava-se, no período, em um problema secular e até então insolúvel. Entendia-se que o não tratamento adequado aos agudos – seja nos ambulatórios ou nos próprios hospitais especializados – sobretudo nas fases iniciais, era um importante fator causal no acúmulo de pacientes ocupando leitos psiquiátricos. Com um tratamento inadequado, a “cura” demoraria mais tempo para ser estabelecida, ou até mesmo uma melhora no quadro clínico que possibilitaria altas mais rápidas inviabilizava-se, aumentando as chances do paciente entrar em processo de cronificação. Como uma possível medida mitigadora, Edmundo Maia (1961, p. 9) e Gerscovich, (1968, p. 72) defendiam a ideia de maior distribuição de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em Santas Casas e clínicas médicas. Freitas (1962, p. 10) justificava tal diretriz salientando que não se via mais, naquele período, distinção entre o doente mental e o físico.

Novas ideias eram defendidas, entre elas a implementação de *hospitais-dia*, concebidos tanto para neuróticos quanto para psicóticos<sup>36</sup>. Mesmo com a psicose demandando um tratamento mais intensivo, poderia ser mantido o contato com a família, ajudando assim na terapêutica. Além disso, o trabalho efetuado em tais instituições tende a evitar um grande número de internações, alocando-se curas mais rápidas e econômicas. Atenderiam, por um lado, os pacientes que, após longa estada num hospital psiquiátrico fechado, fossem contraindicados reentrar abruptamente na “*vida normal*”; por outro lado, também seriam atendidos aqueles cujo diagnóstico ambulatorial acusaria a presença de “*certos sintomas de descompensação*”, mas que não justificariam a internação do

---

<sup>36</sup> O sujeito afetado patologicamente por uma psicose vive em um mundo à parte, interagindo com seres e objetos irrealis. Vivenciando delírios e alucinações, a pessoa não tem consciência de sua condição. O neurótico, ao contrário do psicótico, tem plena consciência do seu problema, contudo, muitas vezes, sente-se impotente para solucioná-lo. A neurose caracteriza-se pela reação exagerada do sistema nervoso a alguma experiência vivida (GUIMARÃES, 2002).

indivíduo (FREITAS, 1962, p. 11). Esse foi o caso dos alcoolistas internados no Hospital Pinel<sup>37</sup>, encaminhados para a psicoterapia de grupo e para Serviço de Ocupação Terapêutica (ANDRADE & MORAES, 1965, p. 63). Lopes Rodrigues<sup>38</sup>, responsável pela fundação do primeiro hospital-dia da América Latina, situado na Colônia Juliano Moreira, classificou esse modelo institucional como de âmbito da psiquiatria preventiva (1964, pp. 34-38).

Enquanto diretor do SNDM, Lopes Rodrigues trabalhou na substituição do Hospital de Neuro-Sífilis por um Instituto de Psiquiatria, uma instituição de cunho preventivista. Ao pensar no modelo institucional psiquiátrico a ser implementado, idealizou um órgão que contemplasse um ambulatório de saúde mental que realizasse principalmente o tratamento precoce; um hospital do tipo *open door*<sup>39</sup>; Hospital Dia; Serviço de Psiquiatria Social; Serviço de Reabilitação, no qual seria incluído uma Seção de Terapia Ocupacional; Serviço de Higiene e Profilaxia Mentais; Patronato de Egressos; Serviço de Proteção Psico-fisiológica do Trabalho; e por fim, Serviço de Triagem.

Em relação aos aspectos mais objetivos da assistência psiquiátrica pública, também é mencionada a carência de recursos materiais e humanos, o que impossibilitava a execução de medidas mais avançadas de psico-higiene no Brasil e em toda a América Latina, mantendo-as ainda mais atrasadas em relação aos países de economias mais avançadas (PACHECO E SILVA, 1968, p. 22). Santos e Simplício (1967), ambos médicos psiquiatras do Hospital Odilon Gallotti do CPPII, alertaram sobre a dinâmica de uma comunidade terapêutica nas instituições em que trabalhavam, destacavam o anacronismo da terapêutica executada na instituição em relação à estrutura da mesma: as enfermarias funcionavam isoladamente umas das outras, o tratamento aos enfermos era predominantemente biológico, por convulsoterapia elétrica e método de impregnação; os aproximadamente 600 pacientes internados do referido hospital contavam com “*apenas*” 2 assistentes sociais e nenhum psicólogo; os funcionários encarregados do contato mais

---

<sup>37</sup> Subordinado ao SNDM, localizado no bairro de Botafogo na cidade do Rio de Janeiro, tinha como finalidade o atendimento de casos psiquiátricos agudos.

<sup>38</sup> Diretor do SNDM entre 1958 e 1960.

<sup>39</sup> O sistema *open door* objetiva imprimir a um hospital psiquiátrico a ideia de liberdade, em que não há barreiras físicas que impeçam a circulação dos pacientes. Eles podem circular livremente pelo ambiente asilar e, em certos casos, fora dele. A ideia é, em certa medida, uma contraposição aos modelos anteriores de hospital psiquiátrico. (PORTOCARRERO, 2002)

direto com os pacientes, segundo os autores, eram despreparados técnica e emocionalmente, possuindo “conceituação medieval” sobre a doença mental.

Em relação aos crônicos, há uma divergência sobre a diretriz terapêutica a ser seguida. Para Freitas (1962, p. 12), era preciso isolá-los para internamento por prazo indeterminado em *colônias*, geralmente localizadas nas periferias das cidades e que tem na praxiterapia sua principal terapêutica, em especial as atividades agrícolas. Maia (1961, p. 9), defendia a ideia do estímulo máximo entre doentes e familiares, incentivando também a praxiterapia, utilizando pacientes para funções pragmáticas nos hospitais e implantando centros de recuperação e de reabilitação para egressos. Dessa forma, “encerrá-los em asilos ou em grandes hospitais onde se acumulam uma atmosfera de tristeza, desespero e deterioração é um erro”.

Para Lopes Rodrigues (1964, p. 30) “ou a psiquiatria preventiva devora o leito psiquiátrico ou o leito psiquiátrico devora o mundo”. Dentro dessa perspectiva analítica, o autor desenha uma dicotomia entre assistência hospitalar e prevenção, afirmando que, enquanto foi diretor do SNDM, buscou agredir a política de cunho hospitalar, inclusive legalmente, na formulação de uma nova legislação para o setor que priorizasse a psiquiatria preventiva e agredisse o “leito do doente mental”<sup>40</sup> (*idem*, p. 32). Nesse sentido, a psiquiatria moderna com foco na prevenção deveria surpreender o predisposto à loucura, denunciar latente, eminente ou tardio sinal de doença mental, rastreando a origem de sua patologia, mesmo que estivesse longe das agressões concretas (*Idem*, p. 31).

Leme Lopes (1969, pp. 124-125), defendia o modelo de prevenção primária elaborado por Bolman e Westman (1967), no qual são apontadas 3 áreas predominantes nos programas habituais de prevenção: a criança, a família e a sociedade. A aplicação de políticas preventivas teria 4 fases: o tratamento direto; o aumento e a distribuição de recursos; educação e aprendizagem; e, por fim, integração e coordenação. As medidas preventivas defendidas em torno da infância eram: a diminuição agressiva dos fatores etiológicos pré e perinatal; assistência às crianças com deficiências específicas (cegueira, surdes e apresentação de espasmos); melhoria na relação entre pais e filhos; suporte

---

<sup>40</sup> Lopes Rodrigues era membro do Conselho Nacional de Saúde e responsável pela redação do Código Nacional de Saúde – decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961 – na parte relativa ao setor psiquiátrico. Sobre essa legislação, debruçar-me-ei mais profundamente no subcapítulo 1.2, no qual analisarei as legislações do campo psiquiátrico na década de 1960.

psicológico para traumas de infância (separações e doenças); e implantação de medidas relativas à escola.

A exemplo do que ocorrera no cenário internacional, o termo saúde mental passou a ser amplamente utilizado no Brasil a partir da década de 1960. Os ambulatórios de higiene mental do SNDM tiveram o termo higiene mental suprimido e substituído por saúde mental no início da década de 1960. Dentro do discurso preventivista, esses ambulatórios assumiram cada vez mais importância na assistência psiquiátrica brasileira. Defendia-se sua capilarização em todo o território nacional, inclusive nas áreas mais afastadas, menos povoadas, de maneira a evitar internações desnecessárias. Isso porque a inexistência de ambulatórios fazia com que alguns pacientes tivessem de se deslocar para os grandes centros urbanos onde se localizavam os hospitais psiquiátricos. O tempo de internação também poderia ser reduzido, pois o paciente estaria ao lado da família, perto de seu trabalho e da sua residência (MAIA, 1961, p. 8; FREITAS, 1962, p. 9; GUEDES, CASTRO, FERREIRA E BERGER, 1967, pp. 101-102). Além dessas vantagens, os ambulatórios seriam as instituições psiquiátricas com maior possibilidade técnica de realizar o trabalho de profilaxia mental, atuando como veículo de informação e difusão dos princípios da saúde mental e fonte de esclarecimento dos variados aspectos das enfermidades mentais junto às comunidades, através da divulgação feita pelos próprios pacientes e seus familiares (GUEDES *et al*, 1967, p. 102). Teriam, portanto, como finalidade a realização de diagnósticos; a triagem; a assistência aos egressos; o tratamento dispensarial<sup>41</sup>, pois a maioria de seus pacientes era de nível econômico baixo; a sistematização de dados estatísticos quanto à prevalência e à incidência de doenças mentais; difusão de preceitos de higiene mental e de educação familiar; disponibilização do serviço de consulta e educação para os usuários; além da assistência infantil (*Idem*: pp. 98-99).

Ao pontuar a importância da comunidade na divulgação dos preceitos de higiene mental, denota-se, portanto, o aumento da importância do meio ambiental do paciente tanto na profilaxia quanto no tratamento. Essa diretriz de atuação médica psiquiátrica ganha grande força política e teórica com a decretação da *Community Mental Health Center Act*, em 1963, nos Estados Unidos, mencionado anteriormente. Seu objetivo era atender as demandas do indivíduo sem tirá-lo de sua comunidade. Dessa forma, a

---

<sup>41</sup> Trata-se da prestação gratuita de serviços médicos, oferecendo os medicamentos prescritos.

descentralização dos serviços psiquiátricos através dos ambulatórios tornava-se importante, assim como o conhecimento por parte de médicos generalistas de conhecimentos psiquiátricos, pois casos considerados não graves poderiam ser tratados sem a necessidade de encaminhá-los a alguma instituição psiquiátrica, aliviando a procura por tais serviços, principalmente nos grandes centros urbanos (GERSCOVICH, 1968, p. 66). Para Freitas (1961, p. 10), o objetivo inicial do tratamento comunitário visava apenas ao aspecto econômico, era de ordem material e objetivava a diminuição da demanda por novos leitos. Contudo, com a experiência no trabalho já realizado até então, verificaram-se também vantagens terapêuticas.

Whittington (1965), diretor do *Community Mental Health Services of the Division of Institutional Management, Kansas State Board of Social Welfare*, indicou duas definições para psiquiatria comunitária. A primeira, elaborada por Bellak (1964), a qual é conceituada como uma determinação para ver os problemas psiquiátricos individuais dentro do enquadramento referencial da comunidade, e vice-versa. A segunda foi elaborada pelo então professor de psiquiatria da University of Illinois College of Medicine, Melvin Sabshin, que defendia sua subordinação ao conceito genérico de psiquiatria social. Esta, por sua vez, era definida como uma teoria emergente do campo de pesquisa no qual variáveis sociais são usadas para estudar e, eventualmente, remediar situações relacionadas às doenças mentais. A psiquiatria comunitária envolve a utilização de técnicas, métodos e teorias da psiquiatria social e de outras ciências comportamentais, no intuito de atender a uma definida população ao longo de um tempo significativo, alimentando de volta a teoria da psiquiatria social com as informações recolhidas com a experiência comunitária vivida.

José Leme Lopes (1967), ao defender a implantação da psiquiatria comunitária no Brasil, toma como referência a experiência do Hospital Psiquiátrico de Nottingham, na Inglaterra, e estrutura alguns objetivos fundamentais e etapas a serem cumpridas para que uma assistência de viés comunitário pudesse ser implementada. Era preciso, em primeiro lugar, integrar os serviços hospitalares psiquiátricos com os hospitais gerais e órgãos sanitários, o que ia ao encontro dos preceitos da medicina social. O segundo passo era remover as barreiras que isolam o hospital da comunidade, adotando o modelo de portas destrancadas; permitir visitas a qualquer momento, autorizar saídas precoces dos

pacientes como experiência terapêutica; estimular a participação de membros da comunidade local na rotina do hospital; e, por fim, melhorar a atmosfera do hospital.

A psiquiatria comunitária ganhou força dentro da perspectiva de que as doenças mentais tinham etiologia e rotulação em grande medida relacionadas à dimensão social. Aproximava cognitivamente a saúde pública da saúde mental, tirando o foco das atenções individualizadas e direcionando-as às largas populações. Os paradigmas preventivistas são apresentados juntamente com os paradigmas terapêuticos, embora se opte por aprofundar os esforços na prevenção primária<sup>42</sup>, como mencionada por Lopes (1967, p. 119), ao invés de enfatizar a cura. Dessa forma, instituíam-se um certo paradoxo conceitual. De um lado, realçava-se a preocupação com as vítimas de ambientes prejudiciais, de maneira que a prevenção deveria ser feita por meio da remoção do estresse social. Por outro lado, a própria perspectiva comunitária ressaltava a dependente integração entre estruturas familiares e sociais, sobre as quais dependeria o bem-estar do indivíduo, que possibilitaria a neutralização dos efeitos do isolamento e forneceria um senso de identidade<sup>43</sup>.

No Brasil, Luiz Cerqueira (1911-1984)<sup>44</sup>, um dos maiores defensores da psiquiatria social, médico formado pela Faculdade de Medicina do Recife, em 1939, discípulo intelectual de Ulysses Pernambucano, coordenador de Saúde Mental de São Paulo em 1973, não a definiu de maneira clara. Contudo apontou seus elementos constitutivos, tais como: concepções etiologias e terapêuticas biopsicossociais; a consagração da equipe multidimensional; a tentativa de nova abordagem da comunidade; a renegação do modelo “*médico-clínico-exclusivo*”; e por fim, o trabalho com a reformulação dos conceitos de profilaxia, terapêutica e reabilitação integrando-os aos conceitos de prevenção em 3 níveis, respectivamente: primário, secundário e terciário. Também indicou algumas tendências da psiquiatria social como a psiquiatria de setor, psiquiatria democrática,

---

<sup>42</sup> O nível primário objetiva-se por tentar diminuir a incidência das doenças mentais num determinado conjunto social, evitando ou reduzindo a exposição a agentes causais ou fatores de risco; o nível secundário é caracterizado pelo diagnóstico precoce, a fim de que a terapêutica executada possa surtir efeito mais consistente, de maneira que o indivíduo não apresente piora de seu quadro patológico; por fim, o nível terciário refere-se às atividades clínicas que previnem a deterioração ou reduzem as complicações após o estabelecimento da doença (CORDEIRO, 2010, pp. 42-44). Tais termos foram utilizados por Lopes (1967, p. 119).

<sup>43</sup> ROCHEFORT, 1984, p.7.

<sup>44</sup> CERQUEIRA, 1984, pp. 29-30. Este texto foi uma contribuição ao Simpósio “Raízes e Tendências da Psiquiatria Brasileira”, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental e UFPE, em 1978.

psiquiatria preventiva, psiquiatria administrativa, psiquiatria compreensiva e a psiquiatria comunitária. Tais conceitos constituíam-se nas bases da medicina comunitária e sua plena aplicação na medicina psiquiátrica: “...implica na realização do ideal dos psiquiatras sociais, de tal maneira que com esta identificação e absorção dos aspectos sociais “não seria mais preciso falar em psiquiatria social”<sup>45</sup>.

Psiquiatria social também foi tema de uma das reuniões do Comitê de Expertos em Saúde Mental da OMS, o sétimo concílio, ocorrido em 1959<sup>46</sup>, que a definiu como um conjunto de medidas preventivas e curativas que tem por objetivo a adaptação do indivíduo a uma vida satisfatória e útil em seu meio social, tendo como alvos da psiquiatria institucionalizada indivíduos enfermos e os que correm perigo, de modo que pudessem manter ou restaurar sua capacidade de adaptação social. Para o Comitê, a tendência à concepção comunitária acentuou-se devido aos êxitos dos tratamentos físicos do período, a malarioterapia, o coma insulínico, a convulsoterapia elétrica e a aparição dos novos remédios. Estes melhoraram “las funciones individuales de los enfermos y, em consequência, la reintegración social se ha hecho a la más necessária y más fácil”<sup>47</sup>. Outro elemento importante teria sido a psicoterapia, que permitiu ao psiquiatra compreender melhor a conduta do enfermo em seu meio, e assim, expandiu o repertório terapêutico. Contudo, sem a volta do enfermo ao meio social, a terapêutica não estaria completa e a saúde mental, enquanto ciência médica, não cumpriria seu objetivo. Dessa forma, para a OMS, “...un psiquiatra puede com frecuencia conducir a um enfermo hasta las puertas de la vida normal, pero sus esfuerzos serían inútiles si esas puertas se abrieran sobre el vacío”<sup>48</sup>.

Conforme podemos observar, o pensamento psiquiátrico presente nos periódicos brasileiros na década de 1960, pontuava, em grande medida, a necessidade de ressignificação da assistência psiquiátrica por meio de novas ferramentas preventivas e terapêuticas. Algumas dessas ferramentas, como a contratação de profissionais de outras categorias para compor os quadros assistenciais psiquiátricos, tais como assistentes sociais ou psicólogos, não eram difíceis de se resolver: bastava que a direção hospitalar possuísse vontade e meios administrativos para tais ações. Outras, porém, diziam respeito

---

<sup>45</sup> *Idem*: 27.

<sup>46</sup> OMS, 1959, 3.

<sup>47</sup> *Idem*, 4.

<sup>48</sup> *Ibidem*, 7.

à mudança de visão sobre um determinado modelo institucional, como no caso dos hospitais, que perderam legitimidade como núcleo central terapêutico, transferindo para os ambulatorios a missão de vanguarda e condução da missão de assegurar ou, ao menos buscar melhorar, a qualidade de vida dos indivíduos que demandavam por tais serviços. Contudo é preciso identificar se tais ideias consubstanciaram-se em políticas públicas efetivas. Para isso, a seguir, analisarei a legislação vigente e implementada durante a década de 1960, como maneira de identificar quais as diretrizes e teorias que foram de fato colocadas em prática como diretriz oficial da assistência psiquiátrica pública do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

### **1.3 Ideias que se tornam leis**

De maneira geral, as ideias contidas nas críticas e proposições sobre a assistência psiquiátrica pública brasileira, vistas acima, remetem às diretrizes fundadas em quadros conceituais minimamente sólidos – como a psiquiatria social e um de seus subprodutos, a psiquiatria comunitária – embora a maioria dos autores supracitados não se vinculassem oficialmente a nenhuma corrente de pensamento psiquiátrico. O mesmo ocorre com as medidas legislativas implementadas durante a década de 1960. Efetivaram mecanismos assistenciais contidos na psiquiatria comunitária, sem, contudo, direcionar a assistência psiquiátrica pública brasileira para reformas mais profundas de seu rumo.

Ainda na década de 1950, foram estabelecidas as normas gerais de Defesa e Proteção da Saúde, por meio da lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954. Assim como seu nome anuncia, essa legislação tratava dos parâmetros gerais que deveriam nortear as futuras normas a serem aprovadas nos mais variados setores da área da saúde. Sobre o campo da psiquiatria, a referida legislação defendia que o tratamento das doenças mentais deveria ser realizado em hospitais, instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata. Proibia qualquer ato litúrgico com fins terapêuticos nas instituições psiquiátricas religiosas, e que pacientes menores de idade fossem recebidos em locais conjuntamente com adultos.

Em 1961, o decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro, regulamentou sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 1954. Em relação à área psiquiátrica, o texto foi elaborado pelo psiquiatra Lopes Rodrigues. Mantiveram-se os convênios entre

o Ministério da Saúde e os estados da federação para construção e manutenção de hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, além de efetivar a prática de tratamentos praxiterápicos (BRAGA, 2013). Determinou-se ao referido ministério a tarefa de estimular a criação de Centros de Elucidação de Diagnósticos, uma instituição com função de triagem, que funcionaria como organizações para-hospitalares, hospitais-dia e serviços de assistência aberta, tanto públicos quanto privados, com as quais o SNDM cooperaria por meios técnicos ou materiais. Também impôs que o ministério organizasse e estimulasse a criação de serviços “*psiquiátricos sociais*” a pacientes egressos e a suas famílias em seus próprios meios sociais, além da criação de “anexos psiquiátricos” em hospitais gerais.

Embora tenha mantido os convênios entre o Ministério da Saúde e os estados que tinham na assistência hospitalar a centralidade de sua atuação na área, o referido decreto, conforme defendia seu formulador, condenava o hospital psiquiátrico. Em seu primeiro artigo, indicava que a política para o setor orientada pelo Ministério da Saúde seria voltada para prevenção das doenças mentais e para a redução ao máximo possível das internações em estabelecimentos nosocomiais. Em nenhum de seus 14 artigos referentes à saúde mental há qualquer menção ao hospital psiquiátrico. A única vez que o termo “hospital” é utilizado refere-se a medidas direcionadas aos hospitais gerais, que descentralizariam as demandas do hospital psiquiátrico. Por outro lado, ressaltou a intenção de incentivar a criação de instituições que possibilitassem uma assistência norteada com diretrizes voltadas para a psiquiatria comunitária.

Considerando o sucesso do Museu de Imagens do Inconsciente, fundado em 1952, na Seção de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Centro Psiquiátrico Nacional, criado pela psiquiatra Nise da Silveira, em 1952, integrando a Seção de Terapia Ocupacional e Reabilitação do Centro Psiquiátrico Nacional, foi instituída pelo decreto nº 51.169, de 9 de agosto de 1961, a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação (STOR) do SNDM. Assinado pelo presidente Jânio Quadros, em despacho com a própria Nise da

Silveira<sup>49</sup>, em Brasília (Castro, s/d)<sup>50</sup>, esse decreto objetivava incentivar a criação de políticas públicas que buscassem implementar atividades regulares, padronizadas e sistematizadas com prescrição médica para todo o país, impelindo um caráter científico e humanizado nessa terapêutica.

A STOR foi incluída entre os órgãos centrais do SNDM, ou seja, criada como um órgão diretivo, normativo e executivo, ao lado das já existentes Seção de Administração e Seção de Cooperação. Competia ao novo órgão implementar um modelo padronizado de serviços de terapia ocupacional e reabilitação, que serviria de parâmetro a ser reproduzido nos hospitais de doentes mentais no Brasil. Também deveria fornecer planos de trabalho para as instituições do SNDM e para os hospitais com os quais o órgão mantinha convênios, assim como supervisionar suas execuções. Cabia ainda ao STOR organizar cursos e eventos de formação e aperfeiçoamento de mão de obra especializada em terapia ocupacional, a fim de que só atuassem nesse setor os funcionários que tivessem a referida formação, bem como manter um museu de obras plásticas que serviria de centro de estudo e pesquisa. Por fim, responsabilizavam-se por estudar e propor dotações orçamentárias destinadas à terapia ocupacional e reabilitação a serem incluídas no orçamento do Ministério da Saúde. Nos convênios celebrados com os estados, seria reservada parcela de recursos para esse fim terapêutico, proporcional ao número de internados e às condições sócio-econômicas da respectiva região. Sua chefia seria indicada pelo diretor do SNDM e designada pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde. Contudo a psiquiatra Nise da Silveira foi a única diretora desse órgão até o ano de 1974, quando se aposentou (CÂMARA, 2006, s/p)<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Nascida em Maceió, em 15 de fevereiro de 1905, Nise aos 16 anos vai para Salvador estudar medicina. É a única mulher entre 157 alunos. Em 1927, após a morte de seu pai, segue sozinha para o Rio de Janeiro, onde inicia sua carreira. Em 1933, por meio de concurso público, começa a trabalhar no antigo Hospício da Praia Vermelha. Nesse mesmo ano, durante o governo Vargas, foi encarcerada durante 15 meses, acusada de ser comunista. Apenas em 1949, reassume seu posto de trabalho, desta vez no Centro Psiquiátrico Nacional (CPN). Em sua prática profissional, Nise da Silveira utilizava a psicofarmacoterapia com parcimônia, pois tinha ressalvas quanto ao seu uso exclusivo como forma de tratamento, já que seu uso excessivo dificultava o trabalho dos doentes no ateliê de terapia ocupacional. Sua recusa em aceitar o modo violento como os doentes eram tratados levou-a a procurar terapias alternativas. Foi assim que buscou estruturar o setor de Terapia Ocupacional (CARVALHO E AMPARO, 2006, pp. 126-127)

<sup>50</sup> CASTRO, Luiz Paiva. Ciências e Web Disponível em: <<http://www.luizpaivadecastro.com.br/ciencias-e-web.html>>. Acesso em: 09/11/2015.

<sup>51</sup> Nise conseguiu grande notoriedade com seu trabalho principalmente a frente do STOR do Engenho de Dentro, obtendo projeção internacional. Transformou-se na principal referência de terapêutica ocupacional para pacientes psiquiátricos. Fatos que explicam sua longevidade à frente do referido cargo. (CARVALHO E AMPARO, 2006)

Em 1969, foi dado mais um passo no intuito de fortalecer a promoção da terapêutica ocupacional na assistência psiquiátrica brasileira, com a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional, por meio do decreto lei nº 938<sup>52</sup>. O profissional do setor era o responsável pela execução de métodos terapêuticos e recreacionais, objetivando a restauração, o desenvolvimento e a conservação da capacidade mental do paciente. A partir dessa legislação, estipulou-se que, para tal título, era necessário curso superior. Além disso, esse decreto possibilitou que tais profissionais também pudessem dirigir órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares com o devido fim terapêutico ou de reabilitação.

Entre 1962 e 1965, não foram promulgados atos legislativos que alterassem ou criassem políticas públicas para o setor. No entanto, há dois decretos que citam questões relacionadas à saúde mental, embora sejam dirigidas especificamente a outros temas. A primeira foi um decreto ditando as regras para a entrada de estrangeiros no Brasil, em 1962<sup>53</sup>, no qual se ressalta que a existência de uma doença mental de qualquer natureza ou grau seria impeditivo para o desembarque no país. A segunda, em 1965<sup>54</sup>, alterou alguns nomes e subordinações de unidades do Centro Psiquiátrico Nacional do SNDM. O Próprio órgão passou a ser chamado Centro Psiquiátrico Pedro II. Um de seus hospitais subordinados, o Hospital Pedro II, passou a ser denominado Hospital Odilon Galloti. Já o Hospital de Neuro-Sífilis, até aquele momento vinculado ao Centro Psiquiátrico Nacional, passou a ser chamado Hospital Pinel, tornando-se diretamente subordinado ao SNDM e ganhando autonomia administrativa em relação ao recém nomeado Centro Psiquiátrico Pedro II.

Em 1966, o decreto nº 58.740, de 28 de junho, aprovou as normas técnicas especiais do Código Nacional de Saúde, para a Assistência e Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência. Indica-se que as medidas para proporcionar o bem-estar mental da criança e do adolescente, de maneira geral, visavam à saúde pré-nupcial, à saúde pré-natal, à saúde infantil, pré-escolar e escolar. Porém esse apontamento é feito de maneira genérica, sem aprofundar nenhuma dessas temáticas, de modo a não contemplar as demandas dos psiquiatras contidas em seus textos nos periódicos supracitados, quando defendiam que o

---

<sup>52</sup> Decreto-lei de 13 de outubro de 1969. Também regulamentou a profissão de fisioterapeuta.

<sup>53</sup> Decreto nº 967, de 7 de maio de 1962.

<sup>54</sup> Decreto 55.474, de 7 de janeiro de 1965.

foco da higiene mental deveria ser no trabalho a ser realizado, preferencialmente, com as crianças.

No mesmo ano de 1967, o Decreto nº 58.165, de 11 de abril<sup>55</sup>, alterou o regulamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), subordinada ao Ministério da Saúde, na parte destinada à estruturação dos cursos para médicos e enfermeiros generalistas. A disciplina saúde mental foi incorporada ao curso básico de saúde pública. Tal mudança coadunava-se com as diretrizes defendidas pelos psiquiatras desejosos de ver a diminuição da demanda de pacientes psiquiátricos oriunda de hospitais gerais. Além disso, confirmava a diretriz implementada pelo Código Nacional de Saúde, aprovado em 1961, que, conforme supracitado, indicava para a assistência psiquiátrica pública também a atuação nos hospitais gerais.

Ainda em 1966, foram instituídas por meio da lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, as Campanhas Nacionais de Saúde (CNS). Para o então diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS), Achilles Scorzelli Júnior (1966), tais campanhas foram motivadas principalmente pelos entraves burocráticos em que os órgãos de saúde pública no Brasil estavam sujeitos. As CNS's tinham ampla flexibilidade administrativa e destinavam-se ao controle ou erradicação de determinadas doenças, bem como à realização de programas de saúde que deveriam intensificar e coordenar ações que visassem ao combate e à prevenção de doenças específicas. Mesmo possibilitando acordos ou convênios com órgãos, entidades públicas ou privadas que tivessem finalidade relacionada com seu objetivo, seu caráter centralizador era forte, pois concentrava no Ministério da Saúde a

---

<sup>55</sup> Essa legislação alterou o decreto nº 46.258, de 23 de junho de 1959, que aprovou o regulamento da ENSP. As disciplinas ofertadas no curso básico de saúde pública para médicos, antes da alteração de 1966, eram as seguintes: Microbiologia e Imunologia, Parasitologia, Estatística Sanitária, Saneamento, Nutrição, Epidemiologia e Profilaxia, Higiene Materno Infantil, Fundamentos Socioeconômicos, Educação Sanitária, Fundamentos de Serviço Social, Administração Geral e Pública (1ª parte), Administração Sanitária (1ª parte). O currículo da parte complementar do curso básico de saúde pública para médicos era composto pelas seguintes disciplinas: I –Administração Sanitária: Diagnóstico das Doenças Transmissíveis, Higiene do Adulto, Administração Geral e Pública (2ª parte), Administração Sanitária (2ª parte), Legislação Sanitária, II Puericultura: Puericultura Prévia, Revisão de Obstetrícia, Fisiologia e Higiene da Criança, Dietética Infantil Clínica Pediátrica Médica, Patologia do recém-nascido, Higiene Escolar, Psicologia Normal e Patológica da Criança, Administração de Serviços de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência. III Medicina do Trabalho: Fisiologia Aplicada, Psicologia, Psicotécnica, Salubridade do Ambiente, Análises Clínicas, Toxicologia Industrial, Doenças Ocupacionais, Prevenção de Acidentes do Trabalho, Administração de Serviços de Medicina do Trabalho. IV Endemias Rurais: Diagnóstico das Endemias Rurais. Ecologia de Vetores Animados e de Hospedeiros de Doenças. Insetícidas. Molucícidas e Raticícidas. Epidemiologia e Profilaxia das Endemias Rurais. Administração de Serviços de Endemias Rurais.

superintendência das campanhas e estipulava quais os planos aprovados dentro das respectivas campanhas seriam executados ou promovidos também por esse ministério.

Ainda segundo Scorzelli (1966, p. 14), em sua justificativa de defesa do ainda projeto de lei das Campanhas Nacionais de Saúde, não se poderia falar em Campanha contra as doenças mentais e, menos ainda, de Campanha de Saúde Mental, por serem problemas que, no estado dos conhecimentos científicos do período, não terminavam, prolongando-se no tempo e ampliando-se, agravando o quadro clínico do paciente. Contudo isso não afastaria a indicação de assegurar ao complexo problema da saúde mental a flexibilidade de ações que tais campanhas possibilitariam.

Sendo assim, no ano seguinte, o decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967, instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) subordinada ao SNDM. Essa Campanha destinava-se a intensificar e coordenar as atividades públicas e particulares de prevenção e combate às doenças mentais, com o objetivo de reduzir a incidência e os estados mórbidos correlatos a essas patologias, assistindo e prevenindo, ainda que essa tarefa fosse impossível de ser realizada, segundo declaração do próprio diretor do DNS no ano anterior, como mencionado acima. Contudo a certeza prévia da impossibilidade do êxito dessa política pública instituída por decreto não diminuía a necessidade de sua implementação, pois objetivava-se também reduzir os entraves burocráticos que impediam sua eficiência e aumentar as verbas destinadas à assistência psiquiátrica. Dessa forma, o SNDM poderia usufruir dos benefícios legais e burocráticos que tais campanhas possibilitavam, tendo em vista que os argumentos utilizados em defesa da decretação da CNSM eram também de ordem burocrática e financeira, além de técnica. Para o diretor do SDNM nesse período, Jurandir Manfredini<sup>56</sup> (1965, p. 170), as verbas disponíveis até então eram insuficientes para o custeio ordinário da máquina assistencial do SNDM, fato que obrigava a diminuição da qualidade dos serviços terapêuticos para os internos e inviabilizava uma oferta regular de atividades preventivas.

A subordinação da CNSM ao SNDM o fortalece politicamente ao disponibilizar mais verba a ser utilizada em políticas engendradas pelo próprio órgão, além de ampliar sua influência sobre os estados ao aumentar os recursos financeiros disponíveis para a realização de convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, após 6 anos da

---

<sup>56</sup> Jurandir Manfredini foi diretor do SNDM entre 1964 e 1969.

regulamentação do Código Nacional de Saúde, que condenava tacitamente o hospital psiquiátrico, essa legislação não fazia distinção qualitativa entre instituições ambulatoriais ou hospitalares: ao se referir às medidas a serem executadas, concedia o mesmo grau de importância a ambos os modelos.

Em seus dois primeiros anos, a CNSM, financiou a promoção de vários eventos científicos. Prestou-se auxílio “*modesto*” ao VIII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental – realizado em Porto Alegre, em outubro de 1967 – e foi dada “*pequena ajuda*” financeira à Sociedade Brasileira de Psicanálise para a realização da 2ª Jornada Brasileira de Psicanálise, no Rio de Janeiro, em maio de 1968. Em julho de 1968, prestou-se apoio “*ainda mais substancial*” à realização do 1º Simpósio Internacional de Psiquiatria Transcultural, promovido pela ABP, em Salvador – BA; e ajudou financeiramente a Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo a realizar seu 1º Congresso Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo, em outubro de 1968, em Porto Alegre – RS. Financiou também a participação de seu superintendente, Jurandir Manfredini, ao V Congresso Latino Americano de Psiquiatria, em Bogotá, e a 1ª Conferência Pan-Americana de Saúde Mental, no Texas, ambas em novembro de 1968. Ajudou a realização do IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, no Rio de Janeiro, em 1968, bem como a Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Saúde Mental, sucessora da antiga Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal; por fim, financiou a tiragem da *Revista Brasileira de Saúde Mental* (Manfredini, 1968)<sup>57</sup>.

\* \* \* \*

A análise dessas legislações denota que a assistência psiquiátrica engendrada e executada pelo Ministério da Saúde, via Serviço Nacional de Doenças Mentais, sofreu importantes transformações no que diz respeito às suas diretrizes políticas, as quais modificaram sua base jurídica de atuação. Tais transformações são fruto de um novo olhar sobre a prática médica psiquiátrica que tomou corpo após a segunda guerra mundial e chegou ao Brasil com relativa força a partir da década de 1960, legitimada e difundida pelas diretrizes da OMS, ganhando prestígio entre os principais atores da assistência psiquiátrica brasileira.

---

<sup>57</sup> Manfredini, 1968.

Como observamos, é possível afirmar que algumas dessas ideias programáticas transformaram-se em políticas públicas por meio de medidas legislativas. A transformação mais significativa talvez tenha sido a mudança paradigmática da substituição do hospital como locus principal de terapêutica. Objetivava-se, nesse momento, a descentralização das ações assistenciais em direção a outros modelos institucionais, ou até mesmo à comunidade original do paciente psiquiátrico. O incentivo ou a implementação de hospitais-dia e ambulatórios de saúde mental indicam, por um lado, a perda do estatuto do hospital psiquiátrico, e por outro, o ganho de importância da continuidade ou reintegração do indivíduo acometido por problemas psiquiátricos à sua comunidade, preceito básico da psiquiatria comunitária. Com isso, ganhavam importância outras formas de terapia psiquiátrica, como a ocupacional, fortalecida pela criação da Seção de Terapia Ocupacional e Reabilitação do SNDM, assim como a regulamentação dos profissionais responsáveis pela sua execução.

Embora a prevenção primária fosse uma das mais recorrentes bandeiras dos atores da assistência psiquiátrica brasileira durante a década de 1960, a legislação que implementou a CNSM, com viés fortemente preventivista, não foi capaz de viabilizar políticas públicas concretas nessa direção. Tanto as ideias programáticas, quanto a legislação supracitada, referem-se ao tema de maneira genérica.

Ao identificarmos as ideias programáticas vigentes na década de 1960, dentro do contexto histórico no qual estavam inseridas, é possível extrair uma informação bastante relevante. Tais ideias são fruto de uma movimentação de inquietação intelectual no campo da medicina psiquiátrica ocidental, e não apenas brasileira. Ambas coadunavam-se, talvez porque a psiquiatria, enquanto ciência, estivesse passando por uma crise epistemológica e buscava, no pós-guerra, ressignificações para suas ações, sobressaltando o próprio termo utilizado para designar o setor, de higiene mental para saúde mental. O fato de as ideias programáticas internacionais encontrarem respaldo entre os gestores da psiquiatria brasileira pode denotar que, além de certos questionamentos acerca dos mecanismos assistenciais brasileiros, havia também questões mais profundas, relativas à epistemologia da ciência psiquiátrica brasileira, o que nos permite vislumbrar quais as razões para tais mudanças e como estas ideias, gestadas internacionalmente, transformaram-se em políticas públicas. Em que grau de “pureza” se mantiveram ou, por outro lado, o quanto se desintegraram de seu arcabouço original.

Vejamos, então, no próximo capítulo, como essas ideias programáticas, gestadas na década de 1960 – por meio de psiquiatras brasileiros que participavam de comitês da OMS, da gestão da saúde pública e do meio acadêmico nacionais – foram incorporadas, mantidas, transformadas ou abandonadas ao longo da década de 1970.

## CAPÍTULO 2

### **DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA DÉCADA DE 1970**

Durante a década de 1970, o Brasil potencializou o processo de modernização industrial capitalista no qual estava inserido desde o primeiro governo Vargas (1930-1945). Aprofundada durante a administração Kubitschek (1956-1961), tal política aumentou o número de empregos no 2º e 3º setores da economia – indústrias e serviços, respectivamente – trazendo, como uma de suas consequências, o aumento da participação política de uma nova classe social, urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhores níveis qualitativos de atendimento em todas as áreas, inclusive na área da saúde e, em especial, da saúde mental (FAUSTO, 2006, p. 268).

Durante esse processo, o percentual da população operária ativa em relação à população economicamente ativa saltou de 16,5%, em 1950, para 24,9%, em 1970, e 32,7% em 1980. Tais dados demonstram que ocorreu um aumento significativo do número de trabalhadores com carteira assinada, o que significa dizer que eles passavam a contar com seguros previdenciários. No caso da saúde, a partir de 1966, tais trabalhadores passaram a ser assistidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), inclusive no âmbito da assistência à saúde.

Nesse contexto de expansão do número de segurados e de produção de demanda de serviços de saúde, duas correntes de pensamento, opostas entre si, indicavam dois caminhos possíveis para a gestão do INPS: a compra de serviços terceirizados pelo órgão ou a ampliação dos hospitais da própria rede com a contratação de profissionais para suprir a crescente procura. A primeira corrente tornou-se hegemônica. O discurso de deterioração dos hospitais públicos corrobora tal tese (VAISSMAN, 1983, p. 22; PAULIN E TURATO, 2004, p. 247). Somado a isso, era também expressiva a tendência à expansão da cobertura previdenciária para pessoas de outros segmentos e condições laborais. Ampliaram-se os benefícios para grande parte da população urbana, por meio da incorporação dos acidentes de trabalho, em 1967, da extensão dos benefícios às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, em 1973 (VAISSMAN, 1983, p. 22). Desse modo, com a justificativa de atender a crescente demanda no mais curto espaço possível, passou-se a contratar serviços particulares

terceirizados. Assim, ganhava força o hospital psiquiátrico privado (PAULIN E TURATO, 2004, p. 244).

Essa tendência privatizante não foi genuinamente brasileira. Apresentou-se também em outros países, como Grã-Bretanha e Estados Unidos (RESENDE, 1987, p. 610) sem, contudo, podermos afirmar que tais experiências nesses países tenham razões e consequências semelhantes às de nosso contexto nacional. No Brasil, a preocupação era diferenciar o hospital previdenciário do velho hospital público, este sucateado, sobretudo em suas condições de hotelaria, atribuindo mais pontos positivos aos novos hospitais particulares justamente num fator não diretamente ligado à qualidade da terapêutica aplicada.

Paradoxalmente à ênfase na privatização dos serviços médicos psiquiátricos via INPS, ocorreu um ganho de importância sobre o discurso da necessidade de mudança nos rumos da assistência psiquiátrica, com a relevância política alcançada pelo conceito de promoção da saúde mental, em detrimento do combate à doença mental, conforme analisado no capítulo anterior. Esse paradoxo evidenciava a aparente contradição entre o discurso baseado no preventivismo, no qual o foco na prevenção às doenças mentais apresentava como objetivo principal a diminuição da demanda aos hospitais psiquiátricos. Estabelecia-se, portanto, um interesse antagônico aos dos empresários do setor, em franca contradição com a lógica comercial imposta pelo INPS, embasada no modelo assistencial hospitalocêntrico privado, pois tais instituições hospitalares, enquanto entidades de natureza privada, obedeciam a lógica comercial que mirava exclusivamente o lucro obtido em sua atividade, que nesse caso, seria conquistado com o maior número de pacientes e o maior tempo de internação.

Tentativas de resistência a este processo de privatização ocorreram com vigor. Intensificaram-se, ao longo dos anos, denúncias de amplos setores da área da saúde mental no país contra o favorecimento ao setor privado. Tais denúncias tinham como foco as deturpações oriundas do foco comercial nos serviços assistenciais psiquiátricos, como o pouco controle das internações na rede privada, com média de 90 dias, mais compatível com as concepções psiquiátricas do início do século XX (VAISSMAN *et al*, p. 61). Além disso, denunciava-se também a compra dos serviços médicos às casas de saúde, médicos e hospitais credenciados pela previdência social que deram lugar em grande escala à

multiplicação excessiva de atos médicos, como a invenção de doenças, permitindo internações desnecessárias (*Ibidem*, p. 24).

Já no início da década de 1970, novas propostas partidas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio INPS foram acolhidas pelo governo federal, no sentido de rever as diretrizes hospitalocêntricas que pautavam até então a assistência psiquiátrica pública no Brasil (RESENDE, 1987, pp. 62-63). O acolhimento destas proposições de resistência nos permite vislumbrar que, independentemente da diretriz hegemônica que pautou as políticas públicas psiquiátricas, as ideias, mesmo que conflitantes, obtinham espaços, ainda que fossem refutadas. Os periódicos médicos especializados eram, sem dúvida, o terreno mais fértil para a apresentação de qualquer ponto de vista. Tendo-se em vista este panorama, analisarei agora o modo como as novas propostas advindas do Ministério da Saúde expressavam ideias programáticas produzidas no âmbito acadêmico e por gestores da área psiquiátrica, as quais, por vezes, foram instituídas em textos legislativos.

## **2.1 O problema do hospitalismo**

Conforme já salientado, no decorrer da década de 1970, manteve-se o discurso predominante em defesa das ideias preventivas, que para Schechtman, Nogueira e Veras (1976, pp. 391-392), do ponto de vista teórico, apresentava-se como alternativa às ultrapassadas formas de tratamento baseadas na terapêutica hospitalar. Embora os autores salientem que prevenção não era necessariamente uma ideia de origem médica, pois a psiquiatria teria sido arquitetada basicamente para a preservação da ordem, eles distinguem este modelo preventivista do modelo tradicional em virtude de alguns aspectos, tais como uma nova representação do objeto: antes médica, agora sociológica; um novo objeto: a saúde mental e sua preservação, antes a cura da doença mental; um novo sujeito de tratamento: a coletividade, em substituição ao indivíduo; novos agentes profissionais: a equipe comunitária, antes o médico; e, por fim, um novo espaço terapêutico: a comunidade, antes o hospital.

A crítica ao que Edith Seligmann Silva (1970) classificou de hospitalismo, combatia, portanto, a internação prolongada e por vezes definitiva, que desfazia os contatos do paciente com sua vida anterior, aliada a uma relação de dependência total do

paciente com o hospital. Quanto menos internações houvesse, ou menor fosse o seu tempo, menores seriam os efeitos de ruptura dos laços familiares do paciente.

As hospitalizações desnecessárias de pessoas que não apresentavam sintomas clínicos que indicassem a necessidade de internação eram também fonte de reclamação sobre o modelo tradicional, principalmente nos casos de reinternações de pessoas com dificuldades econômicas, levadas ao hospital pela “rádio patrulha” por embriaguez ou por ocasionarem distúrbios em vias públicas. Além disso, muitos eram levados por familiares pouco esclarecidos quanto à natureza das doenças mentais e sobre como tratar indivíduos portadores de tais doenças fora do âmbito hospitalar (RESENDE; DOS SANTOS; OLIVEIRA; BRIGAGÃO; MCKAIL; SILVEIRA, 1970). Os motivos mais comuns para internações em hospitais públicos eram o abandono social, a intolerância familiar, a própria doença mental, os motivos políticos ou judiciais, conseguir licença na previdência e a falta de dinheiro para comprar a própria medicação (HOIRISCH; ROSA; ROSA, 1977, p. 104).

Sob o ponto de vista da ordenação institucional, muitas vezes o hospital psiquiátrico convencional era considerado uma estrutura social que representava as mesmas peculiaridades enlouquecedoras das famílias dos pacientes. Era, portanto, uma instituição que produziria doença atuando como depósitos de seres incuráveis e, sobretudo, indesejáveis (HOIRISCH; ROSA; ROSA, 1977, p. 100). Carlos M. Chan (1971), chefe da equipe psiquiátrica de Berckshire (Escócia) e consultor psiquiátrico do Hospital Dingleton (Escócia), criticou as instituições de modelo tradicional sob o ponto de vista administrativo. Defendia que se tratava de uma estrutura de poder piramidal, na qual as ordens obedecem a uma rígida hierarquia, em que nem os novos elementos da equipe, nem os pacientes tinham qualquer autonomia. Estes últimos ficavam totalmente dependentes das instruções e ordens da equipe.

Isaias Paim (1976), considerado discípulo intelectual do psiquiatra forense José Alves Garcia, área em que obteve grande destaque, e professor visitante na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (SOUZA E PICCININI, 2004), entendia que a visão negativa sobre a psiquiatria diante do seu relacionamento com os doentes mentais é compreensível diante de sua função histórica, quase que exclusivamente mantenedora da ordem social. O autor justifica seu argumento lembrando que, até o decorrer da década

de 1940, até o advento da malarioterapia, insulinoaterapia e da convulsoterapia não existiam meios eficazes de tratamento para as doenças mentais (PAIM, 1976, pp. 155-156).

Em relação ao campo assistencial, Norival Sampaio (1971, p. 74), professor titular de clínica psiquiátrica da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador – Bahia, entendia que o Estado brasileiro era um dos responsáveis pelo anacronismo de suas instituições psiquiátricas, pois oferecia, em muitos aspectos, uma assistência inferior àquela prestada em décadas anteriores. Não havia um plano unívoco de atuação, o que conseqüentemente desperdiçava os já limitados recursos. A inépcia do Estado brasileiro gerava nos hospitais psiquiátricos públicos um quadro de superpopulação, carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos e materiais, ociosidade e abandono dos pacientes, agravando a ineficiência terapêutica. Para Francisco Paes Barreto (1971), então diretor clínico do Ambulatório Central Roberto Resende da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica de Minas Gerais, tal quadro era visto com certa naturalidade, pois a sociedade brasileira sentia-se menos responsável e mais insensível diante do paciente psiquiátrico em relação a outros tipos de pacientes.

Hoirisch, Rosa e Rosa (1977, p. 102), ao apontarem a má qualidade da mão de obra nas instituições psiquiátricas na década de 1970, utilizaram uma pesquisa feita ainda na década de 1950, mas que, naquele momento, permanecia atual. Neste estudo, observou-se que um ponto a ser enfrentado para melhorar a qualidade dos serviços prestados era a falta de satisfação do trabalho nos hospitais psiquiátricos. Os trabalhadores de saúde mental afirmavam que continuavam a trabalhar nos hospitais, mesmo depois de alguns anos, apenas por falta de opção e não por escolha própria, levando em consideração questões alheias a prática profissional, como a proximidade com a residência. Outro ponto da pesquisa concluiu que o principal motivo para a escolha de um determinado emprego em hospital era se a divisão ou o departamento escolhido era o único disponível.

Tais autores colocavam em debate a função terapêutica do hospital, por vezes evidenciando sua função repressiva por meio dos instrumentos e soluções antiterapêuticas ao aliar-se com a sociedade, “às vezes segregando o paciente do mundo hostil, outras vezes, segregando do mundo o paciente hostil” (BARRETO, CORREA, BARROS E

ROCHA, 1972, p. 125). Desfaziam-se, portanto, os contatos com a vida anterior do paciente, sem, contudo, encontrar qualquer solução terapêutica para esse paciente.

## **2.2 O imaginário em torno das doenças mentais**

Conforme salientado no capítulo 1, a partir do final da 2ª Guerra Mundial, a área da saúde mental obteve cada vez mais reconhecimento de sua articulação com os direitos humanos básicos, conseguindo angariar para si mais apoios políticos às suas causas (MARIZ, MENDONÇA E CHAVEZ, 1979, p. 15). Com isso, havia uma espécie de sopro renovador que varria a psiquiatria desde então e que permaneceu ao longo da década de 1970, ganhando cada vez mais força com a busca de soluções mais humanas para o problema do doente mental, o que se consubstanciava em novos debates teóricos e programáticos nos congressos científicos do setor (TREIGER, 1981, p. 40).

A visão da sociedade em relação à doença mental, entretanto, era multifacetada. Uma pesquisa de opinião de dois grupos de condições socioeconômicas diversas, divulgada em 1970 (BASTOS E TURENKO, 1970), joga ainda mais luz sobre o assunto. Até aquele momento, essa era a única pesquisa científica realizada no Brasil que tratava de tais assuntos, ao contrário de Estados Unidos, Inglaterra e França, onde pesquisas sobre essa temática já haviam sido divulgadas. Nesse estudo, as pessoas foram divididas em 2 grupos com 177 integrantes cada um. O primeiro grupo era formado por estudantes universitários do 4º e 5º ano de medicina e do 1º e 3º ano de psicologia, ambos de universidades pernambucanas. O segundo grupo era composto por pessoas de instrução escolar primária.

Cada indivíduo respondeu a um questionário com 54 perguntas divididas em 3 grupos. A maioria das questões foram redigidas com expressões divulgadas pelo público, sem termos técnicos ou eruditos, com inquirições sobre conhecimento acerca das doenças e dos doentes mentais, indagações sobre dados estatísticos, conhecimento sobre a etiologia, extensão e profilaxia dessas enfermidades. Um segundo grupo de perguntas referia-se a uma certa opinião geral sobre a saúde mental dos psiquiatras, a contagiosidade, a curabilidade, a possibilidade de simulação de doença mental, as relações entre inteligência e loucura, sofrimento e loucura e sobre o senso de responsabilidade, valor social, agressividade ou incapacidade do doente mental. Por último, foram apresentadas uma relação de perguntas relacionadas aos aspectos pessoais

do informante, tais como, suas reações e sentimentos face aos doentes e à doença mental, além de suas opiniões sobre o próprio estado psíquico.

Entre os de menor escolaridade, houve uma ligeira predominância de respostas afirmando que esconderiam de outras pessoas a realização de tratamentos psiquiátricos próprios, que um doente mental poderia facilmente tornar-se perigoso e, por fim, que qualquer pessoa poderia adoecer mentalmente. De maneira oposta, portanto, com leve predominância sobre os universitários, estavam aqueles participantes que responderam preferir doenças físicas com risco de morte a enlouquecer. Paradoxalmente, também responderam positivamente em relação a ideia de que um doente mental ainda poderia ser útil à sociedade; e por fim, discordavam da frase: *“toda a humanidade é neurótica”*.

Em outros pontos, a discordância entre ambos os grupos apresentou-se de maneira mais significativa. Os universitários, por exemplo, casariam-se com ex-paciente psiquiátrico, acreditavam na cura plena de um louco, dariam emprego ou recomendariam a um empregador um doente mental curado, não julgavam que o paciente psiquiátrico se tornasse insensível, nem que deixava de sofrer devido à sua condição psíquica. Por fim, também não consideravam toda pessoa muito inteligente meio louca ou mais predisposta à loucura. Em todos esses pontos, os participantes de nível primário responderam de maneira diametralmente oposta aos universitários.

Sobre o reconhecimento de um indivíduo com transtornos mentais, os universitários identificavam-nos mais facilmente como homossexuais, criminosos, vagabundos e delirantes. Já os não universitários reconheciam descrições como típicas de loucura a esquizofrenia, demência, depressão, autistas, maníacos, entre outras (BASTOS E TURENKO, 1970, p. 165-166). Em pesquisa feita na Inglaterra, dentro dessa mesma temática, observou-se que os meios de informação vigentes na época não eram suficientemente capazes de modificar tais pensamentos (BASTOS E TURENKO, 1970, p. 168)

Em outro estudo, dessa vez feito pela OMS, iniciado em 1975, os resultados preliminares em 7 países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos – Brasil, Colômbia, Índia, Egito, Sudão, Filipinas e Senegal – mostraram que as doenças mentais eram realmente vistas como problemas sérios, embora algumas pessoas procurassem os tratamentos modernos tanto para problemas físicos quanto mentais, além das terapêuticas

religiosas e tradicionais (BUSNELLO, GOMES, GERCHMAN, WILDT, VELASQUES, TURKENICZ, AZEVEDO, AVERBUCK, LIMA E BERTOLOTE, 1981).

Havia também diferenças no imaginário construído sobre as doenças mentais nos meios urbanos e rurais. No primeiro, existiria uma maior exigência sobre as potencialidades do desempenho individual, sublinhando mais facilmente a incapacidade de lidar com os loucos. No meio rural, havia uma certa tolerância às enfermidades mentais, assim como uma certa desconfiança sobre a figura do médico devido às incongruências na comunicação entre ele e seus pacientes. Tais ruídos de comunicação eram ocasionados devido principalmente ao pobre vocabulário que levava a má exposição dos sintomas ao médico. Por vezes, as queixas eram referidas como físicas ou até mesmo de magia (LOWENKRON, 1976, p. 413).

Hoirisch, Rosa e Rosa (1977) apresentaram uma visão ainda mais pessimista sobre o entendimento da medicina psiquiátrica e de sua assistência, principalmente por parte das classes econômicas menos favorecidas. Os autores defendem seu ponto de vista, descrevendo de maneira genérica o caminho percorrido por um indivíduo até obter a devida assistência médica psiquiátrica. Em regra, num primeiro momento, a família escondia por vergonha da comunidade reconhecê-lo como louco. Quando a situação fugia do controle procurava-se, inicialmente, um clínico geral, que, na maior parte das vezes, prescrevia – ou não – uma medicação insuficiente ou errada, agravando ainda mais a situação. Poderia se recorrer também às práticas de espiritismo, nas quais o doente se tornava um médium a ser desenvolvido. No momento em que ocorresse a primeira crise psicomotora, a família ou a comunidade procurava ajuda com a polícia. Os que tentavam suicídio eram encaminhados ao pronto-socorro não psiquiátrico e, posteriormente, sanada a crise, eram devolvidos à sua comunidade. Em ambos os casos, tais doentes chegavam aos psiquiatras já em estágio avançado de desenvolvimento de transtorno.

Nesse sentido, a falta de percepção social do doente mental e da gravidade médica dos primeiros sintomas iniciais do transtorno psiquiátrico constituía-se um primeiro obstáculo para condução terapêutica do indivíduo. Posteriormente, as dificuldades de acesso à assistência especializada, principalmente no setor público, potencializavam ainda mais as condições deletérias dessas pessoas, agravando cada vez mais seu quadro.

Esse diagnóstico negativo fortalecia os discursos dos psiquiatras que defendiam diretrizes e ações assistenciais que priorizassem a manutenção da saúde mental de um indivíduo.

As variadas imagens que a psiquiatria possuía entre leigos ou letrados, encontrava uma certa correspondência, em termos de amplitude conceitual, na própria definição do conceito de saúde mental produzido pela OMS, ainda em 1948, elaborada pelo Comitê de Expertos de Higiene Mental, analisado no capítulo anterior. Ao associar saúde mental a um estado de bem-estar biopsicossocial, consolidou-se mais profundamente a noção de que sua conservação dependia de ações que ocorressem por meio de atributos interdisciplinares. Coexistiam e complementavam-se várias formas de identificação das doenças mentais e, portanto, várias etiologias possíveis, assim como muitas possibilidades terapêuticas. A partir dessa premissa plural e multidisciplinar, numa tentativa de organizar e sistematizar a atuação da psiquiatria, as ações nessa área foram escalonadas em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (CARMO, 1975, p. 512).

### **2.3 A divisão da prevenção: primária, secundária e terciária**

A prevenção primária tem por objetivo diminuir a incidência das doenças mentais num determinado conjunto social, evitando ou reduzindo a exposição a agentes causais ou fatores de risco. Nesse tipo de prevenção, a psiquiatria deveria atuar antes da chegada da doença (CHAN, 1971, p. 28). Conforme já salientado, as diretrizes que buscavam ações nos âmbitos biopsicossocial e, conseqüentemente, a utilização de uma gama mais ampla de recursos interdisciplinares permitiu maior abertura para a aplicação de conceitos e explicações para a doença mental ligados à sociologia, à economia e à política.

Dos três níveis preventivos, a prevenção primária era a que tinha a maior importância estratégica para os trabalhadores da saúde mental e formuladores de políticas do setor, pois, sendo bem executada, diminuiria sensivelmente a demanda nas instituições psiquiátricas. Com isso, ganhavam ainda mais relevância os estudos sobre a etiologia das doenças psiquiátricas. Entre esses estudos etiológicos há claramente uma vinculação entre pobreza, desordem familiar e doença mental. Sampaio (1970), por exemplo, defendeu a ideia de que a má nutrição das mães das classes mais empobrecidas durante a gravidez causaria sequelas no desenvolvimento da inteligência de seus filhos e filhas ainda na fase adulta.

Busnello (1976, pp. 270-271) vai além e defende que a própria presença da mãe na criação de seus filhos contribuiria para a formação biopsicossocial do indivíduo, inclusive, ainda no processo de amamentação. Dessa forma, a privação materna também era vista como um fator causador de doenças mentais. Lowenkron (1980), professor assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, identificava o tema da separação entre uma criança e sua mãe como uma das maiores fontes de preocupação dos psiquiatras do período, sobretudo, quando se tratava de criança em tenra idade. Defendia que, no caso das internações infantis inevitáveis, o médico deveria propiciar a visitação da mãe, a manutenção dos canais de comunicação e as ligações emocionais. Cita que tentativas de aproximação entre mães e seus filhos internados já havia sido alvo de políticas como a Inglaterra, onde as visitas às enfermarias foram incentivadas, e nos Estados Unidos, onde foram construídas acomodações para os pais, inclusive para que executassem parte do próprio cuidado de enfermagem.

Lowenkron (1976, p. 261) complexifica essa questão, destacando a importância do seio familiar para a saúde mental do indivíduo, situando que os processos psicológicos fundamentais têm lugar na família. O meio exterior suaviza ou potencializa tais conflitos e são os conflitos psicológicos individuais que o impulsionam a integrar-se neste ou naquele grupo social externo. A principal função da família na manutenção da saúde mental é sobre o controle das crises do desenvolvimento humano, como no início da puberdade, nos diversos níveis do desenvolvimento escolar, no ingresso no mundo do trabalho, casamento, separações, filhos e tantos outros momentos importantes que as pessoas recorrem ao seu seio familiar esperando um colchão amortecedor da realidade que as cercam.

Sampaio (1970, pp. 55-58) também ressalta a importância da família na manutenção da saúde mental, sobretudo quando se trata de crianças e adolescentes, cuja idade poderia variar desde antes dos 13 anos até além dos 19 anos. A família funciona como a instância de construção da maturidade emocional do adolescente, sobretudo, em sociedades mais complexas, que apresentam mudanças sociais mais rápidas, como as mais urbanizadas. A adolescência é um período de grande provação e instabilidade emocional. Em países civilizados, a necessidade de comunicar-se leva aos jovens empobrecidos a juntarem-se em "gangs". O autor defendeu que no Brasil esses jovens ou trabalhavam como mão de obra desqualificada ou passariam à delinquência. Poucos vão

às universidades, apenas cerca de 8%. Um importante meio de defesa da saúde mental seria estimular nos responsáveis o gosto pelo estudo e o equacionamento de seus problemas.

No Brasil da década de 1970, as classes mais baixas representavam cerca de 70% do total de habitantes, e 56% da população economicamente ativa recebia 1 salário mínimo ou menos, e 19% recebiam 2 salários mínimos (SILVA, 1981, p. 118). Viviam em condições anti-higiênicas, regime de subnutrição, baixa remuneração quando não desempregados e o nível de desorganização social de parte da população era alarmante. Dentro da lógica defendida pela etiologia de perspectiva biopsicossocial, tais fatores constituíam-se uma grave ameaça à saúde mental da população, principalmente aos mais jovens que ainda estavam em formação (SAMPAIO, 1970, p. 49; BUSNELLO, 1976).

Outro fator importante levado em consideração pelos psiquiatras da época era o deslocamento geográfico forçado, não necessariamente de grandes distâncias, já que “a variação no espaço não necessita ser grande para desempenhar papel patogênico” (LOWENKRON, 1976, p. 411). Essa preocupação encontrava concretude no cenário social brasileiro da década de 1970, pois, nesse período, o êxodo rural intensificou-se. Desde a década de 1950, o Brasil experimentava uma irreversível inversão demográfica diante da transferência populacional do campo para as cidades, ocorrida primeiro na região sudeste, palco inicial do processo de industrialização do país e, ao longo das duas décadas posteriores, nas demais regiões brasileiras (FAUSTO, 2006, p. 235-236).

J. Freitas (1980), assessor do Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde (1979-1985), para a área de saúde mental, corroborou a perspectiva analítica de Hoirisch, Rosa, Santa Rosa, (1977, p. 101) de que loucura não estaria somente no indivíduo, mas sim, em um sistema de relações do qual o “doente” fazia parte. Afirmava que “sem um piso adequado de qualidade de vida (habitação, saneamento básico, salário justo) não é possível um bom nível de saúde, inclusive saúde mental” (1980, p. 71). Longas jornadas de trabalho e a distância do contato com a família também eram interpretadas como possíveis fontes de etiologia psiquiátrica (LOWENKRON, 1980, p. 261).

Soma-se a esses fatores, o fato de algumas sociedades produzirem obrigações sociais que podem se tornar fonte de tensão, como a pressão pela aculturação sofrida historicamente pelas mulheres, que, como consequência disso, apresentavam um maior

número de distúrbios neuróticos e psicofisiológicos; assim como solteiros, viúvos e divorciados apresentavam maiores índices de psicopatologia, que podiam resultar em suicídio (BUSNELLO, 1976, p. 271; LOWENKRON, 1976, p. 414). É notável nesta pesquisa o recorte de gênero estabelecido para análise das psicopatologias, em que tanto as referências ao gênero feminino quanto aquelas associadas ao gênero masculino estão marcadas por um discurso sobre condições “naturais” de gênero. No caso feminino, os transtornos adviriam de um excesso “antinatural” de estímulos que incidiriam sobre as mulheres. No caso dos homens, a solidão parece ser um estado antinatural que levaria a distúrbios radicais como suicídio.<sup>58</sup>

Não somente o diagnóstico era influenciado pela classe social do indivíduo, mas a terapêutica também. Segundo José Lucena (1976, p. 162), professor titular da Clínica Psiquiátrica da Universidade Federal de Pernambuco, as classes mais pobres recebiam somente a terapia biológica, enquanto as classes mais abastadas recebiam, além da biológica, a terapia psicoterápica.

A relação entre ser humano e o meio social sempre esteve na perspectiva etiológica da psiquiatria. Contudo, dentro do período estudado, eram cada vez mais disseminadas entre os psiquiatras pesquisas epidemiológicas que corroborassem tais ideias. Como consequência dessa cientificação pela busca etiológica, o início da década de 1970 é influenciado por um evento ocorrido em 1968, a 1ª Conferência Sobre Saúde Mental nas Américas, realizada em San Antonio, no estado do Texas, nos Estados Unidos. Nela o Conselho Interamericano de Associações Psiquiátricas e suas associações filiadas proclamaram que estavam cada vez mais convencidos da relação entre conduta humana e o seu meio social em processo de evolução. No ano seguinte, as associações psiquiátricas canadense e americana assinaram uma declaração consignando que o estudo de como os seres humanos pensam, sentem e agem com referência ao seu contexto sociocultural era uma preocupação fundamental dos psiquiatras (SAMPAIO, 1971, pp. 41-42).

---

<sup>58</sup> Certamente é extensa a bibliografia sobre a qual podemos nos debruçar a respeito de como, historicamente, a loucura tem sido abordada diferenciadamente entre o gênero feminino e o masculino. Sobre o assunto ver Sacristan (2009), Engel (2001, 2008), Wadi (2005, 2006, 2009), Kelly (2008), Ruiz Somavilla e Jiménez Lucena (2003).

A incumbência de atuar antes da manifestação das doenças da mente exige da psiquiatria, dentro do âmbito da prevenção primária, uma grande compreensão sobre os seus fatores etiológicos. Conforme já salientado, tais estudos baseavam-se em fatores biológicos, psicológicos e sociais, com certa prevalência deste último, pois era identificado como a causa “*mater*” da maioria dos casos de patologias psiquiátricas. O fato de os textos presentes nos periódicos psiquiátricos das décadas de 1960 e 1970, que tratavam de fatores etiológicos se debruçarem predominantemente sobre os elementos de cunho social, demonstra a relevância do tema.

Dessa forma, ao aprofundar os estudos dos fatores etiológicos de cunho social, a família e a figura da mãe em especial – como núcleo central e primeiro da vida em sociedade, além de formador de elementos constitutivos da personalidade cidadã e psicológica de uma pessoa – é destacada como ponto de acolhimento emocional diante de um mundo externo em constante mudança, sejam de ordem geográfica, como no caso das migrações, sejam de ordem estruturais ou as impostas pelos processos de urbanização. Tais transformações causariam impactos ainda mais danosos às classes mais pobres, principalmente aos mais jovens, crianças e adolescentes, devido a suas vulnerabilidades emocionais. Dessa maneira, destacam-se a pobreza e as famílias desestruturadas como os principais fatores etiológicos.

A psiquiatria preventiva, portanto, deveria atuar nas desordens familiares, nos problemas da escola ou do trabalho, tornando-se ativa na busca das fontes da loucura. Seu êxito representaria, além dos sucessos no campo médico, forte diminuição dos custos do Estado com a assistência hospitalar (SHECHIMAN, NOGUEIRA, VERAS, 1976, p. 394). Argumentos suficientes para que medidas dessa natureza fossem priorizadas.

Com a ênfase do pensamento médico psiquiátrico nos fatores biopsicossociais, seus estudos tornaram-se cada vez mais complexos e, portanto, de conclusões mais difíceis (LOWENKRON, 1976, p. 408). Somadas a esse fator, as ações de saúde mental eram vistas, em sua maioria, como carentes de validação, experimentação e comprovação prática de sua eficácia (FROTA, 1980, p. 33). Por estas razões, não havia homogeneidade nas ações diretas do setor. O discurso de prevenção, conforme já citado, era recorrentemente defendido por psiquiatras nos mais variados momentos históricos. Porém esses mesmos atores consideravam que a prevenção primária ainda não era tecnicamente

capaz de ser realizada em larga escala. Assim, na impossibilidade de impedir o adoecimento em grandes proporções da população, nos termos da prevenção primária, a psiquiatria traçava como meta possível assistir o indivíduo já doente mental, mas em estágio inicial da doença, atuando então no que se denominava prevenção secundária. Dessa maneira, procurava-se encurtar a duração dos casos por meio de um diagnóstico precoce e um tratamento efetivo (CHAN, 1971, p. 28).

O que observamos é a prevenção primária como forma de impedir o surgimento em profusão de novos casos que demandassem mais leitos e mais psiquiatras, e, portanto, mais verbas públicas, além de nunca ter sido incorporada de maneira efetiva e consistente às políticas públicas do setor. A assistência psiquiátrica, inclusive a executada pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), baseava sua racionalidade na concepção de que tais programas justificariam sua implantação em larga escala, sempre que demonstrassem efetividade econômica superior ao custo da implantação (CHAN, 1971, p 38) ou efetividade técnica. Dessa forma, o cálculo político orientador das diretrizes programáticas de qualquer setor público era pautado pela análise do custo benefício de uma determinada ação.

Por isso, Leopoldo Frota (1980), um auxiliar de ensino do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, defendia que os programas de saúde mental deveriam sofrer avaliações baseadas em quatro pontos, a saber: a análise prévia das necessidades de saúde da população a ser assistida; descrição da estrutura organizacional que prestará tais serviços; verificação da efetividade das ações; e, por fim, a mensuração do impacto de tais medidas na população. Para o autor, essas ações propiciariam uma economia de esforços, um melhor aproveitamento dos recursos e maior democratização ao acesso.

Outra medida considerada importante era a padronização das ações em nível nacional, pois sem isso não seria possível obter o sucesso desejável. Sampaio (1971, pp. 42-43) sugeriu a criação de um Conselho Nacional de Saúde Mental, formado por elementos de todas as regiões brasileiras, com o intuito de levar a cabo uma assistência psiquiátrica comunitária no Brasil que unificaria as ações nesse setor, respeitando as especificidades locais. Para tanto, o autor reconhecia que era preciso, em primeiro lugar, sensibilizar os administradores da saúde pública para alcançar tais objetivos.

A percepção era de que o atual estado das instituições psiquiátricas brasileiras não possibilitaria uma efetiva prevenção secundária. Paim (1976, p. 10) posicionava-se muito crítico em relação a este sistema asilar, acreditando que as mudanças no hospital, naquele momento histórico, não mudariam sua estrutura repressiva, pois estava em consonância com o sistema ideológico dominante, ainda que ressaltasse que “a vigência de instituições de tipo asilar em nossa época é algo perfeitamente condenável”. De maneira paradoxal, mostrava-se otimista e concordava que a década de 1970 apresentava muitas transformações no âmbito da psiquiatria brasileira. Para ele, viviam-se novos tempos: a insulinoterapia, os choques cardiazólicos e os eletrochoques haviam sido banidos com o advento dos neurolépticos e dos tranquilizantes, que além de colocarem a psiquiatria definitivamente no âmbito da medicina, também possibilitaram a utilização em larga escala da psicoterapia. Desse modo, o “*hospital tradicional*” tenderia ao desaparecimento. O momento era dos ambulatórios e do hospital-dia, modelos institucionais ideias para a execução da prevenção secundária.

Os neurolépticos permitiram que os psicóticos transitassem por espaços antes proibidos, possibilitando também um aproveitamento para o mundo do trabalho. Da mesma forma, teriam motivado um maior número de profissionais médicos para a especialidade, mas, por outro lado, “a publicidade em torno do mito da felicidade pela psiquiatria faz aumentar a demanda de orientação psico-social...” (Paim, 1976, p.10). Era a primeira terapêutica que efetivamente devolvia um certo grau de alívio nos sintomas e, concomitantemente, possibilitava a volta a uma vida mais próxima da realidade anterior do indivíduo, antes do acometimento da doença.

Nesse sentido, para uma atuação eficaz no campo da prevenção secundária, a condenação do asilo não bastava. Eram necessárias medidas para uma assistência eficaz ao doente, principalmente em níveis ambulatoriais ou hospitalis-dia, que possibilitassem ao paciente não perder totalmente o vínculo com o seu mundo real. Além disso, era preciso encurtar o tempo de espera para se iniciar a administração de medicação dos pacientes, de maneira que eles comesçassem sua terapêutica antes do agravamento de seus sintomas.

Em caso de insucesso, o agravamento da patologia do paciente era inevitável, e as consequências geradas na sua vida eram cada vez maiores. Aumentariam suas

incapacidades de trabalho, estudo, ou simplesmente de se relacionar com o ambiente e com as pessoas a sua volta. Nesse caso, se as prevenções primária e secundária não fossem bem-sucedidas, restaria à medicina psiquiátrica uma terceira linha assistencial: a prevenção terciária.

Independente dos motivos que levaram ao agravamento do quadro patológico de um paciente psiquiátrico, a partir da sua constatação, a psiquiatria passaria então a se preocupar em diminuir a incapacidade desse paciente em enfrentar seus desafios de vida, preparando-o para que ele pudesse voltar à vida em sociedade o mais rapidamente possível. Esta seria a missão da prevenção terciária: tentar interromper um processo de cronicidade, reabilitando o indivíduo com o objetivo de devolvê-lo à sua vida social. Para tanto, eram necessárias medidas destinadas à reabilitação. Por isso, seu foco de atuação era em pacientes subagudos ou agudos.

A cronicidade era um dos mais recorrentes e graves problemas assistenciais no Brasil. Lowenkron (1976, p. 408) estimou em 55,8% o índice de cronicidade de todos os doentes mentais internados no país e muitos deles perderam o contato com sua vida pregressa. Silva (1970) defendia a reversibilidade de doenças mentais crônicas, pois considerava que o hospitalismo alimentava a sintomatologia do crônico, isto é, a série de vicissitudes da vida hospitalar, isolante, causando inatividade, alienação e dependência ao hospital. O autor divulgou uma experiência em que pacientes mulheres que perderam a noção de tempo, ou seja, não sabiam em que ano estavam, não sabiam suas idades ou há quanto tempo estavam internadas, após serem informadas numa primeira entrevista, passaram a apresentar orientação temporal nas entrevistas seguintes. Nesse caso, suas desorientações temporais eram apenas fruto do longo isolamento do mundo. Ao responderem “*onde fica a sua casa?*”, muitas pacientes respondiam: “*aqui mesmo*”, ou “*é lá dentro*”, referindo-se às enfermarias. Essas pacientes haviam perdido a noção de mundo externo. Sua casa agora era o hospital, e o discernimento do tempo cronológico não era mais necessário, pois eram conduzidas às tarefas, terapêuticas ou não, pelos próprios profissionais da instituição. Era plena a passividade sobre seu próprio cotidiano, pois quase não eram incentivadas a atuarem de maneira autônoma. Tal dinâmica poderia ser quebrada com a utilização em larga escala da praxiterapia (SILVA, 1970, pp. 173-175).

O psiquiatra Moacir Santos e o psicólogo João Carlos Hailliot (1970), ambos lotados no Setor de Agudos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul, também descrevem uma experiência terapêutica realizada no Setor de Subagudos da Divisão Pinel do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul. No natal de 1967, foi construído um bar no referido setor, numa área de grande circulação de pacientes, funcionários e visitas. A presença desse bar no pátio de um setor de agudos dotou-o de um toque comunitário, tornando-o um local de encontros, dinamizando o ambiente. A interdisciplinaridade técnica terapêutica fazia-se presente no bar, com um psiquiatra conselheiro, um psicólogo supervisor, um atendente que o gerenciava e dois pacientes crônicos para atender o público e fazer a contabilidade.

O temor de quebra das vidraças não se concretizou. Houve também um duplo benefício. Os próprios pacientes podiam comprar suas necessidades de consumo e aumentavam sua autoestima. Além disso, o dinheiro ganho com o bar poderia ser usado para custeio das melhorias na própria instituição, dando maior autonomia administrativa ao setor, o que estreitou os vínculos com a comunidade. Desse modo, o bar era um meio de observação, tratamento e reabilitação de pacientes crônicos em nível de reabilitação. Os pacientes que participaram dessa modalidade terapêutica tiveram seus sintomas modificados.

O relato de um caso específico de um dos pacientes do experimento mostra-nos a natureza dessas mudanças. Segundo os autores, um interno diagnosticado 11 anos antes de trabalhar nesse bar resistia em deixar de lado a identificação com as suas próprias partes doentes. Mantinha-se dentro da sua luta interna, na qual alimentava um forte sentimento de culpa sobre a morte de sua mãe, bem como a agressividade com a sua esposa. Por isso, resistiu em receber a gratificação mensal pelo seu trabalho, em deixar de usar o uniforme e fazer as refeições separado dos seus colegas internados. Só mudou de atitude quando outro paciente, um jovem de 19 anos, que aparentava certa satisfação pelo trabalho, passou a trabalhar ao seu lado (SANTOS E HAILLIOT, 1970, p. 218).

Entre os fatores que dificultam o doente crônico a aceitar suas identidades mais sadias estariam a continuidade da atitude por longos períodos; a idade do paciente; o tempo de doença; o grau de fixação a determinada fase evolutiva e o sentimento de culpa que o obriga a se identificar totalmente com sua parte doentia (*Idem*, p. 221). Portanto, quanto

mais passivo fosse o cotidiano do paciente em relação ao seu cotidiano hospitalar, mas profundo torna-se-ia o seu mergulho em seu “mundo paralelo” mórbido.

Contudo haveria duas grandes dificuldades na readaptação social de um paciente psiquiátrico. Uma de cunho psicológico, conforme demonstrado no exemplo acima, que era a imersão do paciente cronicado em sua própria patologia e a consequente dificuldade de rerepresentá-lo ao mundo social em que este teve acesso antes da doença. O outro era de cunho social, isto é, as possibilidades de a comunidade receber o indivíduo que retornasse ao lar: a preocupação era tanto com sua família quanto com o meio social em volta, incluindo o mundo do trabalho. A própria dificuldade econômica do egresso era um fator decisivo para a continuidade do seu tratamento pós-alta por meio do ambulatório.

Em trabalho apresentado por Marlene Araújo e Iracema Nascimento (1970), respectivamente psiquiatra e assistente social do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul, as autoras demonstram algumas formas de como a comunidade poderia favorecer a ressocialização do paciente psiquiátrico. Em atuação na Divisão Pinel do Hospital São Pedro, em Porto Alegre, acionaram-se instituições de cadastramento e direcionamento de empregos; a Legião Brasileira de Assistência passou a receber crianças das famílias desses egressos, para que todos os membros adultos dessa família pudessem trabalhar; pacientes previdenciários em situação irregular tiveram suas condições regularizadas no INPS. Tais ações são predominantemente realizadas pela assistência social, o que denota o grau de importância dessa área de atuação na assistência psiquiátrica. Portanto, dentro dessa perspectiva, somente com uma abertura maior do hospital para a comunidade, seria possível reabilitar o crônico. Pelo teor das ações acreditava-se que tais mecanismos também poderiam ser empregados tanto em crônicos como em agudos; nestes últimos de maneira mais fácil, dadas a natureza de sua patologia e sua gradação.

#### **2.4 “Hospital pequeno e ambulatório grande”: a psiquiatria social e a saída comunitária**

No contexto da evolução da assistência psiquiátrica brasileira, o ganho de importância dos ambulatórios de saúde mental está relacionado com a consideração das dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos e de suas enfermidades. O psiquiatra,

antes fincado no hospital e voltado quase que exclusivamente para as terapêuticas biologizantes, agora é chamado à observação de outras variáveis, como as relações interpessoais de seus pacientes.

Contudo, ao menos até a década de 1970, comumente os ambulatórios eram identificados de maneira simplificada, apenas como postos de triagem e unidades de pronto-atendimento (BARRETO, 1971, p. 2) ou, como definiu Zacaria Ramadan (1976, p. 195) – professor assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – uma mera porta de entrada ou saída de longas internações, com pouca relevância terapêutica. Havia uma predominância dos hospitais em relação aos ambulatórios de maneira a invalidá-los (BARRETO, CORREA, BARROS E ROCHA, 1972, p. 126) devido à manutenção de conceitos que Barreto (1971, p. 4) definiu como superados, a saber: o foco no paciente, e não em seu grupo social; e a importância dada ao terapeuta quando, nesse momento, a primazia era da equipe psiquiátrica. Desse modo, diante do domínio persistente de tais ideias, esse modelo ambulatorial já estaria obsoleto.

Outras características dos ambulatórios no Brasil variaram de acordo com a origem da instituição. No serviço público, eram subordinados aos hospitais, e, no sistema previdenciário, eram desvinculados quase que totalmente dos cuidados hospitalares. Era esse quadro que se desejava mudar. Defendia-se, portanto, a fórmula “hospital pequeno e ambulatório grande” (BARRETO *et al*, p. 125). Denota-se, nessa expressão, a importância do viés complementar e não excludente entre ambos. As vantagens terapêuticas dos ambulatórios sobre os hospitais, como o não isolamento do paciente da vida em sociedade, direcionava conceitualmente o ambulatório em direção à comunidade. Além disso, a priorização das políticas ambulatoriais justificava-se também pela liberdade dada ao paciente para voltar ou não, o que também dificultava o arbítrio dos interesses escusos que ocorriam nos hospitais tradicionais (*Ibidem*).

É no trabalho ambulatorial que o médico conseguiria exercer um papel investigativo mais profundo na vida particular e social do paciente (NUNES, 1977, p. 520). O moderno ambulatório, funcionando sob os preceitos da psiquiatria em direção à comunidade, permitiria o tratamento de um número maior de pessoas e aumentaria a possibilidade de a demanda chegar aos serviços de saúde nos estágios ainda iniciais da doença. Com o seguimento pós-alta, possibilitaria o maior acompanhamento dos

egressos, reduzindo as taxas de reinternações, não segregando o paciente do convívio social e familiar, diminuindo o hospitalismo. As relações entre instituições e paciente seriam menos espúrias, reduzindo a resistência do indivíduo em procurar tratamento psiquiátrico, pois este não seria feito num manicômio. O ambulatório serviria assim também para aproximar instituição e comunidade. Barreto (*et al*, p. 6) chama atenção para um possível erro conceitual na valorização do trabalho dos ambulatórios. Para ele, esse modelo institucional não deveria ter o objetivo de internar menos, pois a psiquiatria enquanto ciência médica não deveria ter a função de internar, mas sim de fornecer outra alternativa que não apenas a internação.

As ideias e medidas modernizantes que inundaram a psiquiatria no Brasil e no mundo nos anos 1960 e 1970 não foram suficientes para conter a enorme demanda por serviços psiquiátricos. De acordo com o censo hospitalar do Brasil, realizado em 1965, dos 228.566 leitos hospitalares, 57.061 eram psiquiátricos, isto é, 24,96%. Nos Estados Unidos eram 46,8%. No contexto internacional, cerca de metade dos leitos hospitalares eram psiquiátricos (LOWENKRON, 1976, p. 407)<sup>59</sup>, com a predominância de internação de psicóticos (HOIRISCH; ROSA, SANTA ROSA, 1977, p. 104). O professor titular e chefe do Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ (1980-1984), Jorge Alberto Costa e Silva (1981, p.118), afirmou que 50% dos leitos hospitalares no Brasil eram psiquiátricos. Em Buenos Aires e Santiago, 18% da população necessitavam de assistência psiquiátrica, em Córdoba esse número chegava a 12% (CARMO, 1975, p. 511), e 20% das incapacidades sérias no mundo eram decorrentes de transtornos mentais (BUSNELLO, GOMES, GERCHMAN, WILDT, VELASQUES, TURKENICZ, AZEVEDO, AVERBUCK, LIMA E BERTOLOTE, 1981, p. 125).

O fracasso do modelo assistencial psiquiátrico em vigor era notório: 70% das primeiras internações transformavam-se em reinternações (CARMO, 1975, p. 509). Somava-se a isso, a percepção crescente, já mencionada acima, entre os psiquiatras do período em relação à etiologia social das doenças mentais. Dessa forma, lançavam-se, de modo cada vez mais recorrente, as bases para a psiquiatria social. A prevenção primária confirmava a sua maior relevância estratégica (TREIGGER, 1981; SCHECHTMAN, NOGUEIRA E VERAS, 1976).

---

<sup>59</sup> Censo realizado em 1965.

É dentro desta realidade assistencial, contaminada por um forte pessimismo sobre as possibilidades de êxito da psiquiatria no Brasil com o modelo institucional vigente até então, que ganhou força o discurso em torno da psiquiatria social. Diferente de Cerqueira (1984), como vimos no capítulo anterior, Freitas (1980, p.70) a define, classificando-a como uma aplicação do saber psiquiátrico que integrasse contribuições de várias disciplinas também voltadas para o conhecimento da natureza humana, tais como a epidemiologia, a sociologia, a antropologia, a ecologia, a administração pública, a gerência de empresas e as ciências biomédicas.

A psiquiatria social participaria de modo ativo na assistência, com intuito de elaborar plano de ação que visasse ao nascimento de crianças física e psiquicamente saudáveis, com personalidades saudáveis e de coletividades capazes de promover o bem estar comunitário, que contasse com a participação ativa dos indivíduos, suas famílias e das organizações sociais comunitárias (BUSNELLO, 1976, p. 273). Sob a orientação dos técnicos de saúde mental, ela teria o psiquiatra como mentor dessa equipe. Toda a comunidade seria objeto de estudo, com suas crenças políticas e filosóficas passando a ser investigadas e discutidas (FREITAS, 1980, p. 71). A ideia era que hospitais e centros de saúde assumissem a responsabilidade por uma área da comunidade e agissem dentro dela, com fins de estabelecer as influências sobre a saúde e a doença naquela população (LOWENKRON, 1970, p. 260).

Para implementar mudanças conceituais tão diferentes das praticadas historicamente no Brasil, a baixa qualidade e quantidade da formação de mão de obra do setor tornava-se um empecilho. Como solução, propunha-se a formação de médicos generalistas e de um corpo de enfermagem com técnicas psiquiátricas para superar preconceitos e suprir déficit de atendimento. Tais ensinamentos seriam realizados sob os preceitos da psiquiatria comunitária (SAMPAIO, 1971, p. 4). A própria clientela demandava que o generalista ampliasse sua área de atuação para a área psiquiátrica. Contudo a cultura da especialização crescente afastava o médico do interesse clínico pela família. Neste momento, na Inglaterra, o clínico geral – “*general practitioner*” encaminhava para tratamento cerca de 90% de seus pacientes (LOWENKRON, 1970, p. 262-263). Esse não era o objetivo da integração entre psiquiatria e clínica geral, mas transformar esse médico generalista em um dos mecanismos da prevenção primária e secundária, sendo o primeiro contato entre o indivíduo e a medicina científica.

Essa interação entre medicina geral e psiquiátrica tinha como diretriz o transbordamento de elementos de um setor para o outro. O então diretor do Hospital Pedro de Alcântara, Jairo Coutinho França (1975, p. 498) defendia que a estruturação da atuação conjunta deveria ser no sentido de um “Centro de Medicina Comunitária e não um Centro Comunitário de Saúde Mental”. O autor visava, no curto e médio prazo, a um crescimento das ações extra-hospitalares e, ao longo prazo, à transformação do hospital psiquiátrico em uma unidade deste centro de medicina comunitária.

Para isso, o ensino de saúde mental deveria ter integração com os setores da medicina em geral. A exemplo do que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) realizou, conforme salientado no capítulo anterior, Eustachio Portella Nunes (1977, pp. 29-32), psiquiatra psicanalista e diretor do IPUB/UFRJ, justificou a existência de um novo programa de disciplina a ser ministrada aos alunos do 4º ano de medicina da UFRJ, com o intuito de harmonizar os objetivos dos formuladores de políticas de saúde mental e os programas de ensino na área. Isso poderia minimizar a falha que a academia reproduzia, ano a ano, ao fracassar em desenvolver um sentido de responsabilidade social nos futuros médicos. Dessa forma, valorizava-se que a experiência docente também devesse ser executada em tarefas realizadas na própria comunidade com a participação dos estudantes, divididos em equipes de prevenção e promoção de saúde pública e que incorporassem a experiência no campo da saúde mental. Dessa maneira, o médico seria um membro de um grupo mais amplo, forjado desde o momento de sua experiência como estudante de medicina, com ênfase no intercâmbio com outras áreas da saúde. Essa filosofia de trabalho estava amparada no resultado das discussões da Reunião da Organização Panamericana de Saúde em dezembro de 1973, em Washington.

O autor defendia também que os objetivos “terminais na área da saúde mental” eram a formação humanística e o entendimento de que a atenção médica inclinava-se cada vez mais para aspectos sociais e psicológicos da saúde e da enfermidade, valorizando, portanto, o manejo adequado do processo de diagnóstico e de conhecimento nosológico. No processo de diagnóstico, era preciso relacionar os achados com o contexto familiar. Para isso, eram necessárias uma autocrítica e uma flexibilidade do psiquiatra diante da realidade. Tais concepções seriam contraditórias em relação ao ensino academicista, que seria substituído por outro que contemplasse as entidades nosológicas de maior prevalência com vistas à prevenção. Dessa forma, deveriam ter noção do contexto da

saúde pública, adquirindo maior característica de interdisciplinaridade, dando maior atenção ao sistema de comunicação do paciente, e não uma psicopatologia individual (NUNES, 1977, p. 30)

Defendia também a ideia da comunidade terapêutica com o doente mental solto, sem restrições de locomoções, atendendo às circunstâncias da instituição psiquiátrica, mas, sobretudo, da própria comunidade, situando-se e respeitando as especificidades e vicissitudes locais. Se, por um lado, o autor defendia a interdisciplinaridade como condição “*sine qua non*”, para que a ideia comunitária fosse assimilada por todos os membros da equipe terapêutica; por outro lado, o autor também sinalizava para a necessidade de um equilíbrio no ensino da psiquiatria, pois a ênfase preventiva primária na qual o médico estava inserido profissionalmente não era a única. Com os baixos salários, o médico teria que complementar sua renda trabalhando em consultórios particulares, onde não aplicará suas ideias comunitárias, mas sim terapêuticas de cunho mais tradicional (NUNES, 1977).

Em termos quantitativos da mão de obra médica psiquiátrica, havia um crescimento exponencial do número de médicos formados por ano no Brasil. Em 1920, eram 7 escolas médicas e 278 novos médicos por ano. Em 1970, eram 6.567 novos médicos anualmente e, em 1977, já eram 75 escolas, num total de 9.201 formandos em medicina por ano. A psiquiatria era o 10º maior contingente de especialista num total de 35 especialidades, com 2,6% do total de médicos especialistas no Brasil, apresentando um grande crescimento ao longo de toda a década de 1970 (SILVA, 1981, p. 119).

O problema era que essa força de trabalho estava muito mal distribuída pelo país: 56,9% dos médicos localizavam-se na região sudeste, 17,9% no Nordeste, 16,4% no sul do país, 6,1% no centro oeste e 2,7% no Norte brasileiro. Como fatores preponderantes para tal quadro estavam a falta de estrutura de trabalho, sobretudo nos locais fora dos principais eixos econômicos; a falta de apoio para a atualização do médico; a falta de apoio governamental; e, por último, os lugares mais pobres diminuía a qualidade de vida do próprio médico. Dessa forma, as localidades menos urbanizadas e mais distantes funcionavam como repelentes para esses novos médicos, pois muitos eram filhos das elites brasileiras e apresentavam parâmetros de qualidade de vida acima dos que encontrariam nesses locais.

Embora o estudante de medicina ainda fosse forjado dentro de uma certa perspectiva elitista, a carreira médica estava passando por transformações estruturais durante esse período, deixando de ser predominantemente uma profissão liberal para se transformar em assalariada. Na prática, a profissão direcionava-se para as classes médias, mudança que esteve em curso ao longo do século XX (SILVA, 1981, p. 119).

Diante da condenação do hospital asilar e das críticas ao protagonismo do psiquiatra, propostas para o setor passaram a contemplar outros atores profissionais necessários na dinâmica da psiquiatria de viés comunitário, como já aparecia na década de 1960. O psiquiatra seria o responsável pelo atendimento e encaminhamento da família ao assistente social. Este, por sua vez, faria a coleta de dados com fins a subsidiar o tratamento social da família, apoiando, aliviando as tensões e esclarecendo sobre as doenças mentais, principalmente para capacitá-la a participar do tratamento. Outro profissional inserido nesse contexto era o auxiliar social, que faria a execução das tarefas externas aos muros hospitalares no que dissesse respeito à interação família, paciente e assistência.

A interação entre a família e o paciente continuava sendo a principal diretriz estratégica dos psiquiatras do período. Objetivava aproximar a psiquiatria com a comunidade, solicitando a sua participação e o cumprimento da sua responsabilidade (ARAÚJO E NASCIMENTO, 1970, pp. 68- 69). Nesse caso, o ambiente era usado como instrumento terapêutico (OLIVEIRA E LANNES, 1970). Não havia dissociação entre assistência curativa e preventiva, incorporando-se, portanto, medidas de prevenção primária, secundária e terciária (SAMPAIO, 1971, p. 41).

Esse modelo colocava a assistência social como a única capaz de fazer essa intermediação entre hospital e comunidade, contribuindo de maneira decisiva para a realização do trabalho preventivo. A partir de um novo posicionamento da OMS sobre a administração de drogas psicotrópicas, defendendo que elas poderiam ser manejadas por uma equipe não especializada (BUSNELLO, GOMES, GERCHMAN, WILDT, VELASQUES, TURKENICZ, AZEVEDO, AVERBUCK, LIMA E BERTOLOTE, 1981, p. 125), a importância da participação da comunidade em todo o processo terapêutico ganhou ainda mais peso.

Muitos pedidos de ajuda eram feitos aos membros da própria comunidade do doente mental. Por isso, seria necessário treinar familiares, além dos líderes religiosos e comunitários (LOWENKRON, 1980, p. 262). Por definição, programas comunitários são aqueles que interagem com a população de risco, suas famílias e a comunidade que os cercam, visando à mobilização de recursos profissionais e comunitários que devem ser desencadeados muito antes do problema estabelecido. Por isso, a função do trabalhador de saúde mental comunitária era demonstrar sua capacidade de atender integralmente o seu paciente, analisando as origens físicas, psicológicas e sociais da doença e suas consequências para o indivíduo e o seu meio ambiente. Deveria também realizar os mais variados trabalhos, dos mais simples aos mais complexos, servindo como uma espécie de líder daquela comunidade (BUSNELFO, 1976, pp. 272-273). O objetivo era que fosse disponibilizado ao paciente um ambiente mais tolerante, no intuito de auxiliar sua ressocialização.

Essa nova abordagem exigia novas inteligências profissionais. Dessa forma, além dos assistentes sociais, os psicólogos ganharam projeção neste ideário assistencial. Sua missão era atuar diretamente com a clientela de dentro e de fora das instituições psiquiátricas (FRANÇA, 1975, p. 497). A psicanálise teve papel central no ganho de projeção profissional da psicologia dentro da medicina psiquiátrica, proporcionando, para BARRETO (1971, p.3), uma simbiose entre as ideias dos “organicistas” e os “psicogeneticistas”.

A psiquiatria vivia, portanto, um período de fortalecimento do discurso em defesa da interdisciplinaridade, tanto na interpretação etiológica, quanto na execução das políticas e ações do setor. As marcas desse novo discurso eram a descentralização no atendimento com o fortalecimento da dualidade instituição-comunidade, com a força da terapêutica psicológica e com o trabalho dos assistentes sociais. Na medida em que a psiquiatria médica encontrava seus limites e a constatação de quais seriam essas demarcações, novas modalidades terapêuticas adentravam no escopo da saúde mental ampliando tais limites. A sociologia, a assistência social e a psicologia eram essa nova face da psiquiatria da década de 1970.

Bentinho, se fosse herói de romance moderno, estaria desafiando seu ciúme num divã de psicanalista; e Capitú, certamente por indicação de amigas, estaria frequentando sessões de psicodrama. Afinal, os limites... Quem os deseja atualmente? (RAMADAN, 1976, p. 202).

Os defensores da psiquiatria de viés comunitário enxergavam inúmeras vantagens sobre a assistência clássica hospitalar/ambulatorial. A proximidade do paciente com os cuidados psiquiátricos, concomitante ao contato com seu habitat original, além da imaginada abreviação do período de internação indicavam que novos modelos institucionais “deverão substituir gradualmente os grandes hospitais do tipo colônia” (LUCENA, 1976, p. 180). A comunidade terapêutica possibilita ao paciente exercitar os seus papéis sociais, auxiliando na sua própria reabilitação. Por isso a importância da coparticipação do paciente nas tarefas da comunidade (CHAN, 1971, p. 26).

A perspectiva comunitária apresentava-se profundamente enraizada na visão de alguns psiquiatras, que denotavam, em alguns casos, uma visão teleológica sobre esse modelo assistencial e acreditavam na inevitabilidade de alcançá-la em âmbito mundial. Era em direção à comunidade que a psiquiatria caminharia, obrigatoriamente. Neste ponto, Nunes (1977, p.4) foi imperativo ao dizer que “... o movimento mundial que se processa em torno da psiquiatria comunitária, mostra que não há possibilidade de retorno”.

## **2.5 A legislação em defesa das novas ideias**

Ao longo da década de 1970, o conjunto de novas legislações para a área psiquiátrica caracterizou-se por tentar construir alternativas à hospitalização, sobretudo a partir do viés comunitário. Conforme veremos nos capítulos seguintes, isso não significa que tais políticas foram efetivadas de maneira sistemática e em larga escala. Contudo o fato de medidas legislativas ou executivas, como portarias ministeriais, indicarem ações preferenciais numa determinada direção, denota que tais ideias programáticas para o setor visavam a mudanças concretas e estruturais para a assistência psiquiátrica pública brasileira, e que, de fato, a alternativa à hospitalização já era pensada e sofria tentativas concretas de implementação durante os anos 70.

A primeira grande mudança legislativa durante essa década foi a transformação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), por meio do decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Essa não foi uma legislação que remeteu a mudanças no campo assistencial de maneira direta e objetiva,

mas reorganizou a estrutura institucional do principal órgão da área psiquiátrica no Brasil, formulador e executor de políticas para o setor. Tal decreto dispôs sobre a nova organização do Ministério da Saúde, subordinando a DINSAM a Secretaria de Assistência Médica do referido ministério, juntamente com outros quatro órgãos: Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar; Coordenação de Proteção Materno-Infantil; Divisão Nacional de Câncer; e Divisão Nacional de perícias Médicas.

Assim como o SNDM, a DINSAM, sua herdeira institucional, foi criada com a finalidade de planejar, a coordenar e fiscalizar os serviços de Assistência e reabilitação de psicopatas, bem como os serviços de higiene mental; assistir supletivamente a outros órgãos públicos e entidades privadas na prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde mental; e estabelecer normas e padrões para os serviços que eram objetos de sua competência. Manteve-se a subordinação da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) e dos hospitais psiquiátricos públicos federais da cidade do Rio de Janeiro ao diretor da DINSAM. Internamente a maior mudança ocorreu com o desmembramento de algumas funções da antiga Seção de Cooperação (S.C), que era o setor com maior responsabilidade pela condução das políticas públicas sob a responsabilidade do órgão.

Com a mudança de 1970, o departamento interno mais importante da DINSAM passou a ser a Unidade de Planejamento (UP), mas com atribuições mais reduzidas do que a Seção de Cooperação, sua antecessora. A UP tinha como obrigações identificar e estimar as necessidades psiquiátricas do país, inventariando os recursos institucionais e humanos e materiais disponíveis ou em potencial; manter um cadastro dos recursos institucionais e humanos existentes no país para a profilaxia e tratamento dos distúrbios psiquiátricos; organizar fichários sobre legislação de proteção ao doente mental que interessasse aos trabalhos da Divisão; coligir, classificar e estudar dados e informações estatísticas referentes às atividades de proteção aos doentes mentais; estudar e propor as diretrizes, alternativas e critérios para a eleição de metas e prioridades; preparar o Plano “*Plurional*” e a programação das atividades da Divisão; elaborar planos, programas e projetos especiais; orientar órgãos e instituições do setor público ou privado no planejamento das atividades referentes aos doentes mentais.

Concomitante ao surgimento da Unidade de Planejamento foi criado o Serviço de Coordenação e Controle (SCC), responsável por programas e projetos específicos de

saúde mental que cooperaria com entidades públicas ou privadas. O Serviço colaborava com a U.P. na elaboração dos planos de subvenção e auxílios aos estados, preparando os critérios para concessão de auxílios e subvenções às instituições oficiais públicas ou privadas, propondo acordos e convênios, além de opinar sobre sua conveniência e controlar sua execução.

Outro órgão interno da DINSAM que herdou parte das tarefas da antiga Seção de Cooperação foi o Serviço de Normas e Assistência Técnica (SNAT), que estabelecia normas, padrões e métodos aplicáveis às atividades de proteção ao doente mental, além de incentivar e promover atividades que objetivavam o estudo e avaliação das normas, padrões e métodos adotados pela DINSAM. Possuía a incumbência de orientar as instituições do serviço público ou privado na organização e no funcionamento de serviços de proteção ao doente mental, bem como incentivar, promover e colaborar no treinamento do pessoal técnico e auxiliar que atuava no campo da psiquiatria. Era também o setor responsável tanto pelo estudo de normas e métodos destinados à melhoria dos padrões de saúde mental, quanto pelo apoio e realização de estágios e aperfeiçoamento psiquiátrico de matérias como psicologia, assistência social, enfermagem e de cursos de pós-graduação. Promovia, desenvolvia e aperfeiçoava as atividades psiquiátricas, principalmente no que diz respeito às normas para a implantação da comunidade terapêutica hospitalar no Hospital Pinel, um dos subordinados à DINSAM na cidade do Rio de Janeiro. Por fim, realizava pesquisas, promovia cursos, preparava pessoal habilitado ao exercício da terapia ocupacional.

Dois anos após sua criação, em 1972, através de um documento elaborado em conjunto com ministros da saúde dos demais países latino-americanos, aprovou-se o Plano Decenal de Saúde para as Américas, no qual foram lançados os princípios básicos que deveriam nortear a assistência à saúde, entendida já nesse momento como um direito. O documento afirmava a responsabilidade dos Estados nacionais em assegurar tal obrigação a todos, por meio da estratégia de expansão das coberturas dos serviços de saúde visando a sua universalidade. No campo da assistência psiquiátrica, defendeu-se a diversificação dos serviços, a condenação dos macro-hospitais, alternativas à hospitalização integral, campanhas de reabilitação de crônicos e outros (RESENDE, 1987, p. 65).

Tendo como base o plano supracitado, a DINSAM expediu a portaria nº 32/BSB, de 27/01/1974, na qual preconizava os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária, ao estabelecer uma política ministerial de saúde mental definida pela concomitante adoção das mesmas diretrizes pelo INPS, órgão que cobria, naquele momento, cerca de 60% da assistência médica brasileira<sup>60</sup>. Tal portaria estabeleceu um parâmetro legal e assistencial em que padronizava normas para financiamento de leitos psiquiátricos nos estados, definindo regras em âmbito nacional, como, por exemplo, a relação entre número de leitos por habitantes, 1 leito a cada 1.000 pessoas nas zonas urbanas e 2.000 nas zonas rurais; a prioridade ao atendimento ambulatorial; e a hospitalização curta, de preferência em hospital geral<sup>61</sup>.

Essa portaria do Ministério da Saúde foi executada considerando-se que o conjunto de atividades relacionadas com a proteção e defesa da saúde mental estariam apresentando, naquele momento, resultados insatisfatórios, tanto qualitativamente quanto quantitativamente. Considerou-se, entre os fatores responsáveis por essa deficiência, a ausência de orientação técnico-administrativa, planejamento, coordenação, supervisão e controle, organização e a oferta adequada de serviços assistenciais que satisfizessem à demanda, principalmente porque prioriza a inauguração de leitos hospitalares, nunca satisfazendo a crescente procura por novas internações.

Nessa portaria, ficou decidido que o Ministério da Saúde seria o responsável por organizar e estruturar os serviços psiquiátricos de qualquer nível – federal, estadual ou municipal – sob a forma de sistema, visando à plena oferta no campo e na cidade. As programações acertadas entre os entes federativos envolvidos nestes projetos deveriam conter atuações nos 3 níveis de prevenção das doenças mentais – primária, secundária e terciária –, bem como a incorporação de medidas de psiquiatria nos serviços saúde pública locais. Com tais legislações, a DINSAM mantinha seu caráter normativo original, desde a sua criação em 1941, que teve como principal eixo de atuação até a década de 1970, os convênios de obras, manutenção e praxiterapia, firmados entre o órgão e as secretarias estaduais de saúde.

---

<sup>60</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 398 / Env. 2914. *Relatório Anual de 1974*. p. 13, 1975.

<sup>61</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3704. *Pareceres do Servidor*. s/p, 1976.

Na esfera de atuação do INPS, em 1973, foi aprovado um manual que privilegiava a assistência ofertada, sempre que possível, na comunidade do assegurado por meio de recursos extra-hospitalares. O objetivo era que o paciente voltasse o mais rápido possível ao trabalho. Tal medida baseou-se no trabalho de um grupo de profissionais da área da saúde que originalmente compunha a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos do Ministério da Saúde, criada em 1968. A Comissão tinha o objetivo de estudar os níveis qualitativos assistenciais nas instituições psiquiátricas ligadas à DINSAM localizadas no estado da Guanabara. No final de suas atividades, foi produzido um relatório, publicado em 1970, que atingiu grande repercussão, de tal forma que, no ano seguinte, essa mesma comissão foi convidada pelo INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases que iriam elaborar uma reformulação na sua própria assistência psiquiátrica com base no relatório supracitado (PAULIN & TURATO, 2004, p. 250; RESENDE, 1987, p. 66).

Por fim, em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde (6º CNS), foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) (PAULIN E TURATO, 2004, p. 252). Coordenada pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e tendo como conferencista o Dr. Josicelli Freitas, a proposta de criação do PISAM iniciou-se com uma análise negativa sobre a assistência pública psiquiátrica até aquele momento. Muitas críticas já tinham sido feitas pelos psiquiatras que escreviam textos em periódicos especializados, como demonstrado neste capítulo, a saber: a atenção das alterações mentais em fases mais tardias; as ações excessivamente hospitalares; o desnorreamento diretivo e a conseqüente duplicidade das ações de saúde mental; e a falta de supervisão das políticas.

É possível sistematizar o PISAM por meio de 3 conceitos básicos: interligação, interdependência e dinamismo funcional, ou seja, os entes federativos trabalhariam em consonância mútua, por meio da unificação de políticas, da elaboração de normas e de manuais de orientação assistencial, todos elaborados pela DINSAM e seguidos pelos estados. Contudo não se restringia apenas à integração, mas também buscavam realizar a capacitação dos recursos humanos, o melhoramento do sistema financeiro que custearia tais atividades e a elaboração de um sistema de informações de caráter epidemiológico.

O PISAM propunha-se a executar os seguintes programas: ação de prevenção primária em grupos de maior risco como gestantes, mães, adolescentes e geriátricos;

ampliação do atendimento da demanda, de modo a reduzir a defasagem entre a prevalência estimada de doentes na sociedade, que girava em torno de 18%, e a demanda satisfeita, que era de 0,28%; modernização no processo decisório de ações no setor; integração das ações de saúde mental nas atividades básicas de saúde, implantando o processo de interiorização; introdução de profissionais não psiquiatras para atuar neste setor; construir leitos psiquiátricos em hospitais gerais, promover e participar progressivamente da montagem de comunidades, iniciando com as famílias e, posteriormente, ampliando para um conjunto maior do contexto social.

Para obter sucesso, o PISAM deveria ser implantado em conjunto com as Secretarias de Saúde, seguindo uma base modelar programática central, mas elaborada e ajustada em nível local. Obrigatoriamente, este subsistema de saúde mental deveria integrar-se ao sistema básico de saúde, potencializando os serviços extra-hospitalares, pois entendia-se o hospital tradicional como patologizador. Dessa forma, o PISAM priorizava a prevenção primária e secundária de saúde, em especial a segunda, ao menos no curto e médio prazo.

\* \* \* \*

Independente das condições assistenciais que possibilitariam ou não a plena execução das medidas que contemplassem os três tipos de prevenção psiquiátrica, fica claro diante dos temas abordados ao longo da década de 1970. Este não conseguia mais responder à forte insatisfação com o modelo institucional que regia a assistência psiquiátrica brasileira, pois não conseguia mais responder aos anseios tanto dos pacientes, quanto dos trabalhadores do setor, visto que estava ancorada em preceitos já ultrapassados naquele momento. Baseava-se no grande hospital, segregador, predominantemente com terapêuticas insuficientes ou irrelevantes, e que, por vezes, apenas agravava ainda mais o estado de saúde do paciente, além de imersa na dualidade médico/paciente.

Como vimos, o hospital foi apontado como o grande vilão a ser combatido. Seu anacronismo, ressaltado por Sampaio (1971), inviabilizava soluções terapêuticas eficazes, pesando sobre tais instituições ineficientes políticas públicas para o setor que causavam superlotação e problemas na oferta de mão de obra qualificada. A fórmula defendida para combatê-lo era por meio do seu esvaziamento institucional, na medida em

que se fortaleciam outros aparatos assistenciais, como os ambulatórios ou os hospitais-dia.

Dessa forma, as medidas ideais para sanar os problemas apresentados pela assistência pública psiquiátrica brasileira pautaram-se em três frentes: as prevenções primária, secundária e terciária. A primeira, ao defender a atuação da psiquiatria antes mesmo da manifestação da doença, mirava sua atenção para o lado de fora dos hospitais, era a comunidade o seu foco. A segunda, ao direcionar seus esforços na tentativa de assistir um indivíduo nos primeiros sinais da doença mental, objetivava realizar tal tarefa em instituições não necessariamente asilares, os hospitais-dia e os ambulatórios eram seus eixos de atuação. Com isso, garantia-se o tratamento, mas também a inserção social do paciente. Por fim, a terceira centrava-se na ressocialização do paciente que ainda não atingira um estado patológico crônico. Dessa forma, embora trabalhasse dentro de instituições hospitalares, devido ao fato de mirarem a reintegração do indivíduo o mais rapidamente possível em seu seio social, também apresentavam o mundo fora dos muros hospitalares como seu principal objetivo. A comunidade ou o meio social aparecia como ator importante para garantir a saúde mental nos três níveis de atenção.

Para as prevenções secundária e terciária, a padronização dos mecanismos assistenciais era importante na condução do seu trabalho. Somada a isso, a permanência do discurso em defesa da nacionalização das ações públicas no campo psiquiátrico, realizada desde 1941 pelo SNDM, fez-se presente na legislação da década de 1970, como ocorreu no caso da implantação do Plano de Integração de Saúde Mental (PISAM) que buscava exatamente essa padronização.

Portanto, a estrutura assistencial pautada pela dualidade médico psiquiatra/grandes hospitais asilares era percebida como em processo de colapso. A defesa dos ambulatórios e dos hospitais-dia, da atuação na comunidade e nos hospitais gerais, somado ao fato de novas profissões conseguirem mais participação na assistência – tais como os psicólogos, as enfermeiras e principalmente os assistentes sociais – diminuía o peso político do hospital e o transferia aos outros modelos assistenciais supracitados.

Vejamos, no próximo capítulo, portanto, o processo de implantação a nível nacional dessas medidas, isto é, os meios administrativos que possibilitaram, ou não, colocar em prática essas ideias sobre como deveria ser o sistema assistencial psiquiátrico brasileiro.

### CAPÍTULO 3

#### **A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELO SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS (1960 A 1979)**

Diante da percepção de que a demanda por serviços assistenciais psiquiátricos não estava plenamente atendida, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), durante o primeiro governo Vargas (1930 – 1937), realizou um inquérito no ano de 1937, sobre as condições dos hospitais psiquiátricos de todo o Brasil. Com a divulgação de seu relatório conclusivo, constatou-se que apenas cinco estados da federação ofereciam serviços assistenciais com métodos atualizados e com apenas algumas medidas preventivas. Tornava-se clara, para o governo de Getúlio Vargas, a necessidade de agir na tentativa de preenchimento dessa lacuna (FABRÍCIO, 2009, pp. 79-80). É neste contexto expansionista que é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1941. Três anos depois, a partir da aprovação do seu regimento, por meio do decreto 17.185, de 18 de novembro, sua atuação de âmbito nacional passou a ser planejada seguindo a mesma diretriz que o governo varguista houvera lançado mão em outros subsetores da saúde. A estratégia consistia na divisão de atribuições institucionais que respeitassem a posição dos entes federativos envolvidos. Dessa forma, à União, cabia proceder medidas de complementação de financiamento aos estados, além da normatização de padrões assistenciais, como a elaboração de normas técnicas terapêuticas e a construção de novas instituições. Aos estados, caberia a execução das políticas públicas do setor em seus respectivos ambulatórios ou hospitais, como gestor de tais instituições. Dessa maneira, constituía-se uma política orientada por uma centralização administrativa – normativa e financeira - e uma descentralização executiva (FONSECA, 2007, pp. 133-139).

Regimentalmente, o SNDM passou a ser o principal responsável pelo planejamento dos serviços de assistência e proteção aos doentes mentais em todo o território nacional, incumbido de orientar, coordenar e fiscalizar as instalações e as atividades das instituições assistenciais, hospitalares ou ambulatoriais, instaladas nos estados da federação. Poderia também opinar sobre a organização de qualquer uma dessas instituições, seja de natureza pública ou privada, podendo rever seus códigos, regulamentos e regimentos.

No campo da prevenção, o regimento do SNDM estabelece o protagonismo do órgão na tarefa de desenvolver atividades de higiene mental, inclusive dentro dos serviços estaduais de saúde pública, por meio da cooperação com órgãos de propaganda de higiene mental e organizações públicas ou particulares de fins *humanitários*, não necessariamente psiquiátricas, especialmente as dedicadas ao arrefecimento dos problemas sociais.

Estabelecidas suas atribuições e cientes das demandas identificadas desde o inquérito de 1937, o SNDM constituiu duas formas distintas de atuação em nível nacional. A primeira realizou-se por meio da expansão da quantidade de leitos hospitalares psiquiátricos nos próprios estados. A segunda tinha como objetivo ampliar os atendimentos no âmbito ambulatorial, de maneira complementar à assistência hospitalar, no intuito de diminuir a demanda que originalmente tinha apenas nos asilos psiquiátricos a única opção de atendimento médico mental, superlotando-os.

Dentro do objetivo de ampliação dos leitos psiquiátricos nos estados, diante da incapacidade econômica das unidades federativas em arcar com os custos da construção de novos nosocômios, ou em aumentar a oferta de leitos em suas instituições especializadas já existentes, a União efetuou convênios com os estados em que ambas as partes financiaram tais obras. Cabia ao governo federal um esforço financeiro maior que os governos locais (BRAGA, 2013, p.77).

Em caso de sucesso dessa ação, ao menos parte da demanda seria contemplada, portanto, mais pessoas seriam atendidas. Contudo, de maneira proporcional, isso acarretaria o aumento dos custos com a manutenção desses hospitais. Por conseguinte, concluiu-se que as condições financeiras dos estados também eram insuficientes para arcar com esse aumento de despesas, e que esse fato poderia colocar em risco o padrão qualitativo assistencial almejado por essa política. Dessa forma, durante a década de 1950, a União passou a prestar ajuda financeira aos estados, sendo firmados outros tipos de convênios. Em 1953, o SNDM passou a realizar convênios com os estados nos quais as verbas eram destinadas exclusivamente à manutenção dos hospitais locais. Três anos depois, outro modelo de convênio passou a ser executado. Dessa vez, o objetivo era incentivar a realização de terapias psiquiátricas amplamente defendidas no período, a praxiterapia (BRAGA, 2013, pp.93-94).

O modelo de convênio em sua tripla vertente manteve-se ao longo das décadas de 1950 e 1960, conforme descrito no capítulo 1. Cabe lembrar que a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), criada em 1967, apresentava como um dos seus principais objetivos facilitar acordos entre o governo federal e outras entidades. Nessa perspectiva, no ano seguinte a sua criação, a Campanha passou a celebrar convênios diretamente com os estados de maneira unilateral, em ação paralela às já executadas pelo SNDM. Em 1971, foram firmados apenas os acordos estabelecidos por intermédio da CNSM, que obteve, a partir de então, o monopólio dessa tarefa. Com isso, a Campanha dava início a um outro modelo de convênios, em que se congregavam várias finalidades orçamentárias numa única verba. Era o fim da era dos convênios firmados exclusivamente com um único objetivo: realizar obras, prover manutenção ou desenvolver a praxiterapia.

Não é possível fazer qualquer ilação a respeito do monopólio da CNSM sobre a execução dos convênios ter sido implementada no ano seguinte à transformação do SNDM em DINSAM. Não foi encontrado nenhum documento que indicasse qualquer informação nesse sentido. Todavia, é importante salientar que até 1969, portanto, último ano de vigência do SNDM, os convênios firmados pela Campanha eram ofertados em conjunto com os demais convênios até então existentes, e que somente depois da transformação do SNDM em DINSAM, em 1970, os convênios feitos pela Campanha passaram a agregar em si as outras finalidades anteriormente contempladas<sup>62</sup>.

Esse modelo de convênio ficou em vigor até 1976, pois, no ano seguinte, foi implantado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). Por um lado, esse novo tipo de acordo com os estados, a exemplo do seu predecessor, produziu contratos que congregavam, em um único repasse de verba, diversas finalidades. Por outro lado, retornou à DINSAM a possibilidade de elaborar tais convênios. Contudo o PISAM tinha prazo de validade previamente estabelecido. Seu macro objetivo era possibilitar aos estados suas autonomias orçamentárias no tocante à assistência pública psiquiátrica sob sua gestão.

A segunda linha de atuação do SNDM nos estados correspondeu à instalação de ambulatórios de higiene mental. Tais instituições apresentavam duas vertentes como parâmetro de trabalho: a assistência e a prevenção. Em relação à primeira, o objetivo era

---

<sup>62</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Setor de Auxílios aos Estados*. s/p, 1969.

criar alternativas às internações hospitalares, realizando a triagem e os atendimentos iniciais, de maneira a evitar internações desnecessárias, bem como, manter o cuidado aos pacientes egressos dos hospitais, evitando recaídas e, portanto, novas internações. Na segunda linha de atuação, a preventiva, pautavam-se seus esforços na disseminação de informações relativas a medidas que permitissem um indivíduo a manter sua saúde mental. Nesse caso, o foco deste trabalho era a atuação na prevenção primária, ou seja, agir antes da manifestação da doença.

Portanto, neste capítulo analisarei os cinco modelos de convênios que ocorreram entre as décadas de 1960 e 1970 – obras, manutenção, praxiterapia, convênios pela CNSM e convênios pelo PISAM – bem como a atuação dos ambulatórios do SNDM nos estados dentro do mesmo período. Inicialmente, analisarei a atuação do SNDM nos estados, por meio dos convênios de obras em hospitais psiquiátricos locais e as suas respectivas manutenções, além do auxílio financeiro para o incentivo às práticas terapêuticas de praxiterapia, até 1969, último ano de sua vigência<sup>63</sup>. Posteriormente, debruçar-me-ei sobre a atuação dos ambulatórios de saúde mental subordinados ao SNDM nos estados, instituições que perduraram por todo o período estudado pela presente tese. Procurarei demonstrar, portanto, como eram executadas as políticas do SNDM em suas duas linhas de atuação – a assistência e a prevenção – e como o trabalho realizado nestas instituições dialogavam com as instituições estaduais. Por fim, apresentarei a análises acerca dos convênios vigentes durante a década de 1970.

### **3.1 Convênios de obras**

Logo nos primeiros anos de atuação do SNDM, em 1946, por meio do Decreto-Lei 8550, de 3 de janeiro, foi implantado o mecanismo legal que possibilitou a realização dos convênios de obras supracitados. Segundo o próprio texto legislativo tal mecanismo possibilitaria a “intensificação da assistência psiquiátrica nas regiões em que os estudos procedidos pelo órgão especializado do Departamento Nacional de Saúde revelarem deficiências”.

Esse decreto impunha ao SNDM a obrigatoriedade em cooperar com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na

---

<sup>63</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de trabalho do SNDM para 1961, em MT, GO, DF e nos territórios do Acre e Rondônia*. 1961, p.6.

organização dos projetos que contemplassem os hospitais ou qualquer instituição assistencial destinada a doentes mentais, emitindo pareceres sobre a localização do hospital, suas instalações e sobre a própria construção. Durante o período de execução das obras, fiscalizavam seu andamento e as exigências estabelecidas no contrato assinado entre as partes.

Durante a década de 1960, as diretrizes adotadas para a distribuição de verbas dos convênios de obras, segundo o então diretor do SNDM em 1961, Dr. Edmundo Maia, seriam pautadas pelas seguintes condições: a “situação atual dos hospitais”, a necessidade de desenvolvimento do trabalho dos doentes, a constatação de condições inadequadas de trabalho e as características das obras, se eram, por exemplo, classificadas como inadiáveis ou em fase final de acabamento<sup>64</sup>.

Estando em acordo com os critérios acima descritos, tais convênios apresentavam quatro possíveis finalidades: o prosseguimento ou a conclusão de quaisquer obras já iniciadas em anos anteriores; a ampliação do número de leitos por meio de reformas em prédios ou pavilhões já existentes, ou pela construção de novos blocos ou pavilhões; a construção de novos hospitais; e, por fim, apenas reformar a infraestrutura predial dos hospitais já existentes, podendo ou não ser acompanhada pelo fornecimento de equipamentos para a instituição<sup>65</sup>.

Respeitados tais parâmetros distributivos, para que estado efetivamente recebesse o auxílio, deveria-se cumprir todo um rito burocrático, que se iniciava com a entrega de determinados documentos, tais como a certidão do estatuto, o regulamento e compromisso da instituição e a indicação da lei que criou a instituição. No caso do requerente ao convênio ser uma entidade pública, era pedido o documento alusivo ao ato de nomeação e exercício dos seus dirigentes. Em caso de pessoa jurídica privada, era solicitada uma prova da regularidade do exercício do mandato da diretoria e do regular funcionamento em atendimento à sua finalidade<sup>66</sup>, tendo-se em vista, em geral, tratar-se de entidades filantrópicas. Embora não tenhamos encontrado documentação que ateste

---

<sup>64</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3701. Discurso Proferido pelo Dr. Edmundo Maia, por ocasião da transmissão de cargo, do diretor do SNDM. 1962, p. 4.

<sup>65</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatórios diversos: ano 1955-1973*, s/p; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatórios diversos: ano 1955-1973*, s/p

<sup>66</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3343. Plano de Distribuição do SNDM: proc. Nº 13.632/67. 67, s/p.

que tais convênios tenham sido efetivamente firmados com este tipo de instituição, era legalmente possível fazê-lo, conforme demonstrado acima.

No chamado Plano de Aplicação da Verba, documento elaborado pelas próprias instituições que se beneficiariam do valor ofertado, no qual se justificava a quantia requisitada, era necessário constar os projetos, especificações e orçamentos dos serviços a serem realizados e a relação do material a ser adquirido<sup>67</sup>. Outras documentações exigidas eram de natureza mais genérica, tratando da natureza do trabalho da instituição a ser contemplada com tais verbas. Nesse caso, pedia-se a prova de que a entidade destinava a totalidade de suas rendas às atividades de assistência médico-social gratuita, e que a instituição filantrópica não concedia remuneração, gratificação, vantagens e quaisquer benefícios a qualquer pessoa que não mantivesse vínculo legal de empregado. Além disso, precisavam provar que mantinham pelo menos 1/3 dos leitos hospitalares para atendimento gratuito do público em geral (para os estabelecimentos com internação)<sup>68</sup>.

Por fim, pediam ainda o envio do relatório completo das atividades desenvolvidas no ano anterior, balanço geral e demonstração da receita e despesa do último exercício; se recebiam outras subvenções e, em caso positivo, seus respectivos valores no corrente ano; e ainda se atendiam aos beneficiários previdenciários e quantos leitos eram destinados a essa finalidade<sup>69</sup>.

Desde o primeiro ano de vigência dos convênios de obras até o final do governo JK (1960), o tipo de instituição predominantemente contemplada por esses convênios de obras foram os hospitais colônias, uma versão atualizada das colônias agrícolas que começaram a ser construídas no Brasil ainda durante o século XIX (VENANCIO, 2011, p.37). Nesse intervalo de tempo, 63% dos estados brasileiros usaram tais verbas na construção ou ampliação deste modelo institucional, e 15% investiram em manicômios judiciários, alas ou hospitais infantis e hospitais psiquiátricos (aos quais geralmente são destinados os doentes agudos ou subagudos). Em certa medida, permanecia a lógica da expansão assistencial baseada na construção de grandes hospitais pavilhonares, em

---

<sup>67</sup> Ibidem.

<sup>68</sup> Ibidem.

<sup>69</sup> Ibidem.

especial hospitais colônias, presente desde os primeiros anos de atuação do SNDM (FABRÍCIO, 2009; BRAGA, 2013, pp. 79-80).

Ao longo da década de 1960, esse predomínio institucional permaneceu: hospitais colônias e manicômios judiciários continuaram a ser os mais utilizados como justificativa nos convênios de obras. Contudo, nesse momento, ocorreu uma novidade em relação às décadas anteriores: hospitais gerais ou regionais também passaram a ser contemplados, conforme demonstra o quadro 1. Nesses casos, o objetivo era contemplar instituições hospitalares que prestassem serviços médicos de várias especialidades, incluindo a clínica geral, mas que também pudessem prestar atendimento psiquiátrico em caso de intercorrências em estágios ainda incipientes<sup>70</sup>.

**Quadro 2 – Modelos institucionais contemplados pelos convênios de obras em 1968<sup>71</sup>.**

<b>Atuação assistencial</b>	<b>Quantidade</b>
Hospital Colônia	14
Manicômio Judiciário	12
Hospital Regional	5
Hospital Infantil	2
Pronto socorro	1
Hospital de Agudos	1
Hospital Geral	1

Em 1969, das 23 unidades da federação com hospitais psiquiátricos existentes no Brasil, 19 possuíam ao menos um hospital colônia, ou seja, 82,60%<sup>72</sup>. Destes, 10 estados tinham o hospital colônia como o único modelo institucional sob administração do governo estadual, conforme demonstrado no quadro 2. Tal predomínio histórico pode ser medido nos dados referentes ao número de leitos existentes em hospitais estaduais no Brasil ainda em 1971. Nesse ano, cerca de 68% dos leitos estavam localizados em hospitais colônias<sup>73</sup>. O referido modelo institucional, portanto, continuava a atrair a

<sup>70</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 290 / Env. 2095. *Situação das Obras*. s/p, 1969.

<sup>71</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Setor de Auxílios aos Estados*. s/p, 1969; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 290 / Env. 2095. *Situação das Obras*. s/p, 1969.

<sup>72</sup> Apenas Rio Grande do Sul, Acre e Distrito Federal não possuíam hospitais colônias em sua estrutura assistencial psiquiátrica.

<sup>73</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7611. *Relatório da Unidade de Planejamento da DINSAM*. s/p, 1971.

atenção dos gestores públicos do período, a exemplo dos representantes dos estados do Rio Grande do Sul e do Pará, que ainda nesse momento demandaram verbas federais que seriam destinadas à construção de seus respectivos hospitais colônias<sup>74</sup>.

### Quadro 3 - Lista de Hospitais Colônias sob administração estadual até 1969<sup>75</sup>

<b>Apenas 1 instituição hospitalar psiquiátrica no estado</b>			
	<b>ESTADO</b>	<b>NOME DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>CIDADE</b>
1	Amazonas	Hospital Colônia Eduardo Ribeiro	MANAUS
2	Alagoas	Clínica de Agudos - Hospital Portugal Ramalho	Maceió
3	Ceará	Hospital de Higiene Mental de Messejana (Hospital Colônia de Psicopatas)	Fortaleza
4	Espírito Santo	Hospital Colônia Adauto Botelho	Cariacica
5	Goiás	Hospital Psiquiátrico Prof. Adauto Botelho	Goiânia
6	Maranhão	Hospital Colônia Nina Rodrigues	São Luis
7	Mato Grosso	Hospital Colônia de Alienados de Caxipó da Ponte	Cuiabá
8	Piauí	Hospital Colônia	Teresina
9	Rio Grande do Norte	Hospital Colônia de Psicopatas	Natal
10	Santa Catarina	Hospital Colônia Santana	Florianópolis
<b>Mais de 1 instituição hospitalar psiquiátrica no estado no estado</b>			
	<b>ESTADO</b>	<b>NOME DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>CIDADE</b>
1	Bahia	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	Salvador
2	Minas Gerais	Colônia de Alienados	Barbacena
3	Paraíba	Hospital Colônia Juliano Moreira	João Pessoa
4	Pernambuco	Colônia Ulisses Pernambucano (mulheres)	Igarassu
5	Pernambuco	Barreiros (homens)	Barreiros
6	Paraná	Hospital Adauto Botelho (Hosp. Colônia)	Curitiba
7	Rio de Janeiro	Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre	Barra do Piraí
8	Rio de Janeiro	Hospital Colônia Teixeira Brandão	Carmo
9	Sergipe	Hospital Psiquiátrico	Socorro
10	São Paulo	Hospital Colônia do Juqueri	São Paulo

De acordo com o artigo 2º do decreto-lei de 1946, que implantou os convênios de obras entre a União e os estados, o aporte financeiro para viabilizar tais obras seria compartilhado entre ambos. Embora não fosse previamente estipulado qualquer proporcionalidade de investimento entre as duas partes, recaiu sobre a União um peso

<sup>74</sup> *Ibidem*.

<sup>75</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Setor de Auxílios aos Estados*. s/p, 1969; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Setor de Auxílio aos Estados*. s/p, 1969; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 9419 / Env. 8029. *Ofícios Diversos*. s/p, 1969; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 963 / Env. 8160. *Mapa de Movimentação de Doentes*. s/p, 1969-1970; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 290 / Env. 2095. *Situação das Obras*. s/p, 1969.

maior em relação aos montantes investidos. Durante o governo JK (1956-1960), a média da relação entre os valores dos dois entes federativos ficou na seguinte proporção: para cada Cr\$ 1,00 investido pelos estados, a União contribuiu com Cr\$ 2,31<sup>76</sup> (BRAGA, 2013, pp. 86-87).

Em relação à década de 1960, foram muito esparsas e inconclusivas as informações relativas a tais convênios durante os seus três primeiros anos<sup>77</sup>. Nesse sentido, conforme podemos observar nos quadros 3 e 4, os dois primeiros anos desse decênio que utilizo para analisar as verbas recebidas pelos estados, são 1964 e 1965. As médias das contribuições financeiras sob responsabilidade dos estados ou da União mantiveram uma maior proporcionalidade, se comparada com o período do governo JK. Estabeleceram-se respectivamente em torno de Cr\$ 1,77 para os anos da década de 1960 e Cr\$ 2,20 de verba federal para cada Cr\$ 1,00 investido pelos estados no decênio de 1950.

Em 1966, a proporcionalidade dos valores investidos pelas esferas federal e estadual aumentou significativamente, alcançando seu recorde histórico: a média foi de Cr\$ 46,07 federais para cada Cr\$ 1,00 estadual. Contribuíram para isso o fato de que apenas em 5 estados a proporcionalidade dos investimentos feitos pela União e pelo Estado tiveram uma diferença inferior a Cr\$ 5,00. Na outra ponta, destacam-se os estados de Goiás e Pernambuco que, respectivamente, contribuíram com CR\$ 1,00 para cada Cr\$ 600,00 e Cr\$ 70,00 federais<sup>78</sup>.

---

<sup>76</sup> Em 1956, o valor foi de Cr\$ 2,59; em 1957, Cr\$ 1,96; em 1958, Cr\$ 2,30; e em 1959, Cr\$ 2,40.

<sup>77</sup> Sobre o ano de 1961, não foi encontrada nenhuma informação que pudesse elucidar qualquer dúvida. Em relação a 1962, as informações obtidas referentes aos valores dos três tipos de convênios referem-se a sete estados apenas, todos nordestinos, a saber: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. Contudo, em documento encaminhado ao então diretor do SNDM, Heitor Péres, deixa-se uma margem para interpretação de que também foram assinados convênios com outros estados. Segundo esse documento, o que ocorreu foi uma “uma concentração de esforços para assistência ao Norte e Nordeste, em 1962, fazendo catalisar para ali verbas com fito de retoque final de unidades hospitalares em vias de conclusão...”. Embora cite acordos com estados nortistas, também não foi encontrado nenhum documento com valores destinados a estas unidades da federação, a exemplo do que também ocorreu com estados do Sul e Sudeste. Desse modo, ao ressaltar que ocorreu “*uma concentração de esforços*”, torna a exclusividade de acordos firmados com os estados nordestinos inconclusiva, pois não afirma categoricamente que não foram assinados convênios com outros estados. Em relação a 1963, identificaram-se os valores que contêm as obras contempladas por tais convênios, embora não tenham sido localizados os valores individuais recebidos por cada estado, tampouco o montante geral ofertado pela União.

<sup>78</sup> Em 1967, a moeda brasileira passou a ser o Cruzeiro Novo (NCR\$). Juntamente com a mudança na nomenclatura, também foram cortados 3 zeros em relação à moeda anterior, Cruzeiro (Cr\$). Ou seja, Cr\$ 1.000,00 equivalia a NCR\$ 1,00.

No ano seguinte, a disparidade de investimentos entre entes federativos e União retrocedeu, firmando-se na média de NCr\$ 7,89 de recursos federais para cada Ncr\$ 1,00 de verba estadual. As maiores disparidades ocorreram nos acordos com os estados de Goiás, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte, com as seguintes disparidades, respectivamente: Nc\$ 25,00 e NCr\$ 17,50, Ncr\$ 12,80 e NCr\$ 12,50.

O ano de 1968, último ano em que foram encontrados documentos referentes a esse tipo de convênio, foi um ano de contrastes. Por um lado, pela primeira vez foi autorizada a execução de um convênio sem qualquer contribuição financeira estadual, como ocorreu nos casos dos estados do Maranhão, Rio Grande do Norte, e Mato Grosso, que receberam tal verba sem apresentar nenhuma contrapartida financeira. Por outro lado, o estado do Espírito Santo investiu um valor maior que a União, fato que só ocorrera em 1964. Nesse caso, a cada Nr\$ 0,38 advindo da União, o referido estado investiu NCr\$ 1,00.

**Quadro 4 : Valores investidos pelos estados e pela União para obras em instituições psiquiátricas (1964-1968)**

ESTADOS	1964 (Cr\$)		1965 (Cr\$)		1966 (Cr\$)		1967 (NCr\$)		1968 (NCr\$)	
	União	Estadual	União	Estadual	União	Estadual	União	Estadual	União	Estadual
<b>Acre</b>	2.000.000,00	1.500.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Amazonas</b>	3.000.000,00	200.000,00	-	-	25.000.000,00	8.000,00	20.000,00	3.000,00	25.000,00	10.000,00
<b>Pará</b>	15.000.000,00	3.000.000,00	-	-	30.000.000,00	50.000,00	25.000,00	5.000,00	30.000,00	5.000,00
<b>Maranhão</b>	10.000.000,00	1.100.000,00	30.000.000,00	5.000.000,00	35.000.000,00	10.000.000,00	30.000,00	15.000,00	35.000,00	-
<b>Piauí</b>	14.000.000,00	21.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00	6.000.000,00	25.000,00	11.000,00	25.000,00	200
<b>Ceará</b>	10.000.000,00	5.000.000,00	36.000.000,00	5.000.000,00	40.000.000,00	1.000.000,00	35.000,00	2.000,00	35.000,00	2.000,00
<b>Rio Grande do Norte</b>	2.000.000,00	3.000.000,00	30.000.000,00	15.000.000,00	30.000.000,00	1.000.000,00	25.000,00	2.000,00	25.000,00	-
<b>Paraíba</b>	-	-	-	-	30.000.000,00	5.000.000,00	25.000,00	5.000,00	30.000,00	5.000,00
<b>Pernambuco</b>	3.000.000,00	5.000.000,00	-	-	70.000.000,00	1.000.000,00	64.000,00	5.000,00	60.000,00	5.000,00
<b>Alagoas</b>	2.000.000,00	2.000.000,00	20.000.000,00	5.000.000,00	30.000.000,00	5.000.000,00	25.000,00	10.000,00	25.000,00	10.000,00
<b>Sergipe</b>	20.000.000,00	2.000.000,00	-	-	25.000.000,00	5.000.000,00	20.000,00	2.000,00	20.000,00	1.000,00
<b>Bahia</b>	6.980.000,00	4.500.000,00	40.000.000,00	30.000.000,00	70.000.000,00	30.000.000,00	64.000,00	10.000,00	65.000,00	20.000,00
<b>Espírito Santo</b>	-	-	-	-	35.000.000,00	1.000.000,00	30.000,00	4.000,00	30.000,00	80.000,00
<b>Rio de Janeiro</b>	16.000.000,00	16.000.000,00	40.000.000,00	20.000.000,00	70.000.000,00	15.000.000,00	64.000,00	20.000,00	60.000,00	-
<b>Paraná</b>	9.000.000,00	5.000.000,00	30.000.000,00	10.000.000,00	70.000.000,00	40.000.000,00	64.000,00	40.000,00	65.000,00	10.000,00
<b>Santa Catarina</b>	5.000.000,00	500.000,00	-	-	30.000.000,00	3.000.000,00	25.000,00	4.000,00	30.000,00	5.000,00
<b>Rio Grande do Sul</b>	7.000.000,00	5.000.000,00	-	-	50.000.000,00	5.000.000,00	45.000,00	5.000,00	65.000,00	5.000,00
<b>Minas Gerais</b>	-	-	30.000.000,00	10.000.000,00	70.000.000,00	10.000.000,00	64.000,00	10.000,00	70.000,00	10.000,00
<b>Goias</b>	-	-	-	-	30.000.000,00	1.000.000,00	25.000,00	1.000,00	30.000,00	2.000,00
<b>Mato Grosso</b>	13.000.000,00	3.000.000,00	-	-	30.000.000,00	5.000.000,00	25.000,00	3.000,00	25.000,00	-
<b>TOTAL</b>	<b>137.980.000,00</b>	<b>77.800.000,00</b>	<b>286.000.000,00</b>	<b>130.000.000,00</b>	<b>800.000.000,00</b>	<b>144.058.000,00</b>	<b>700.000,00</b>	<b>157.000,00</b>	<b>750.000,00</b>	<b>170.200,00</b>
<b>INFLAÇÃO</b>	89,90%		34,24%		39,12%		25,01%			
<b>Valor corrigido</b>			<b>262.024.020,00</b>	<b>147.742.200,00</b>	<b>351.741.044,45</b>	<b>198.329.129,28</b>	<b>489.342,00</b>	<b>275.915,00</b>	<b>611.726,43</b>	<b>344.921,34</b>
<b>Δ (%) valores</b>			9,15%	-12,01%	127,44%	-27,36%	43%	-43%	23%	-51%

Fonte: Fundo DINSAM; Acervo IMASJM; Cx. 9419 / Env. 8029. *Ofícios Diversos*. s/p, 1969.

**Quadro 5: Relação entre verba federal e estadual investida para convênios de obras em psiquiatria (1964 -1968)**

ESTADOS	1964			1965			1966			1967			1968		
	Relação Cr\$ fed./est.	% Federal	% estados	Relação Cr\$ fed./est.	% Federal	% estados	Relação Cr\$ fed./est.	% Federal	% estados	Relação Cr\$ fed./est.	% Federal	% estados	Relação Cr\$ fed./est.	% Federal	% estados
<b>Acre</b>	1,33	57,14%	42,86%												
<b>Amazonas</b>	15,00	93,75%	6,25%				3,13	75,76%	24,24%	6,67	86,96%	13,04%	2,5	71,43%	28,57%
<b>Pará</b>	5,00	83,33%	16,67%				600	99,83%	0,17%	5	83,33%	16,67%	6	85,71%	14,29%
<b>Maranhão</b>	9,09	90,09%	9,91%	6	85,71%	14,29%	3,5	77,78%	22,22%	2	66,67%	33,33%		100,00%	0,00%
<b>Piauí</b>	0,67	40,00%	60,00%	1	50,00%	50,00%	5	83,33%	16,67%	2,27	69,44%	30,56%	125	99,21%	0,79%
<b>Ceará</b>	2,00	66,67%	33,33%	7,2	87,80%	12,20%	40	97,56%	2,44%	17,5	94,59%	5,41%	17,5	94,59%	5,41%
<b>Rio Grande do N.</b>	0,67	40,00%	60,00%	2	66,67%	33,33%	30	96,77%	3,23%	12,5	92,59%	7,41%			
<b>Pernambuco</b>	0,60	37,50%	62,50%				70	98,59%	1,41%	12,8	92,75%	-7,25%	12	92,31%	7,69%
<b>Alagoas</b>	1,00	50,00%	50,00%	4	80,00%	20,00%	6	85,71%	14,29%	2,5	71,43%	28,57%	2,5	71,43%	28,57%
<b>Sergipe</b>	10,00	90,91%	9,09%				5	83,33%	16,67%	10	90,91%	9,09%	20	95,24%	4,76%
<b>Bahia</b>	1,55	60,80%	39,20%	1,33	57,14%	42,86%	2,33	70,00%	30,00%	6,4	86,49%	13,51%	3,25	76,47%	23,53%
<b>Rio de Janeiro</b>	1,00	50,00%	50,00%	2	66,67%	33,33%	4,67	82,35%	17,65%	3,2	76,19%	23,81%		100,00%	0,00%
<b>Paraná</b>	1,80	64,29%	35,71%	3	75,00%	25,00%	1,75	63,64%	36,36%	1,6	61,54%	38,46%	6,5	86,67%	13,33%
<b>Santa Catarina</b>	10,00	90,91%	9,09%				10	90,91%	9,09%	6,25	86,21%	13,79%	6	85,71%	14,29%
<b>Rio Grande do S.</b>	1,40	58,33%	41,67%				10	90,91%	9,09%	9	90,00%	10,00%	13	92,86%	7,14%
<b>Mato Grosso</b>	4,33	81,25%	18,75%				6	85,71%	14,29%	8,33	89,29%	10,71%			
<b>Minas Gerais</b>				3	75,00%	25,00%	7	87,50%	12,50%	6,4	86,49%	13,51%	7	87,50%	12,50%
<b>Goiás</b>							30	96,77%	3,23%	25	96,15%	-3,85%	15	93,75%	6,25%
<b>Espírito Santo</b>							35	97,22%	2,78%	7,5	88,24%	11,76%	0,38	27,27%	72,73%
<b>Paraíba</b>							6	85,71%	14,29%	5	83,33%	16,67%	6	86%	14%
<b>TOTAL / MÉDIA</b>	<b>4,09</b>	<b>65,94%</b>	<b>34,06%</b>	<b>3,28</b>	<b>0,72</b>	<b>0,28</b>	<b>46,07</b>	<b>87%</b>	<b>13%</b>	<b>7,89</b>	<b>84%</b>	<b>15%</b>	<b>16,18</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>

Fonte: Fonte: Fundo DINSAM; Acervo IMASJM; Cx. 9419 / Env. 8029. *Ofícios Diversos.* s/p, 1969.

Com os documentos analisados por esta pesquisa, não é possível chegar a qualquer conclusão definitiva sobre o porquê do SNDM aumentar proporcionalmente o dinheiro investido nos estados que ofereceriam as menores contrapartidas financeiras. Contudo apresentamos duas hipóteses: as maiores desproporcionalidades de valores investidos ou a total inexistência de investimento estadual pode ter ocorrido como uma representação da maior fraqueza econômica desses estados, pois, na impossibilidade de investir mais, o SNDM assumiu certa responsabilidade compensatória e disponibilizou mais investimento em seu orçamento para essas localidades. A segunda possibilidade pode denotar um menor empenho e esforço desses governos locais em consolidar a sua assistência psiquiátrica hospitalar. As razões para isso poderiam ser tanto a incompreensão sobre a necessidade de investimentos neste setor, como a percepção de que outros setores deveriam ser prioridades orçamentárias mais urgentes.

De qualquer forma, a questão central em qualquer uma das duas hipóteses deve partir do pressuposto de que, de maneira geral, os estados não investiam quantias suficientes que os possibilitariam, de maneira autônoma, gerir sua própria assistência psiquiátrica. Em consequência disso, tal como uma reação em cadeia, a partir da realização dessas obras que expandiriam a oferta de atendimentos médicos psiquiátricos nos estados, os custos de manutenção destas instituições assistenciais também aumentariam. Isso significa dizer que, caso os governos estaduais não conseguissem financiar seus gastos ordinários, seja por inviabilidade econômica ou insensibilidade sobre o setor, caberia a União mais essa tarefa suplementar.

### **3.2 Convênios de manutenção**

Embora no decreto de 1946, que criou os convênios de obras, estivesse estabelecido que as despesas com o funcionamento das instituições locais fossem exclusivamente de responsabilidade da esfera estadual, em 1953, o governo federal também passou a celebrar convênios com os estados, no intuito de financiar parte dos custos de manutenção dos hospitais locais (BRAGA, 2013, p. 84). A união constituía-se assim em um importante auxílio aos estados, devido ao grande número de hospitais recém-construídos ou ampliados, tendo em vista a política de expansão de leitos psiquiátricos em todo o Brasil, que se iniciara a partir da década de 1940.

Tal como ocorria no caso dos acordos para obras, as unidades federativas tinham

deveres administrativos para com o SNDM. Obrigatoriamente, deveriam destinar tais verbas exclusivamente para a compra de produtos ou serviços da instituição psiquiátrica contemplada, obedecendo a um cronograma para uso desses recursos. Após o emprego das quantias financeiras, a comprovação dos gastos era necessária, a fim de que os estados estivessem aptos a receber novos recursos nos anos seguintes (BRAGA, 2013, p. 93).

Levando em consideração que tais convênios eram destinados a suprir determinadas carências financeiras dos estados, os critérios utilizados pelo SNDM na oferta dos valores também seguiam, ao menos em alguns pontos, parâmetros de cunho socioeconômico. Ao longo da sua vigência, foram elaborados alguns regulamentos que referenciaram o modo como a distribuição de verbas deveria ser feita.

Durante a primeira década de vigência dos convênios de manutenção, ocorreram algumas mudanças nos critérios utilizados para a concessão de tais benefícios. No decorrer da administração Kubitscheck (1956-1961), não se chegou a um consenso sobre qual seria o melhor parâmetro de partilha dos recursos para os estados. Por essa razão, entre 1957 e 1959, foram elaboradas três normas distintas. Em 1957, a determinação fundamentou-se nas informações obtidas através das inspeções realizadas pela direção do SNDM *in loco* nos estados ou por vontades políticas superiores. No ano seguinte, num primeiro momento, o DASP produziu um documento que estipulava o custo de vida local como principal parâmetro e um valor referência a ser pago: Cr\$ 672,00 por leito. Ainda em 1958, posteriormente, o próprio SNDM indicou a necessidade de outro parâmetro e defendeu que fosse levado em consideração o número de leitos públicos baseado no censo hospitalar de 1956, além das “*qualidades dos estados*”, ou seja: o tipo de assistência ofertada, o custo de vida e as condições orçamentárias estaduais. Por fim, em 1959, em outro documento produzido pelo DASP, indicava-se que, a partir de então, seriam considerados os números de leitos dos estados e suas condições econômicas. Portanto, caberia maior auxílio por leito-dia aos estados economicamente mais fracos, cujos governos não dispunham de recursos próprios suficientes para atender aos doentes mentais (BRAGA, 2013, pp. 94-96).

Apenas em 1963 ocorreu uma nova mudança, por intermédio do decreto 52.464, de 12 de setembro, que se caracterizava por ser uma legislação com maior abrangência normativa, se comparada com as regras definidas na década anterior. Além de

regulamentar a distribuição dos recursos orçamentários a serem distribuídos, também baixou normas técnicas com parâmetros de orientação, organização, funcionamento e fiscalização das instituições ligadas à assistência médico-social em todo o Brasil. Essa legislação também abrangia a concessão de auxílios com outras finalidades, tais como a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de pessoal médico e paramédico; a concessão dos convênios de obras, bem como dos padrões técnicos aplicáveis a estas construções; a instalação e os equipamentos de unidades de assistência médico-social; por fim, também determinava como a organização administrativa dessas instituições deveriam proceder em suas atividades.

Sem especificar a finalidade dos acordos em questão, este decreto também estipulava os critérios distributivos de renda, da União para os estados, “*sem abandono do número de brasileiros por estado*”. Desse modo, a divisão de verbas obedeceria a seguinte proporcionalidade: 40% do total de recursos seriam distribuídos com base no número de habitantes; 40% distribuídos de modo inversamente proporcional à renda *per capita* da população de cada estado, em conformidade com os levantamentos da Fundação Getúlio Vargas; e 20% serão inversamente proporcionais à situação sanitária da população de cada estado. Neste último quesito, a avaliação seria embasada levando em consideração à mortalidade geral, à mortalidade proporcional e à mortalidade infantil de cada estado. Mantinha-se, portanto, um parâmetro distributivo com forte preocupação compensatória econômica.

Por fim, em 1965, o decreto nº 56.120, de 27 de abril, alterou parcialmente os dispositivos do decreto de 1963. Seus parâmetros distributivos permaneceram os mesmos, mas as regras de liberação das verbas já direcionadas a um estado, passariam a ser mais rígidas. Buscava-se avaliar mais a idoneidade da entidade beneficiada. Para isso, era necessária, por parte da instituição requerente, a comprovação das condições para a prestação de serviços gratuitos a indigentes, sem prejuízo da manutenção paralela dos serviços sujeitos a pagamentos. Além disso, esse ato normativo enquadrava as finalidades dos recursos que seriam distribuídos em algumas categorias: contribuição para custeio de serviços médicos a indigentes ou de trabalhos de pesquisa, aquisição ou melhoria de equipamento, e formação de pessoal técnico e administrativo.

Durante a presente pesquisa, encontrei poucos documentos que contivessem informações relativas à destinação do uso das verbas dos convênios de manutenção. Contudo, nos poucos documentos encontrados, foi possível identificar um certo padrão. Em todos os casos analisados, a alimentação foi o item que apresentou gasto de maior valor. Em seguida, estavam as despesas com medicamentos, combustível e utensílios de cozinha; todos esses itens sempre presentes nos documentos pesquisados relativos aos convênios de manutenção.

Em relatório do Hospital Colônia Dr. João Machado, do estado do Rio Grande do Norte, datado de 1961<sup>79</sup>, pude observar mais detalhadamente a destinação de tais verbas, conforme também demonstra o quadro 5. O relatório demonstra que 40% das despesas da instituição são em gêneros alimentícios, seguidos por gasto com pessoal (18,11%), produtos farmacêuticos e químicos (10,76%), produtos diversos, incluindo limpeza (9,99%), gasto com a frota de veículos (6,12%), praxiterapia (5,12%), vestuário em geral (3,06%), taxas de serviços públicos como água, luz e telefone (2,97%), materiais de escritório (1,99%), despesas de pronto pagamento (0,79%) e conservação de móveis e de máquinas (0,39%).

---

<sup>79</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 455 / Env. 3397. *Sumário de Relatório da Secretaria de Estado da Saúde e Assistência Social*, s/p, 1961.

**Quadro 6: Despesas ordinárias do Hospital Colônia Dr. João Machado - RN (1960)**

Gastos	Verba estadual	Aux. Federal	Renda diversas	Total
Gêneros alimentícios	3.000.000,00	478.200,00	1.300.391,90	4.778.591,90
Pessoal fixo e variável	1.400.720,00	-	728.234,00	2.128.954,00
Manutenção e abastecimento de veículos	300.000,00	265.800,00	154.215,00	720.015,00
Material diversos (incl. limpeza)	180.000,00	-	994.615,70	1.174.615,70
Vestuário, fardas, calçados e tecidos	234.000,00	126.000,00	-	360.000,00
Drogas, produtos químicos e farmacêuticos	300.000,00	660.000,00	305.189,00	1.265.189,00
Material de expediente	78.000,00	-	156.581,50	234.581,50
Praxiterapia	-	100.000,00	502.529,00	602.529,00
Aluguel do telefone, luz, água e esgoto	350.000,00	-	-	350.000,00
Conservação de móveis e máquinas	46.800,00	-	-	46.800,00
Despesas de pronto pagamento	23.400,00	-	69.891,00	93.291,00
<b>TOTAL</b>	<b>5.912.920,00</b>	<b>1.630.000,00</b>	<b>4.211.647,10</b>	<b>11.754.567,10</b>

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 455 / Env. 3397. *Sumário de Relatório da Secretaria de Estado da Saúde e Assistência Social, s/p, 1961.*

Outro ponto importante demonstrado no exemplo do Hospital Colônia Dr. João Machado, retratado no quadro acima, é o volume do gasto com pessoal. Nesse caso, corresponde ao segundo maior gasto da lista, ficando atrás apenas de gêneros alimentícios. Isso denota uma grande dependência do fator humano na condução da assistência psiquiátrica oferecida no período.

Grande parte desses profissionais não tinha formação qualificada – nível técnico ou superior –, portanto, dedicavam-se, em grande medida, às funções ligadas ao acompanhamento da rotina terapêutica dos pacientes ou na condução da sua rotina hospitalar, como alimentação e higienização. Conforme demonstrado no quadro 6, Guardas e vigias, seguidos por enfermeiras não diplomadas, representavam a maior quantidade de funcionários entre os anos de 1965 e 1970<sup>80</sup>. As duas funções juntas

<sup>80</sup> Para futuros trabalhos, será interessante explorar a correlação desse dado – “falta de profissionais de nível técnico ou superior” – com dados do setor de educação sobre número e distribuição de escolas técnicas e superiores no país/número de formandos, relativo às áreas da enfermagem, enfermagem psiquiátrica, serviço social, terapia ocupacional etc.

representavam 85% e 79% do total de trabalhadores no setor, nos respectivos anos. Analisando em separado cada função de maneira separada, identifiquei que, dentro deste intervalo de tempo, a proporção da participação de vigias diminuiu, de 70% para 63%, mas, no caso das enfermeiras não diplomadas, apresentou-se um leve aumento, de 14% para 16%.

Ao levar em conta a natureza da instituição, ou seja, se era pública ou privada, identifiquei algumas distinções entre ambas. Também entre 1965 e 1970, nas instituições estatais, a quantidade de não diplomados como um todo diminuiu de 87% para 83%. Esse resultado foi impulsionado por duas razões. A primeira diz respeito à menor participação de vigias na quantidade total de profissionais do setor, acarretando uma queda de 82% para 76%, e, no sentido inverso, pelo aumento da participação de enfermeiras não diplomadas, que apresentou leve alta de 4,5% para 6,8%. A segunda razão é o maior número de profissionais diplomados que passaram a ocupar postos de trabalho no setor. No caso das instituições públicas, essas pessoas aumentaram sua participação de 12% para 16%.

No âmbito das instituições privadas, ocorreu um movimento bastante parecido com o acontecido no aparato assistencial público: também houve a diminuição da proporção de vigias trabalhando em suas instituições (56% para 50%). De maneira inversa, a proporção de diplomados, que representavam 16% em 1965, passou para 23% em 1970. Além disso, a única distinção entre instituições psiquiátricas públicas e privadas, em termos de formação da equipe, está relacionada com a proporção da participação das enfermeiras não diplomadas, que se manteve estável ao longo desses cinco anos, na faixa de 26 % nas unidades particulares de saúde. É interessante ainda notar as diferenças dos números referentes a esses dois tipos institucionais distintos. Se, no caso dos hospitais privados, o número de pessoas exercendo funções terapêuticas – todos os profissionais diplomados e as enfermeiras não diplomadas – era mais representativo, já no setor público o destaque ficava com o alto número de guardas e vigias.

**Quadro 7: Quantidade de profissionais atuando na assistência psiquiátrica brasileira (1965-1970)**

<b>Ano</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Total - Nº</b>	<b>Em instituições públicas - Nº</b>	<b>Em instituições privadas - Nº</b>	<b>Total - %</b>	<b>Público - %</b>	<b>Particular - %</b>
1965	Nº de psiquiatras	831	386	445	11,92%	10,27%	13,85%
1965	Nº de outros médicos	-	-	-	0,00%	0,00%	0,00%
1965	Nº de internos acad.	-	-	-	0,00%	0,00%	0,00%
1965	Nº de enfermeiras dipl.	180	94	86	2,58%	2,50%	2,68%
1965	Nº de enf. Não dipl.	1.026	170	856	14,71%	4,52%	26,63%
1965	Nº de guardas e vigias	4.937	3.110	1.827	70,79%	82,71%	56,85%
	<b>TOTAL</b>	<b>6.974</b>	<b>3.760</b>	<b>3.214</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Ano</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Total - Nº</b>	<b>Em instituições públicas - Nº</b>	<b>Em instituições privadas</b>	<b>Total - %</b>	<b>Público - %</b>	<b>Particular - %</b>
1970	Nº de psiquiatras	1.521	592	929	9,24%	7,22%	11,25%
1970	Nº de outros médicos	942	433	509	5,72%	5,28%	6,16%
1970	Nº de internos acad.	443	142	301	2,69%	1,73%	3,64%
1970	Nº de enfermeiras dipl.	399	187	212	2,42%	2,28%	2,57%
1970	Nº de enf. Não dipl.	2.746	565	2.181	16,68%	6,89%	26,40%
1970	Nº de guardas e vigia	10.408	6.280	4.128	63,24%	76,59%	49,98%
	<b>TOTAL</b>	<b>16.459</b>	<b>8.199</b>	<b>8.260</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 369/Env. 2553. Relatório da Unidade de Planejamento, s/p, 1972.

Com o passar dos anos, conforme eram firmados os convênios de obras e de manutenção, e a demanda por serviços psiquiátricos foi aumentando, tornava-se necessário também aumentar os valores a serem disponibilizados aos estados. Tal fato ocorreu ao longo da primeira década de existência dos convênios de manutenção: descontada a inflação do período, a década de 1950 terminou com um ganho de 97% das verbas federais, se comparada com o primeiro ano de sua execução, praticamente dobrando seu poder de custeio. Já os anos 60 foram marcados por fortes variações das verbas disponibilizadas aos estados, ocorrendo oscilações dos valores tanto para cima quanto para baixo. Contudo, como podemos verificar no quadro 7, ao observar a década como um todo, em especial os valores disponibilizados especificamente nos anos de 1961 e 1969, é correto afirmar que, em relação aos convênios de manutenção, a década de 1960 representou um enfraquecimento dessa política, pois, descontada a inflação do período, ao final do decênio, o montante federal perdeu 8,92% de valor de compra.

**Quadro 8: Valores dos convênios de manutenção recebidos pelos estados na década de 1960<sup>81</sup>**

Estados	1961 - Cr\$	1964 - Cr\$	1965 - Cr\$	1966 - Cr\$	1967 - NCr\$	1968 - NCr\$	1969 - NCr\$
<b>Pernambuco</b>	1.300.000,00	6.500.000,00	15.000.000,00	18.000.000,00	20.000,00	20.000,00	37.800,00
<b>Minas Gerais</b>	1.000.000,00	10.000.000,00	15.000.000,00	18.000.000,00	20.000,00	28.000,00	54.600,00
<b>Rio Grande do Sul</b>	1.000.000,00	8.000.000,00	15.000.000,00	18.000.000,00	20.000,00	22.000,00	42.000,00
<b>Maranhão</b>	800.000,00	6.000.000,00	8.000.000,00	13.000.000,00	14.000,00	16.000,00	30.800,00
<b>Bahia</b>	1.300.000,00	6.600.000,00	15.000.000,00	18.000.000,00	20.000,00	22.000,00	42.000,00
<b>Ceará</b>	900.000,00	3.500.000,00	10.000.000,00	13.000.000,00	14.000,00	16.000,00	30.800,00
<b>Paraná</b>	750.000,00	6.000.000,00	15.000.000,00	18.000.000,00	20.000,00	22.000,00	42.000,00
<b>Rio Grande do Norte</b>	900.000,00	3.500.000,00	9.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	14.000,00	25.200,00
<b>Paraíba</b>	900.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	15.000,00	28.000,00
<b>Piauí</b>	800.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	14.000,00	25.200,00
<b>Alagoas</b>	800.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	14.000,00	25.200,00
<b>Rio de Janeiro</b>	900.000,00	6.000.000,00	9.000.000,00	13.000.000,00	14.000,00	20.000,00	37.800,00
<b>Santa Catarina</b>	700.000,00	4.000.000,00	9.000.000,00	12.000.000,00	14.000,00	15.000,00	28.000,00
<b>Goiás</b>	700.000,00	4.000.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	15.000,00	28.000,00
<b>Pará</b>	900.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	14.000,00	15.000,00	28.000,00
<b>Sergipe</b>	800.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	13.000,00	23.800,00
<b>Mato Grosso</b>	800.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	14.000,00	25.200,00
<b>Espírito Santo</b>	700.000,00	3.300.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	14.000,00	15.000,00	28.000,00
<b>Amazonas</b>	650.000,00	3.140.000,00	8.000.000,00	12.000.000,00	13.000,00	14.000,00	25.200,00
<b>São Paulo</b>	3.600.000,00	6.000.000,00	-	-	-	-	-
<b>Distrito Federal</b>	-	2.000.000,00	-	6.000.000,00	8.000,00	8.000,00	11.200,00
<b>Acre</b>	-	-	2.000.000,00	3.000.000,00	4.000,00	8.000,00	11.200,00
<b>TOTAL</b>	<b>20.200.000,00</b>	<b>98.340.000,00</b>	<b>194.000.000,00</b>	<b>270.000.000,00</b>	300.000,00	340.000,00	630.000,00
<b>INFLAÇÃO</b>	25,40%	78,40%	89,90%	34,20%	39,12%	25,01%	25,49%
<b>Valor corrigido</b>	<b>28.543.616,00</b>	<b>102.956.110,69</b>	<b>195.513.654,20</b>	<b>262.457.529,39</b>	365.130,90	456.450,14	572.799,28
<b>Δ (%) valores</b>	-29,23%	-4,48%	-0,77%	2,87%	-17,84%	-25,51%	9,99%

<sup>81</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. Auxílios Concedidos aos Estados da União. s/p, 1961; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais. s/p, 1968; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p, 1970.

Não há qualquer informação que ligue diretamente este fato a qualquer fator causal. Nenhum documento utilizado na presente tese forneceu qualquer informação a esse respeito. Contudo, embora nenhuma hipótese possa ser comprovada pelas fontes consultadas, ao analisar o contexto econômico do Brasil durante essa década, identifiquei alguns elementos que poderiam explicar a queda desses investimentos.

O Brasil inicia o decênio herdando do governo JK uma crise econômica que perpassou os governos seguintes de Jânio Quadros (1961), João Goulart (1961-1964) e o período inicial da ditadura militar (1964-1967). No intuito de contê-la, o governo militar Castelo Branco (1964 – 1967) lançou o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), visando a diminuição da inflação e à retomada do crescimento do PIB brasileiro. Para essa missão, identificou-se que era preciso cortar os gastos públicos federais. Os efeitos dessa crise foram sentidos até 1968, quando se iniciou um período de grande crescimento econômico brasileiro conhecido como “*milagre econômico*” (1968-1973).

É interessante depreender desse contexto as correlações com a dinâmica da distribuição das verbas de manutenção entre os dois momentos econômicos citados acima. No primeiro período, destacam-se os anos de 1961 a 1968, em que a manutenção da crise levou a um corte de gastos governamentais. O segundo momento, correspondente ao ano de 1969, além de ter sido o último de vigência dos convênios de manutenção, também foi marcado pela finitude da crise. A partir de então, o país viveria a experiência de crescimento econômico superior a 10% ao ano.

Dessa forma, correlacionando o contexto econômico com a distribuição das verbas de manutenção para a assistência psiquiátrica, identifiquei que, no período de 1961 a 1968, o montante disponibilizado para estes convênios ficou 25% menor que a inflação do período. Em relação ao período seguinte, é importante destacar que, embora iniciado em 1968, o *milagre econômico* somente poderia surtir algum efeito fiscal no ano seguinte, pois os orçamentos executados em um determinado ano são estabelecidos pelo poder legislativo no ano anterior. Portanto, apenas o orçamento referente ao ano de 1969 foi engendrado mediante a um cenário econômico mais favorável e talvez, não por acaso, nesse mesmo ano tivesse ocorrido o maior aumento das verbas destinadas aos convênios de manutenção em toda a década de 1960, isto é, 9,99%.

Dessa forma, podemos concluir que, ao analisarmos os convênios de manutenção exclusivamente pela ótica da sua finalidade inicial – que era constituir-se numa ação complementar à expansão assistencial psiquiátrica no Brasil, respaldando a construção dos novos leitos mediante aos acordos para obras – o SNDM cumpriu seu objetivo. De fato, as verbas eram utilizadas nas despesas ordinárias dos hospitais, sobre as quais recaí o maior peso dos custos da expansão do número de atendimentos, principalmente no consumo de alimentos e de medicação, seus dois maiores destinos. Nesse sentido, a valorização desta política, ocorrida ao longo da primeira década de sua vigência, somada ao produto final na sua década crepuscular, independente das oscilações orçamentárias ocorridas em sua maior parte, apresenta um saldo final positivo de quase 10%.

Entretanto, o SNDM não objetivava apenas financiar complementarmente a manutenção dos hospitais nos estados. Embora tenhamos visto no quadro 6 que ao menos parte das verbas de manutenção também era utilizada para práticas de praxiterapia, era preciso criar uma política sistemática para essa finalidade, sobretudo, com o ganho de importância que tal terapêutica estava obtendo, conforme demonstrado nos capítulos 1 e 2 desta tese. A saída, ainda na década de 1950, foi a criação de um terceiro tipo de convênio, que era específico para fomentar este tipo de tratamento.

### **3.3 Convênios de praxiterapia**

A praxiterapia era definida como a execução de trabalhos manuais produzidos pelos próprios pacientes por meio de tarefas individuais ou coletivas. Para melhor aproveitamento das atividades e, portanto, maior chance de sucesso terapêutico, é importante que o indivíduo esteja sem sintomas agudos, de maneira que se apresente em estado calmo e com um mínimo de consciência de si e de seu meio ambiente para conseguir interagir com seus pares e seus instrumentos de trabalho. Embora fosse uma terapêutica realizada muitas vezes de maneira coletiva, sobretudo pelo fato de ter como um dos seus objetivos a ressocialização do paciente, sua prescrição era individual. Num ambulatório de saúde mental do SNDM, a orientação era de que, ao passar pela triagem, o paciente obteria uma dada classificação nosológica, e, mesmo se tratando de casos

crônicos, de acordo com suas aptidões, eram indicadas ocupações específicas e, num momento posterior, orientados à praxiterapia<sup>82</sup>.

Diante do ganho de importância dessa terapêutica, em 1956, o SNDM produziu o primeiro convênio que visava à promoção das atividades de praxiterápica nos estados. A justificativa dada pelo então diretor do SNDM, dr. Lysânias Marcelino da Silva, para a formulação de tais acordos, era de que naquele momento tal terapêutica constituía-se num método de tratamento auxiliar consagrado mundialmente, cujos efeitos eram sentidos sensivelmente na readaptação dos pacientes sob tal regime<sup>83</sup>.

Em justificativa orçamentária do SNDM relativa à verba a ser utilizada em atividades praxiterápicas em 1962, o então diretor do órgão, Ronald Leão Castelo, a exemplo do seu predecessor, também ressaltou a terapia ocupacional como um método muito eficaz na recuperação do doente crônico, capaz de ressocializá-lo. Também gerava certa economia para as instituições que a executavam, devido à venda de materiais produzidos pelos internos. Castelo também defendeu que os “*nosocômios*” destinados aos doentes mentais tivessem instalações que pudessem ofertar oficinas de trabalho terapêutico aos seus pacientes, a fim de consolidar “*sua própria cura*” e auxiliar em sua reintegração social, possibilitando o domínio de alguma técnica laboral por parte dos pacientes<sup>84</sup>. Em 1966, observa-se mais uma demonstração da importância dessa terapêutica. Em um documento congênere ao supracitado, argumentou-se que era preciso focar no “*desenvolvimento do importante setor de terapêutica ocupacional (praxiterapia) em todo o país, o que dará resultados da maior relevância socioeconômica*”<sup>85</sup>.

Um documento emitido pelo governo do estado de Minas Gerais, em 1963, ao produzir seu plano de aplicação para receber verbas destinadas à praxiterapia, detalhou as atividades que cada uma de suas instituições oferecia por meio dessa terapêutica. Tal descrição permite-me vislumbrar um panorama dos tipos de atividades praxiterapêuticas que compunham a gama de opções disponíveis a uma equipe psiquiátrica. O Hospital de Psicóticos (feminino), conhecido como Hospital Galba Velloso, ofertava aos seus

---

<sup>82</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 96. Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1961, s/p, 1961.

<sup>83</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 201 / Env. 1792. Ofício nº 1314. p.1, 1956.

<sup>84</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 656 / Env. 5441. *Programa de Aplicação de Dotação Orçamentária*. p. 2, 1962.

<sup>85</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469 / Env. 3515. *Proposta Orçamentária*, s/p, 1966.

internos, pintura, desenho, modelagem de cerâmica e argila, tecelagem, costura e jardinagem. Na área de recreação e esporte, as atividades eram cinema, dança, ginástica rítmica, vôlei, ping-pong e jogos de mesa. Para crianças em estágio crônico, além de todas as atividades supracitadas, também permitiam a criação de pequenos animais, além do uso do *playground* para recreação<sup>86</sup>.

Em outra instituição feminina, o Instituto Raul Soares, a oferta de terapia praxiterápica era muito menor, se comparada com a do Hospital Galba Velloso, pois seus pacientes tinham acesso apenas a trabalhos com pintura, desenho, modelagem, tecelagem e colchoaria<sup>87</sup>. Embora não possa definir qualquer fator causal para a diminuta oferta, ressalto aqui que algumas atividades ligadas à terapia ocupacional demandavam espaço físico para a execução de suas tarefas. A limitação espacial de uma instituição poderia limitar a oferta dessas atividades, o que poderia constituir um fator explicativo para o caso em questão.

Amplamente utilizada como terapia em instituições assistenciais psiquiátricas antes mesmo de 1956, a partir da implantação dos convênios de praxiterapia entre o SNDM e os estados nesse ano, procurou-se sistematizar em escala nacional sua aplicação. Dessa maneira, a praxiterapia ganhou o estatuto de política nacional, mantendo grande influência na formulação das ideias programáticas do setor.

Um exemplo dessa relevância pode ser observado numa proposta infrutífera de criação de um novo regimento para o SNDM, em 1961. Caso tal proposição tivesse obtido êxito, a praxiterapia teria alcançado um lugar de destaque na nova estrutura executiva do órgão, pois seria montada a Seção de Praxiterapia, com sede no Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), no estado da Guanabara, com a missão de uniformizar a orientação na terapia ocupacional e manter uma escola para a formação de pessoal especializado neste tipo de terapia, visando também a padronizar os serviços praxiterápicos em vários hospitais pelo país<sup>88</sup>. Embora tal projeto não tenha seguido adiante, nesse mesmo ano, conforme citado no capítulo 1 da presente tese, foi criada por meio de um decreto, a Seção

---

<sup>86</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 656 / Env. 5441. Plano de aplicação da verba de praxiterapia: restos a pagar 1963, s/p, 1964.

<sup>87</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 656 / Env. 5441. Plano de aplicação da verba de praxiterapia: restos a pagar 1963, s/p, 1964.

<sup>88</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3352. *Proposta do Novo Regimento do SNDM*. s/p, 1961.

de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação (STOR) do SNDM. Ela tinha a mesma funcionalidade e finalidade que sua congênere, fruto da revisão regimental do SNDM de 1961 que não foi efetivada: ampliar a utilização de tais métodos terapêuticos padronizando-os, de maneira a atingir certo grau de excelência que seria estipulado pela direção do SNDM.

Em uma das cláusulas do referido contrato, constava a obrigatoriedade do repasse de 1/3 da verba destinado à aquisição de materiais para os próprios serviços de praxiterapia existentes nos Ambulatórios de Higiene Mental mantidos pelo SNDM nos estados. Os outros 3/4 do montante seriam destinados à aquisição de materiais relativos às atividades de praxiterapia nas unidades de assistência psiquiátrica estaduais (BRAGA, 2013, p. 102).

Desde a sua criação e ao longo de toda a década de 1950, o valor ofertado aos estados por meio dos convênios de praxiterapia manteve-se estagnado em Cr\$ 3.000.000,00 anuais<sup>89</sup>. Durante a década de 1960, como demonstra o quadro 8, esse montante obteve um crescimento significativo, contudo, iniciado ainda timidamente em 1961, com um aumento de 10%, subindo para Cr\$ 3.300.000,00. Se levarmos em consideração os índices inflacionários desde a criação desse subsídio em 1956 até 1961, tais verbas apresentavam uma defasagem histórica de 51,06%, ou seja, o valor ofertado nesse ano deveria ser de Cr\$ 6.129.870,34.

Os dados sobre estes convênios firmados nos anos de 1962 e 1963 são bastante escassos, pois só foi possível obter informações acerca dos valores recebidos por 7 e 9 estados, respectivamente, de um total de 22 unidades federativas. Contudo, mesmo com informações incompletas sobre tais convênios relativos ao ano de 1963, seu quantitativo foi, até aquele momento, o maior da série histórica, pois aumentou significativamente e atingiu a marca dos Cr\$ 12.000.000,00, diminuindo o descompasso com a inflação para - 1,56%. No ano seguinte, pela primeira vez desde a sua criação, os valores começaram a apresentar um crescimento real, portanto, estabelecendo-se acima da inflação. Em 1966, estabeleceu-se o maior crescimento real de sua série histórica, com um total de Cr\$ 90.000.000,00, representando 59,68% acima da inflação.

---

<sup>89</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 560/Env. 4473. *Quadro de Auxílios Concedidos aos Estados nos Exercícios de 1956 a 1964*. s/p, 1964.

**Quadro 9: Recursos para convênios de praxiterapia na década de 1960<sup>90</sup>**

ESTADOS	1961 - Cr\$	1962 - Cr\$	1963 - Cr\$	1964 - Cr\$	1965 - Cr\$	1966 - Cr\$	1967 - NCr\$	1968 - NCr\$
Minas Gerais	200.000,00	-	4.000.000,00	3.000.000,00	3.500.000,00	6.000.000,00	7.000,00	11.000,00
Pernambuco	200.000,00	600.000,00	1.800.000,00	1.800.000,00	3.500.000,00	6.000.000,00	7.000,00	7.000,00
Bahia	200.000,00	-	-	2.000.000,00	3.500.000,00	6.000.000,00	7.000,00	8.000,00
Rio Grande do Sul	200.000,00	-	-	2.000.000,00	3.500.000,00	6.000.000,00	7.000,00	8.000,00
Paraná	200.000,00	-	-	1.800.000,00	3.500.000,00	6.000.000,00	7.000,00	8.000,00
Ceará	-	500.000,00	800.000,00	1.000.000,00	3.000.000,00	6.000.000,00	6.000,00	6.000,00
Rio de Janeiro	100.000,00	-	-	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00	6.000,00	7.000,00
Rio Grande do Norte	200.000,00	500.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	3.000.000,00	4.000.000,00	4.000,00	4.000,00
Paraíba	200.000,00	400.000,00	1.200.000,00	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	4.000,00	5.000,00
Maranhão	200.000,00	450.000,00	800.000,00	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	5.000,00	6.000,00
Alagoas	100.000,00	400.000,00	800.000,00	1.080.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	4.000,00	4.000,00
Piauí	100.000,00	450.000,00	800.000,00	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	5.000,00	4.000,00
Pará	200.000,00	-	1.000.000,00	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	5.000,00	5.000,00
Espírito Santo	100.000,00	-	-	1.000.000,00	2.500.000,00	5.000.000,00	4.000,00	5.000,00
Santa Catarina	100.000,00	-	-	1.000.000,00	3.000.000,00	4.000.000,00	5.000,00	5.000,00
Amazonas	200.000,00	-	-	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	4.000,00	4.000,00
Goias	100.000,00	-	-	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	5.000,00	5.000,00
Sergipe	100.000,00	-	-	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	4.000,00	4.000,00
Mato Grosso	100.000,00	-	-	1.000.000,00	2.500.000,00	4.000.000,00	4.000,00	4.000,00
São Paulo	200.000,00	-	-	2.000.000,00	-	-	-	-
Acre	-	-	-	-	1.500.000,00	-	-	-
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	3.000.000,00	3.300.000,00	12.200.000,00	27.680.000,00	56.000.000,00	90.000.000,00	100.000,00	110.000,00
INFLAÇÃO	25,40%	34,70%	50,10%	78,40%	89,90%	34,20%	39,10%	25,00%
Valor corrigido	6.129.870,34	8.256.935,34	12.393.659,95	22.110.289,35	41.987.439,48	56.363.938,76	78.413,50	98.024,72
Δ (%) valores	-51,06%	-60,03%	-1,56%	25,19%	33,37%	59,68%	27,53%	12,22%

<sup>90</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. Auxílios Concedidos aos Estados da União. s/p, 1961; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais. s/p, 1968; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p, 1970.

Ao final dessa década, nos dois últimos anos em que se obteve informação sobre tais convênios, 1967 e 1968, embora o saldo continuasse positivo, o ritmo de crescimento diminuiu. Com isso, a relação entre os valores ofertados e a taxa de inflação do período, ainda que tenham se mantido positivas, diminuíram, respectivamente, para 27,53% e 12,22% acima da correção inflacionária.

O crescimento das verbas de praxiterapia também pode ser identificado a partir da análise comparativa com os recursos destinados aos demais tipos de convênios. O quadro 9 contém a porcentagem dos valores recebidos pelos estados em cada uma das três verbas disponíveis. Nele é possível observar o aumento na participação dos convênios de praxiterapia no cômputo geral dos convênios firmados durante o período em destaque. Iniciou-se a década de 1960 com 1,90% da participação total dos valores investidos pela União nos convênios, terminado o decênio com a marca de 9,17%. As médias da participação dessas verbas em ambos os períodos também são significativas para mostrar o ganho de importância da praxiterapia, que subiu de 5,49% para 8,14%,

**Quadro 10: Comparativo dos valores destinados aos convênios durante as décadas de 1950 e 1960<sup>91</sup>**

ANO	MANUTENÇÃO	PRAXITERAPIA	OBRAS	ANO	MANUTENÇÃO	PRAXITERAPIA	OBRAS
1953	46,15%		53,85%	1961	12,77%	1,90%	85,34%
1954	37,50%		62,50%	1964	37,25%	10,48%	52,27%
1955	45,87%		54,13%	1965	36,19%	10,45%	53,36%
1956	30,30%	9,09%	60,61%	1966	23,28%	7,76%	68,97%
1957	39,47%	7,89%	52,63%	1967	27,27%	9,09%	63,64%
1958	26,67%	4,00%	69,33%	1968	28,33%	9,17%	62,50%
1959	32,26%	3,23%	64,52%	<b>MÉDIA</b>	<b>27,52%</b>	<b>8,14%</b>	<b>64,35%</b>
1960	48,39%	3,23%	48,39%				
<b>MÉDIA</b>	<b>38,33%</b>	<b>5,49%</b>	<b>58,25%</b>				

<sup>91</sup> Braga, 2013, pp. 100-103; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. Auxílios Concedidos aos Estados da União. s/p, 1961; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais. s/p, 1968; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p, 1970; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. Auxílios Concedidos aos Estados da União. s/p, 1961; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais. s/p, 1968; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p, 1970.

Por um lado, em nenhum documento analisado pela presente pesquisa foi possível encontrar qualquer informação acerca dos critérios de distribuição das verbas de praxiterapia para os estados, impossibilitando a compreensão das razões pelas quais alguns estados receberam mais ou menos verbas em relação aos outros. Por outro lado, ao compararmos o ranking dos estados no tocante a distribuição de verbas relativas aos convênios de manutenção e praxiterapia na década de 1960, é possível observar um padrão de comparação entre os estados em relação ao recebimento de ambas as verbas.

Conforme demonstra o quadro 10, ao comparar o ranking dos estados em relação ao recebimento de verbas nos convênios de manutenção e praxiterapia durante a década de 1960<sup>92</sup>, observei que ocorreu uma forte equivalência nas posições ocupadas pelos estados em ambos os ordenamentos. Entre os anos de 1961 e 1969, é possível identificar que, entre os 10 estados que mais receberam verbas de praxiterapia, 9 deles também foram os que mais receberam verbas de manutenção. Além disso, se nos debruçarmos sobre o posicionamento individual dos estados em ambos os rankings, percebemos que das 21 unidades federativas que receberam ambas as verbas, 17 não oscilaram mais do que 3 posições para cima ou para baixo entre os dois rankeamentos.

Portanto, é possível inferir que, ao longo dessa década, os critérios utilizados para a distribuição das verbas destinadas à praxiterapia, de alguma maneira, seguiram os mesmos critérios dos convênios de manutenção, em que se destacaram elementos mistos, nos quais pesavam tanto as condições socioeconômicas locais, quanto seus respectivos atributos qualitativos assistenciais.

---

<sup>92</sup> Para proceder a esta análise, tendo como referência os anos de 1961 e 1969, foram descartados os dados relativos aos anos de 1962 e 1963, pois, como dito anteriormente, os dados sobre os convênios relativos a esses dois anos estão incompletos. Com o risco de contaminar esta análise ao fornecer dados imprecisos, preferi retirá-los do quadro 9.

**Quadro 11: Ranqueamento dos estados no recebimento de verbas nos convênios de manutenção e praxiterapia (década de 1960) <sup>93</sup>**

ESTADOS	Praxiterapia	Manutenção
Minas Gerais	1º	1º
Bahia	2º	3º
Rio Grande do Sul	3º	2º
Paraná	4º	5º
Pernambuco	5º	4º
Rio de Janeiro	6º	6º
Ceará	7º	8º
Espírito Santo	8º	18º
Rio Grande do Norte	9º	10º
Santa Catarina	10º	9º
Maranhão	11º	7º
Pará	12º	12º
Paraíba	13º	13º
Amazonas	14º	19º
Alagoas	15º	15º
Goiás	16º	11º
Piauí	17º	14º
Sergipe	18º	17º
Mato Grosso	19º	16º
São Paulo	20º	20º
Acre	21º	22º

A praxiterapia foi a única linha terapêutica ofertado pelo SNDM que se tornou uma política pública de âmbito nacional para a área psiquiátrica, sendo promovida por meio da realização de convênios com os estados. Sendo ela a terapêutica escolhida para acompanhar as políticas de expansão dos leitos psiquiátricos, política basilar que esteve na gênese do SNDM, podemos compreender sua importância estratégica para o conjunto dos formuladores de políticas públicas psiquiátricas do período. A criação de uma Seção de Terapia Ocupacional e de Reabilitação (STOR), diretamente subordinado ao SNDM, que objetivava a expansão e padronização qualitativa de sua utilização também em caráter

<sup>93</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. Auxílios Concedidos aos Estados da União. s/p, 1961; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605. Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais. s/p, 1968; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p, 1970.

nacional confirma a importância concedida à praxiterapia pelos gestores de políticas públicas da área psiquiátrica, aqueles que faziam executar a destinação de recursos.

Portanto, a importância terapêutica reconhecida a ponto de se tornar a única que se transformara em política pública de âmbito nacional, regularmente executada pelo modelo dos convênios entre União e estados<sup>94</sup>, além de ter órgão central ligado diretamente ao SNDM, constituía-se em exemplos únicos no cômputo geral das terapias psiquiátricas: até fins da década de 1960, nenhum outro tipo de tratamento recebeu tanto investimento financeiro e político para sua execução. Em concordância a isto, cito o aumento significativo das verbas destinadas aos estados para a realização desses convênios ao longo da década de 1960. A maior oferta de verbas para essa finalidade corrobora a ideia de valorização política, principalmente pelo fato de que grande parte do decênio em questão foi acompanhado por uma crise econômica, conforme já ressaltado, e que, nesse mesmo período, os outros dois convênios existentes até então apresentaram forte oscilação nos valores recebidos, ao contrário da praxiterapia, que manteve uma certa regularidade de investimentos a ela dedicados.

### **3.4. Os ambulatórios de saúde mental**

Utilizados como instrumento de políticas públicas assistenciais psiquiátricas pelo SNDM, desde os primeiros anos de sua atuação como um órgão de caráter nacional, os ambulatórios de higiene mental, por determinação do SNDM, em 1962, passaram a ser denominados de ambulatórios de saúde mental. Mudança exclusivamente nominal, pois “*estaria de acordo com os conceitos modernos da psiquiatria*” daquele período<sup>95</sup>. Não há qualquer evidência de que sua estrutura funcional tenha sofrido qualquer alteração nesse momento. A substituição nominal tão pouco representou qualquer mudança conceitual, pois eram instituições que, desde as suas primeiras fundações, e mesmo depois da referida alteração nominal, estiveram ligadas a uma lógica de atendimento complementar aos hospitais psiquiátricos, ao invés de substitutiva. Portanto, continuavam a cumprir seu papel histórico, desde a década de 1950, tanto de gerenciar a demanda dos

---

<sup>94</sup> Embora a distribuição de medicamentos psiquiátricos fosse fruto de investimentos financeiros por parte do SNDM, trabalho realizado em conjunto com a Central de Medicamentos (CEME), além das poucas fontes encontradas a respeito de tal terapêutica, não foi fruto de políticas regulares no modelo de convênios, tampouco tinha um setor específico que administrasse apenas a sua execução.

<sup>95</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3679. *Relatório de Atividades do AHM da PB, Dra. Maria de Lourdes Britto Pessoa*. p. 2, 1963.

serviços psiquiátricos, na realização da triagem, quanto no atendimento a uma clientela que apresentava transtornos mentais menos graves ou de egressos de instituições psiquiátricas asilares.

Os ambulatórios constituíam-se na tradução da preocupação com a profilaxia e com a higiene mental, presente no momento de criação do SNDM, em 1941. Transformaram-se em um dos pilares de atuação nacional do órgão federal, a exemplo dos convênios analisados anteriormente. Nos anos 60, contudo a atuação ambulatorial seria pautada pelos três modelos de prevenção discutidos no capítulo 1. A prevenção primária, ao buscar atacar a doença antes de sua manifestação, traçou como estratégia a divulgação de informações de cunho preventivo. A prevenção secundária, ao buscar o tratamento das doenças em estágios ainda incipientes, também se pautava pela estratégia de divulgação desses mesmos tipos de informações, porém, desta vez, com alvos mais específicos, como a família do paciente, que, em alguns casos, era a fonte do próprio distúrbio emocional do indivíduo. Por fim, a prevenção terciária, em que a reinserção social do indivíduo com transtornos mentais graves – mas sem serem crônicos – tinha como condição “*sine qua non*” a obtenção de meios de sobrevivência material e emocional fora do ambiente médico, apresentava-se como objetivo central para o sucesso de seu tratamento; e para essa função destacavam-se os profissionais de serviço social.

Ressalto aqui que os modelos preventivos expostos acima não representam significativas mudanças no trabalho cotidiano dos ambulatórios. A prevenção primária sempre foi buscada pelos profissionais destas instituições, embora sem êxito. A prevenção secundária é a marca central da atuação destas instituições, como agir nos casos ainda incipientes e, em caso de agravamento, encaminhar o paciente a um unidade hospitalar. Com as novas orientações implementadas principalmente a partir dos anos 1960, esses ambulatórios passam a se debruçar mais fortemente nos atendimentos de casos mais graves, evitando a internação. Portanto, todas essas atividades já eram realizadas nestas instituições, de maneira que a mudança ocorrida no início da década de 1960 representara uma nova guinada nas diretrizes seguidas por tais unidades, a partir das mesmas práticas já executadas em momentos anteriores.

Além das funções preventivas e terapêuticas supracitadas, esses ambulatórios também atendiam indivíduos enviados por outros serviços das Secretarias de Saúde locais. Eram compostos predominantemente de quadros do funcionalismo público lotados

em órgãos das três esferas federativas de poder, federal, estadual e municipal, além do poder judiciário e de instituições privadas<sup>96</sup>.

Conforme salientado anteriormente, grande parte da inteligência da psiquiatria brasileira defendia a realização de esforços no sentido de priorizar o tratamento ambulatorial em detrimento do hospitalar, o que, na prática, evidenciava a necessidade de buscar meios visando à diminuição dos quadros agudos em termos quantitativos e qualitativos. Nesse sentido, os medicamentos tornaram-se cada vez mais uma peça chave dentro desse processo, pois constituíam-se numa terapêutica que apresentava certa eficácia e rapidez na mudança de quadro do paciente. Dessa forma, por meio dos ambulatórios do SNDM, também eram distribuídos medicamentos aos estados da federação<sup>97</sup>, conforme podemos observar no quadro 11.

Além disso, podemos identificar quais eram esses medicamentos e em que metodologia terapêutica eram utilizados, como demonstra o quadro 12. Percebemos que, em relação aos tratamentos realizados nos vários ambulatórios do SNDM, as injeções predominavam no conjunto de terapêuticas ofertadas por esses órgãos, seguidos por Cardiazol e as sessões de eletrochoque. Dessa forma, fica demonstrada a importância dos psicofármacos na condução da assistência prestada em nível ambulatorial. As injeções, por exemplo, eram usadas, em média, em 38% dos atendimentos nos ambulatórios federais nos estados. Em casos mais extremos, como dos estados do Mato Grosso, Bahia, Alagoas, Santa Catarina e Goiás, essas medicações foram utilizadas em mais de 50% das consultas realizadas.

---

<sup>96</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados do Maranhão e Piauí*. s/p, 1961

<sup>97</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 416 / Env. 3097. *Relatório TCU – CNSM – 18.769/1974*. s/p, 1974.

**Quadro 12: Recursos gastos com medicamentos enviados aos Ambulatórios de Saúde Mental no Brasil (1969)**

<b>Estados</b>	<b>NCr\$</b>
CPPII – GB	168.555,08
São Francisco de Assis – GB	28.449,05
Gafree Guinle – GB	24.615,81
Salvador – BA	21.685,28
Niterói – RJ	15.846,52
Campo Grande - MT	15.343,88
Goiânia - GO	15.235,43
CJM – GB	14.507,52
Miguel Couto - GB	12.812,82
Vitória – ES	9.177,65
São Luiz – MA	8.575,22
João Pessoa - PB	6.788,55
Natal – RN	7.592,29
Porto Alegre - RS	7.585,30
Fortaleza - CE	7.570,90
Recife – PE	7.518,73
Curitiba – PR	7.443,15
Belo Horizonte – MG	7.429,12
Brasília – DF	6.970,12
Terezina – PI	6.538,72
Rio Branco – AC	4.492,54
Posto Médico do Ministério do Trabalho	139,86
Hospital Pinel – GB	25
Petrópolis – RJ	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>404.911,04</b>

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Relatório Referente à Manutenção dos Ambulatórios de Saúde Mental Todo o Brasil, Através da Distribuição de Produtos Químico-Farmacêuticos.* s/p, 1969.

**Quadro 13: Terapêuticas usadas nos Ambulatórios de Saúde Mental em todo o Brasil - 1965**

	Eletrochoque	cardiazol	insulina	injeções	diversos	TOTAL
TOTAL	14.095	411	6.571	57.900	97.271	176.248
Guanabara	3.718	6	2	3.847	97	7.670
	48,47%	0,08%	0,03%	50,16%	1,26%	100,00%
Mato Grosso	2.338	4	97	5.303	95	7.837
	29,83%	0,05%	1,24%	67,67%	1,21%	100,00%
São Paulo	1.718	-	10	819	6	2.553
	67,29%	0,00%	0,39%	32,08%	0,24%	100,00%
Pernambuco	1.593	-	1.913	2.070	1.746	7.322
	21,76%	-	26,13%	28,27%	23,85%	100,00%
Piauí	1.444	-	2.033	2.013	-	5.490
	26,30%	0,00%	37,03%	36,67%	0,00%	100,00%
Rio de Janeiro	924	3	1.406	3.368	1.514	7.215
	12,81%	0,04%	19,49%	46,68%	20,98%	100,00%
Bahia	623	4	-	8.227	1.561	10.415
	5,98%	0,04%	0,00%	78,99%	14,99%	100,00%
Ceará	381	-	-	6.696	35.131	42.208
	0,90%	0,00%	0,00%	15,86%	83,23%	100,00%
Amazonas	305	358	-	1.473	1.015	3.151
	9,68%	11,36%	0,00%	46,75%	32,21%	100,00%
Paraná	264	-	8	3.005	22.757	26.034
	1,01%	0,00%	0,03%	11,54%	87,41%	100,00%
Pará	263	-	18	1.031	20.091	21.403
	1,23%	0,00%	0,08%	4,82%	93,87%	100,00%
Maranhão	91	3	117	1.383	3.193	4.787
	1,90%	0,06%	2,44%	28,89%	66,70%	100,00%
Alagoas	70	12	-	4.846	285	5.213
	1,34%	0,23%	0,00%	92,96%	5,47%	100,00%
Santa Catarina	52	-	-	3.158	-	3.210
	1,62%	0,00%	0,00%	98,38%	0,00%	100,00%
Rio Grande do S.	48	1	-	314	4.721	5.084
	0,94%	0,02%	0,00%	6,18%	92,86%	100,00%
Espírito Santo	48	-	-	196	1.154	1.398
	3,43%	0,00%	0,00%	14,02%	82,55%	100,00%
Minas Gerais	34	-	-	142	648	824
	4,13%	0,00%	0,00%	17,23%	78,64%	100,00%
Goiás	26	-	33	6.533	63	6.655
	0,39%	0,00%	0,50%	98,17%	0,95%	100,00%
Paraíba	10	20	934	1.851	1.399	4.214
	0,24%	0,47%	22,16%	43,93%	33,20%	100,00%
MÉDIA GERAL	8,00%	0,23%	3,73%	32,85%	55,19%	100,00%

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx 429 / Env. 3181. Relatório de Atividades da S.C de 1965. s/p, 1965.

Embora tenha sido um forte defensor do modelo institucional dos ambulatórios, Aduino Botelho (1955, pp. 17-18), logo em seu primeiro ano fora da gestão do SNDM, em 1955, reconheceu que, enquanto esteve à frente do órgão, ocorreram muitos obstáculos para a implantação de uma política nacional com ênfase na prevenção e na diminuição do peso do hospital na assistência psiquiátrica. Um dos principais entraves era a necessidade de expansão dos ambulatórios pelo Brasil. Segundo ele, naquele momento eram necessários mais 100 ambulatórios psiquiátricos em todo o território nacional, o que indicava o acréscimo de mais 100 psiquiatras aos 2.520 existentes até então. Botelho estimava também a necessidade de mais 100 médicos especialistas para o ensino em escolas médicas do país.

A relevância deste modelo institucional desde a criação do SNDM pode ser retratada em números. Num primeiro momento, durante a gestão de Aduino Botelho (1941-1954), foram criados 16 ambulatórios subordinados ao SNDM que, no final deste período, realizavam 72.806 atendimentos<sup>98</sup>. Ao longo do governo JK (1956-1961), mais seis foram montados, somando ao todo 22<sup>99</sup>, com mais 3 à espera de inauguração – os de Belém do Pará, Recife e Olinda – que seriam colocados para funcionar em salas cedidas pelos respectivos governos estaduais. Nesse momento, o número de atendimentos quase duplicou, chegando a 130.049 anuais (BRAGA, 2013, p. 108).

Portanto, a década de 1960 inicia-se dentro desse contexto de expansão dos serviços ambulatoriais psiquiátricos. Os gestores estaduais da área da saúde ressaltavam seus desejos em ampliar sua capacidade assistencial com tais instituições. Em inúmeros relatórios ou programas de trabalho do SNDM e seus órgãos internos, eram formulados pedidos ou projetos de novas instalações de ambulatórios ou a ampliação das atividades dos já existentes. No estado do Rio de Janeiro defendeu-se:

Dar maior amplitude às atividades do ambulatório de higiene mental de Niterói, proporcionando-lhe recursos em remédios e equipamentos... Instalar e pôr em funcionamento novos ambulatórios em: Caxias, São Gonçalo, Volta Redonda, Petrópolis, Nova Iguaçu, Rio Bonito, Macaé, Itaperuna e Três rios, desde que possa-se contar com o apoio do Estado ou do Município.<sup>100</sup>

No Piauí desejava-se:

<sup>98</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 566/Env.4530. *Relatório do SNDM*. p.22, 1956.

<sup>99</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx567/4535. *Relatório da Seção de Cooperação: Volume I*. p.3, 1960.

<sup>100</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Guanabara*. s/p, 1961.

Instalar o ambulatório de higiene mental em local no centro da cidade ou em bairro populoso, mais acessível que a localidade atual; aproveitar as instalações existentes no hospital para pôr em funcionamento um ambulatório de Higiene Mental do estado para triagem<sup>101</sup>.

No Mato Grosso, pedia-se para “manter o ambulatório em Cuiabá...instalar um ambulatório de higiene mental em cidade do interior, de acordo com os índices de incidência de doenças mentais”<sup>102</sup>.

Em Pernambuco, pedia-se para instalar dois, um em Recife e o outro em Olinda. O mesmo ocorreu na Paraíba, em que foi pedido ao SNDM:

[...] manter os ambulatórios de higiene mental de João Pessoa e Campina Grande; Promover ampliação das salas de tratamento do prédio do ambulatório de higiene mental de João Pessoa, cujo movimento crescia naquele momento; Apressar a conclusão das obras do ambulatório de higiene mental de Campina Grande, com recursos de convênios anteriores, a serem pagos pelo Ministério da Fazenda e contemplados com recursos do corrente<sup>103</sup>.

Os ambulatórios de Saúde Mental do SNDM nos estados eram comandados por um inspetor psiquiátrico, um funcionário público federal diretamente subordinado ao SNDM, com funções que apresentavam características que fundiam gestão e fiscalização num só cargo. Como fiscais, eram os responsáveis pelo exame da assistência prestada nos hospitais e pela execução dos convênios entre a União e o governo estadual de sua respectiva região (FABRÍCIO, 2009, p.96). Podiam exercer até cinco atividades concomitantes, como ocorreu com o inspetor do estado do Amazonas, em 1962: médico do serviço de assistência a psicopatas do estado; integrante da Comissão de Entorpecentes; responsável pelo Ambulatório local; por fim, psiquiatra do hospital estadual Eduardo Ribeiro<sup>104</sup>. No ano seguinte, o inspetor do Amazonas incorporou mais uma função: membro da Junta Médica Federal no estado<sup>105</sup>.

Na maioria dos casos, uma equipe de um ambulatório era composta por uma quantidade pequena de trabalhadores. Por exemplo, no ambulatório de Manaus, em 1961,

<sup>101</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de Maranhão e Piauí*. s/p, 1961.

<sup>102</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, em MT, GO, DF e nos Territórios do Acre e Rondônia*. p. 8, 1961.

<sup>103</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, na Paraíba e em Pernambuco*. p. 7, 1961.

<sup>104</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 96. *Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1961*. s/p, 1961.

<sup>105</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 96. *Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1962*. s/p, 1962.

a equipe do AHM era formada por 1 médico psiquiatra (inspetor psiquiátrico), 1 auxiliar de enfermagem, 1 atendente e 2 auxiliares de ambulatório<sup>106</sup>. No ano seguinte, eram apenas 3: o médico psiquiatra e mais 2 funcionários, um cedido pelo estado e o outro um auxiliar de ambulatório efetivo do SNDM, ambos atuando na aplicação de injeção aos egressos e na intimação dos pacientes faltosos<sup>107</sup>. Esse quadro permaneceu intacto no ano seguinte<sup>108</sup>.

Nesse mesmo ano, no estado do Maranhão, a equipe era pouco numerosa, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 1 servente<sup>109</sup>. Em outros lugares, o número era ainda menor, como no caso do ambulatório de Ribeirão Preto, em São Paulo, administrado pelo governo estadual e não pelo SNDM. Este órgão funcionava na Santa Casa local e contava com 2 funcionários. Segundo um relatório de inspeção feito pelo SNDM, este ambulatório estadual não conseguiria cumprir seus objetivos, pois sua sede estava localizada em uma sala pequena, cedida. Os 2 médicos do Departamento de Assistência ao Psicopata<sup>110</sup> do estado de São Paulo só podiam permanecer no ambulatório pelo prazo de 1 a 2 horas, devido a mesma sala ser ocupada por um ambulatório de clínicas médicas. Por esse motivo, realizavam apenas as consultas, já que as instalações sanitárias eram deficientes demais para as outras funções. Com isso, os casos diagnosticados com necessidade de tratamento eram encaminhados para o Ambulatório de Perdizes<sup>111</sup>.

Neste ambulatório do bairro de Perdizes, na cidade de São Paulo, as condições de trabalho foram descritas como mais adequadas. Lá trabalhavam 7 médicos, 2 estagiários, 36 funcionários, além do médico chefe. Classificado como o melhor do estado, contava com sala de espera, admissão, triagem, consultórios, arquivos, serviço social, farmácia, seções de eletrochoque, insulinoaterapia e psicoterapia<sup>112</sup>.

De maneira geral os ambulatórios do SNDM nos estados reuniam funcionários públicos estaduais e federais. Em certas ocasiões, apenas o inspetor psiquiátrico era

---

<sup>106</sup> *Ibidem.*

<sup>107</sup> *Ibidem.*

<sup>108</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 96. *Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1963.* s/p, 1963.

<sup>109</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de Maranhão e Piauí.* s/p, 1961.

<sup>110</sup> Órgão subordinado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

<sup>111</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatórios diversos.* s/p, 1962.

<sup>112</sup> *Ibidem.*

funcionário federal, e todos os outros eram ligados ao governo estadual, como no caso do ambulatório de Sergipe, em 1961<sup>113</sup>, ou como no caso do ambulatório do SNDM de Curitiba, que, em 1969, possuía 3 servidores federais – entre eles o próprio inspetor psiquiátrico, o Dr. Arnaldo Gilberti, e mais 2 atendentes – e 9 funcionários estaduais, sendo 4 médicos, 2 acadêmicos e 3 serventes<sup>114</sup>.

Em relatório anual do então chefe da Seção de Cooperação, Antonio Franklin Leal, ao diretor do SNDM em 1965, Jurandir Manfredini, o psiquiatra reclamava da falta de pessoal nos ambulatórios para executar suas tarefas regimentais, tais como o tratamento ambulatorial aos enfermos, a triagem dos pacientes que necessitavam de internação, a assistência aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas e a difusão de normas fundamentais de saúde mental no decurso do tratamento. Na maioria dos ambulatórios, as tarefas eram executadas com o número mínimo de profissionais: 1 psiquiatra e 1 auxiliar de enfermagem. Muito aquém do mínimo necessário: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 assistente social e 2 auxiliares de enfermagem<sup>115</sup>.

O relatório de viagem de inspeção feita pelo Nordeste no ano de 1964, quando foram visitados 9 ambulatórios do SNDM, além de outras instituições psiquiátricas estaduais, retrata a escassez material e de pessoal dos ambulatórios federais nesses estados. Chegou-se à conclusão que, de maneira geral, todos os ambulatórios federais estavam funcionando com ajuda das autoridades estaduais, as quais cediam seu próprio pessoal ou suas instalações físicas, por compreenderem a utilidade do trabalho realizado nessas instituições pela economia que proporcionavam aos hospitais, ao evitar uma demanda ainda maior de internações<sup>116</sup>.

A constatação da ajuda estadual aos ambulatórios federais nos estados demonstra que havia dificuldades na gestão dessas instituições. Se comparada à qualidade da assistência prestada nesses órgãos, em relação aos seus congêneres ligados ao sistema previdenciário, a diferença era bastante significativa. Contudo nem sempre o auxílio-

---

<sup>113</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de Maranhão e Piauí*. s/p, 1961.

<sup>114</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 148 / Env. 1587 – 7006/7015. *Relatório do Ambulatório de Saúde Mental de Curitiba*. 1969.p.1, 1969.

<sup>115</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429 / Env. 3181. *Relatório de Atividades da S.C Relativas ao ano de 1965*. p. 2, 1965.

<sup>116</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatório Diversos: 1955-1973*. p.1, 1964.

doença<sup>117</sup> deferido pelo Instituto de Previdência era suficiente para que o segurado pudesse manter seu tratamento nas instituições previdenciárias de saúde. Dessa forma, essas pessoas procuravam o ambulatório de saúde mental do SNDM mais próximo que lhe ofereciam consultas e terapias gratuitas. Com isso, em alguns ambulatórios, sobretudo naqueles localizados em bairros que concentravam um grande número de trabalhadores assalariados, ocorria um aumento na demanda. Essa situação era especialmente trágica, pois eram instituições que já trabalhavam no limite das suas condições estruturais e humanas. Este foi o caso do Ambulatório Mario Leal, em Salvador, instalado exatamente próximo ao conjunto residencial do IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários). Ele recebeu um grande fluxo de demanda dos moradores deste condomínio, que, embora possuísem direitos previdenciários pelo motivo supracitado, passaram a depender desse ambulatório. Contudo, diante das dificuldades assistenciais desses órgãos, os pacientes ficavam sem atendimento adequado e sem medicação. Os mesmos fatos foram encontrados nos hospitais estaduais não previdenciários de Aracajú, Maceió, João Pessoa e Natal.<sup>118</sup>

Relações acerca das condições assistências de tais ambulatórios não eram novidade. Ao longo do governo JK, foram realizados inúmeros relatos de suas más condições de trabalho (BRAGA, 2013, pp. 106-107). Tais descrições negativas permaneceram ao longo do período estudado pela presente tese. Nesse sentido, destaco nesse momento alguns relatos que expressam as condições deletérias pelas quais alguns ambulatórios do SNDM estavam submetidos. No Piauí, o inspetor psiquiátrico ressaltou em 1961, que “o ambulatório de higiene mental funciona no porão do hospital e não preenche suas finalidades por falta de aparelhagem, de pessoal habilitado e por estar mal localizado. Isso concorre para a superlotação do único hospital”<sup>119</sup>. No mesmo ano, na Paraíba, os relatos afirmavam que se mantiveram os mesmos problemas dos anos anteriores: falta de meios para pintura e ampliação do prédio; inexistência de verbas, obrigando que o ambulatório se sustentasse às custas de favores de outras instituições,

---

<sup>117</sup> O auxílio-doença era um benefício mensal que segurados do INPS recebiam quando estavam de licença médica.

<sup>118</sup> *Ibidem*.

<sup>119</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, no Piauí*. s/p, 1961.

além de, em alguns momentos, não receberem verba nenhuma, como ocorrido no referido ano, “*mais de uma vez*”<sup>120</sup>.

Em Aracaju, um dos dois atendentes, Sr. Cícero de Menezes, ficou sem receber seu salário por mais de 8 meses. Em Natal, a instalação elétrica do prédio não funcionava e, assim como os outros ambulatorios, ressentia-se da falta de medicamentos, materiais administrativos e de enfermagem, além da falta de um aparelho de eletrochoque<sup>121</sup>. Em 1965, devido à precariedade da estrutura física do ambulatório de Juiz de Fora, o prédio desabou<sup>122</sup>.

A baixa qualidade dos serviços prestados nesses ambulatorios produzia um efeito cascata, no entanto, conforme já destacado anteriormente, eles eram peças importantes na engrenagem do desenho institucional da assistências psiquiátrica brasileira, trabalhavam inseridos num sistema de rede conectado com outras instituições que possuíam características, objetivos e atividades diversas, mesmo que congêneres, como era o caso dos hospitais. Os ambulatorios eram a porta de entrada do indivíduo que buscava ajuda médica-profissional para suas demandas psíquicas. O caso de mal funcionamento dos serviços de triagem, por exemplo, concorreria para a sobrecarga dos hospitais que, em consequência da superlotação, colocaria em risco a qualidade da assistência prestada. Não apenas a triagem, mas qualquer tratamento ambulatorial não adequado, poderia acarretar em agudização do quadro clínico dos seus pacientes, levando a uma inevitável internação. Nesse caso, seria absolutamente desnecessário se a assistência prestada respondesse a critérios aceitáveis de qualidade.

No estado de Alagoas, a partir da inspeção feita no Hospital Colônia Portugal Ramalho, realizada na companhia do próprio diretor da instituição, Dr. Humberto Gomes de Melo, podemos identificar o quadro assistencial em que alguns hospitais apresentavam à sua comunidade. No relatório produzido a partir dessa visita do SNDM à instituição, chegou-se a seguinte conclusão: “Nunca vi coisa mais sórdida e repelente. É possível que os campos de concentração nazistas fossem mais confortáveis”. Muitos pacientes viviam trancafiados, na maior do dia, em celas imundas e nauseantes. “Lá comem, dormem e

---

<sup>120</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 149 / Env. 1589. *Relatório Anual de 1961 – João Pessoa/PB*. s/p, 1961.

<sup>121</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatório Diversos: 1955-1973*. p.1, 1964.

<sup>122</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 429 / Env. 3181. *Relatório de atividades da s.c relativas ao ano de 1965*. p. 6, 1965.

fazem suas necessidades fisiológicas”. Sofriam com a falta de segurança do edifício, de pessoal de vigilância, de médicos, de enfermeiros e medicamentos. A comida era deficiente, o “dito” hospital gastava com seus internos, per capita e por dia, o valor de NCr\$ 0,86. A refeição era feita em latas de óleo ou creolina, por não haver mais pratos disponíveis. À noite, muitas dependências ficavam no escuro devido aos problemas na rede elétrica. Dos 260 internos, apenas 160 dormiam em camas. Nesse mesmo documento, também foi relatada a falta de medicamentos no ambulatório do SNDM, como um dos pontos identificados como mais urgentes de serem resolvidos<sup>123</sup>.

Com base no caso supracitado, não é possível fazer qualquer referência de causalidade entre as condições assistenciais do ambulatório e do hospital em questão. Contudo não é irrelevante o fato de que, embora em ambas as instituições as condições de tratamento estivessem prejudicadas, a falta de medicamentos nos ambulatórios inviabilizaria qualquer controle sobre a demanda de internações direcionadas para o hospital local. Portanto, mesmo que fosse possível uma solução para o quadro assistencial descrito acima, sem a regulação da chegada de novos pacientes ou de seus egressos, tarefa de responsabilidade dos ambulatórios, a permanência da superlotação minaria qualquer esforço de melhoria da assistência prestada pelo hospital.

Depois da década de 1960 apresentar um aumento na quantidade de atendimentos realizados pelos ambulatórios do SNDM em todo o país, na década seguinte tais números passam a apresentar um viés de queda. Embora não tenha sido localizado nenhum documento em que explicitamente fosse feita qualquer referência aos fatores causais da diminuição de tais números, é possível inferir que os tipos de problemas relatados acima podem ter afetado de alguma maneira a capacidade de atendimento desses ambulatórios. Em 1970, existiam, em todo o Brasil, 192 ambulatórios, dos quais 37 estavam subordinados à DINSAM, 35 aos governos estaduais, 54 a particulares e os 66 restantes não se sabe sua origem<sup>124</sup>. Se nos referenciarmos apenas pelos ambulatórios da DISNAM, no referido ano, o número de pessoas atendidas atingiu a marca de 168.152 pessoas, correspondendo a 38.103 atendimentos a mais do que os realizados no ano de 1960. A

---

<sup>123</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 193 / 1748. Relatório do Dr. José Simplicio da Rocha Filho, sobre as Inspeções no Estado de Alagoas. pp. 1-2, 1968.

<sup>124</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156 / Env. 1612. *Movimento Ambulatorial no Brasil: 1969/1970/1971*. s/p, 1971.

partir de 1971, esse número caiu para 163.999 atendimentos e, no ano seguinte, acentuou ainda mais a sua queda, com um total de 148.048 atendimentos<sup>125</sup>. Embora ainda apresentasse números superiores em relação ao patamar alcançado em 1960, se levarmos em consideração apenas os dois primeiros anos da década de 1970, obtemos uma queda superior aos 10%.

Contudo esse fenômeno não ocorreu apenas nos ambulatórios da DINSAM. Em 1972, o número de atendimentos em todos os ambulatórios do Brasil também caiu. Se, em 1971, a quantidade foi de 844.072 atendimentos, no ano seguinte esse quantitativo despencou para a marca de 624.246, uma redução de 26%<sup>126</sup>. Dessa maneira, é importante destacar que se comparados os dados referentes aos ambulatórios exclusivos da DINSAM com os das demais instituições congêneres, independentemente de sua natureza pública ou privada, a queda na quantidade de atendimentos nos ambulatórios da DINSAM foi de 15.951. Nas demais instituições, a redução dos números foi mais acentuada, chegando a 203.815 atendimentos a menos. Isso pode significar que, para além das condições deletérias dos ambulatórios da DINSAM expostas acima, outros fatores também devem ser levados em conta. Com as instituições apresentando quadros distintos em relação à qualidade de sua assistência, a identificação do padrão qualitativo dos ambulatórios da DINSAM não necessariamente representaria o padrão hegemônico de qualidade no país, tendo em vista que as instituições previdenciárias e particulares, ao menos teoricamente, tendiam a ter serviços de maior qualidade, pois eram remuneradas para executar tais funções.

É interessante notar que, desde a criação do SNDM em 1941, até a década de 1970, de uma certa forma predominou um discurso com certo grau de inconformismo em relação à percepção da má qualidade dos serviços públicos psiquiátricos. Dessa maneira, destaca-se a permanência das ideias reformistas para a assistência psiquiátrica pública profissional. Buscavam-se frequentemente medidas com a capacidade de atuação em abrangência nacional, tal como os convênios para obras, manutenção e praxiterapia, além da expansão do número de ambulatórios de saúde mental. A partir de 1967, a Campanha Nacional de Saúde Mental passa a ter um peso institucional significativo dentro da

---

<sup>125</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 282 / Env. 2070. Relatório da UP – vol. 1. s/p, 1972.

<sup>126</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156 / Env. 1612. *Movimento Ambulatorial no Brasil: 1969/1970/1971*. s/p, 1971.

assistência psiquiátrica do Brasil, inclusive, substituindo os três tipos de convênios anteriormente firmados com os estados.

### **3.5 A Campanha Nacional de Saúde Mental e seus convênios**

Nos últimos anos da década de 1960, após duas décadas de formulações de convênios entre a União e os estados, para construção, manutenção dos hospitais e fomento à praxiterapia, o SNDM firmava um novo tipo de convênio por intermédio da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM). Como analisado no primeiro capítulo desta tese, a Campanha foi implantada em 1967, a partir da lei nº 5026, de 14 de junho de 1966, e tinha como objetivo, entre outras coisas, melhorar a assistência psiquiátrica brasileira enfrentando o déficit hospitalar por meio do aumento do número de leitos em pronto-socorro psiquiátrico, em hospitais destinados aos casos agudos, crônicos, geriátricos, infantis, e instituições médicas judiciárias que recebessem delinquentes psicopatas. Além disso, era responsável pelo planejamento e pela distribuição dos ambulatórios de saúde mental por todo o Brasil. Funcionando com sede própria no estado da Guanabara, desde julho de 1967, a CNSM tinha uma vida administrativa autônoma em relação ao SNDM. Num primeiro momento, o órgão possuía os seguintes setores internos: contabilidade, pessoal, convênios de hospitalização, material e comprovação de despesas.

Nessa fase inicial, a Campanha passava então a ser responsável pela administração de um novo tipo de acordo, o qual envolvia os hospitais do SNDM no estado da Guanabara, recebendo quantias financeiras referentes à cessão de alguns dos seus leitos – em especial os localizados no Centro Psiquiátrico Nacional, (posteriormente denominado Centro Psiquiátrico Pedro II) – a entidades públicas ou privadas que demandavam tais serviços para seus segurados. O pagamento pelo leito psiquiátrico era repassado ao SNDM. Entre essas instituições estavam, por exemplo, o Corpo de Bombeiro Militar do Estado da Guanabara, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Marítimos (IAPM)<sup>127</sup>. Tais acordos já vinham sendo formalizados desde a década de 1950, entre o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC) e o então CPN (BRAGA, 2013, p.

---

<sup>127</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 341 / Env. 2354. Relatório do Movimento Administrativo e Financeiro da CNSM / 1º semestre de 1968. p. 4, 1968.

120). Contudo, na década de 1960 esses acordos foram institucionalizados em um novo modelo, objetivando financiar a assistência pública para a área psiquiátrica.

Ainda no seu primeiro ano de exercício, a CNSM esperava expandir essas suas atividades do plano local – estado da Guanabara – para o plano nacional, fato que ocorreu efetivamente em 1968, com a elaboração de sua primeira tabela de dotação orçamentária destinada à formulação de convênios com as unidades da federação. Diante das novas demandas daí decorrentes, relativas à organização da assistência em todo o território nacional, foi criada uma nova repartição interna da Campanha denominada Seção de Arquitetura e Engenharia e Auxílios aos Estados<sup>128</sup>.

Na perspectiva de uma atuação nacional, também foi considerado importante que a CNSM tivesse um setor destinado à ajuda financeira aos estados, no intuito de dar maior agilidade aos processos relativos aos acordos realizados com instituições públicas, privadas e mistas com o SNDM da Guanabara. Por intermédio da ordem de serviço 1/69, criou-se então, na Divisão Administrativa da CNSM, o Subsetor de Auxílios aos Estados (SSAE). Esse subsetor, entretanto, deveria atuar em conjunto com o Setor de Auxílios aos Estados da Seção de Cooperação na sede do SNDM<sup>129</sup>, que tinha como incumbência também a coleta de dados para o estudo e elaboração de planos de distribuição aos estados de dotações orçamentárias ou extra-orçamentárias. No ano de 1969, foram realizados planos de distribuições orçamentárias globais do SNDM, destinados ao desenvolvimento dos serviços de praxiterapia, manutenção e obras em estabelecimentos psiquiátricos. Mesmo com a criação da CNSM, em 1968, o SNDM continuou sendo o responsável por atender a este tipo de função, porém, a partir de então, isso era feito através da CNSM<sup>130</sup>.

Nos seus primeiros anos de existência, a atuação da CNSM confundia-se com a do próprio SNDM/DINSAM. Mesmo com a aprovação do regimento da DINSAM pela portaria nº 282 de 23/09/1970 e com a alteração por outra portaria em junho de 1971, as distintas áreas de atuação de ambas as instituições não estavam plenamente regulamentadas. Por isso, a direção da DINSAM, nesse mesmo ano, defendeu a ideia de que o estatuto da CNSM precisava ser revisto devido a incongruências de caráter técnico.

---

<sup>128</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 566 / Env. 4527. *Relatório da CNSM – 01/JAN/1969 a 11/MAR/1969*. s/p, 1969.

<sup>129</sup> *Ibidem*.

<sup>130</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Relatório da S.C.* p. 117, 1969.

Queixavam-se da inexistência de critérios previamente definidos para a concessão das subvenções financeiras aos estados, realizadas naquele momento por meios dos convênios. Como sugestão, defendia-se a criação de um grupo de trabalho composto por 3 participantes e coordenado pelo diretor da DINSAM. Esse grupo teria como principal objetivo a produção de um novo regimento para a própria Divisão<sup>131</sup>.

Esta proposta de modificar a organização interna da DINSAM visava a permitir que o órgão desempenhasse com mais vigor e competência sua missão regimental frente aos seus encargos nacionais. Para essa tarefa, era preciso dinamizar a atuação da CNSM através de sua estrutura administrativa com a abertura de novas frentes de atuação e de captação de recursos financeiros. Por essa razão, ainda em 1971, a situação dos hospitais da DINSAM na Guanabara foi motivo de estudo, a partir do qual, ficou decidida a criação de mais um grupo de trabalho, dessa vez visando ao estudo de meios para estruturar a CNSM. No relatório final dessa equipe, a Campanha foi caracterizada como uma estrutura à parte da DINSAM, o que na prática não ocorria até aquele momento<sup>132</sup>.

Nessa etapa de trabalho da CNSM, em que se pretendia nacionalizar sua atuação, a estratégia defendida inicialmente era criar coordenações regionais de trabalho que atuassem em conjunto com a Campanha, por meio de convênios com fundações hospitalares (ou entidades similares) nos estados que apresentassem dificuldades em atender sua própria demanda<sup>133</sup>. Apesar de o relatório do movimento administrativo e financeiro da CNSM produzido no 1º semestre de 1968 ter relatado dificuldade na implementação desse tipo de convênio, não encontrei qualquer documento que minimamente indicasse o resultado final da tentativa de criar as coordenadorias regionais. Contudo é importante salientar que a atuação nacional da CNSM distinguia-se da realizada até então pelo SNDM, pois focava no relacionamento institucional realizado diretamente com as instituições assistenciais, independente da sua natureza pública ou privada, e não mais com as secretarias estaduais de saúde como era feito desde a década de 1940.

Regimentalmente, a Campanha possuía duas fontes de financiamento: a venda de produtos praxiterápicos de pacientes da Colônia Juliano Moreira – unidade assistencial

---

<sup>131</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 447 / Env. 3330. *Relatório da UP. s/p*, 1971.

<sup>132</sup> *Ibidem*

<sup>133</sup> *Ibidem*.

própria da DINSAM – e pelos convênios firmados entre os diversos hospitais da DINSAM no estado da Guanabara e entidades públicas ou privadas que demandavam leitos psiquiátricos em troca de pagamento por leito. Entretanto, os produtos praxiterápicos geravam uma fonte de renda quase insignificante. Em 1968, por exemplo, tal verba representou apenas 0,42% do montante total de recursos da Campanha <sup>134</sup>.

Desse modo, os recursos da Campanha eram provenientes, de fato, dos convênios supracitados, firmados ao menos desde 1957, entre o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC) e o CPN (BRAGA, 2013, p. 120). Nos anos seguintes, a quantidade de instituições contempladas por tais acordos aumentou. Entre 1961 e 1962, outros 3 acordos foram firmados, com o Ministério da Marinha (1961), com a Cooperativa dos Rodoviários (1961) e com a Testamenteira e Tutorial Judicial da Guanabara (1962)<sup>135</sup>. Em 1964, outras instituições já procuravam o SNDM para estabelecer acordos similares, mas foi a partir de 1966 que, de fato, novos acordos foram estabelecidos, dessa vez com a Polícia Militar do Estado da Guanabara, com o Corpo de Bombeiro Militar do Estado da Guanabara, com a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e com o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Marítimos (IAPM)<sup>136</sup>.

A partir de 1967, a Campanha substituiu o SNDM na responsabilidade da gestão dos acordos supracitados e também na obrigatoriedade da revisão dos valores desses convênios firmados anteriormente a sua existência. Devido a essa tarefa, o INPS e a FUNABEM não demonstraram interesse em renovar seus respectivos acordos. Nesse momento, a superintendência da Campanha inclinava-se para decretar a suspensão de novas internações oriundas destas duas instituições. Entretanto, esses dois contratos representavam 76,85% do total das receitas da Campanha<sup>137</sup>, sendo as duas instituições responsáveis pela arrecadação de Cr\$ 633.967,00, no orçamento total da CNSM, que

---

<sup>134</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; 2014 - Cx. 341 / Env. 2354. *Relatório do Movimento Administrativo e Financeiro da CNSM / 1º semestre de 1968*. p. 5, 1969.

<sup>135</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 354 / Env. 2438. *Prestação de Contas do Fundos de Convênios do SNDM com os Estados*. p. 10, 1967.

<sup>136</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 341 / Env. 2354. *Relatório do Movimento Administrativo e Financeiro da CNSM / 1º semestre de 1968*. p. 4, 1968.

<sup>137</sup> Receita obtida pela CNSM no ano de 1967, através desses acordos.

alcançou o montante de Cr\$ 824.929,67<sup>138</sup>. Essa relevância orçamentária permaneceu, ao menos, até 1973<sup>139</sup>.

No ano seguinte à sua criação, foi firmado o primeiro convênio entre a Campanha e os estados, para que estes recebessem verbas da CNSM. De imediato, tais verbas já somavam um valor maior do que as verbas até então destinadas aos estados, em obras, manutenção e praxiterapia. Conforme demonstra o quadro 13, em 1968, o total de verbas destinados aos estados foi o seguinte: obras NCr\$ 750.000,00, manutenção CNr\$ 340.000,00, praxiterapia NCr\$ 110.000,00 e as oriundas da CNSM totalizavam NCr\$ 940.000,00. Essa força financeira deve-se, sobretudo, aos acordos administrados pela Campanha relacionados ao aluguel de leitos no CPPII.

Em relação a 1969, apenas dois tipos de convênios foram localizados na documentação estudada pela presente tese: o de manutenção e o da CNSM. Para tal ausência, há duas hipóteses: tais dados existem, mas podem ter se perdido ao longo dos anos ou a partir do referido ano; ou os convênios relativos à obra e ao fomento da praxiterapia podem não ter tido sequência, objetivo que pode ter sido absorvido pelos convênios da CNSM. Posteriormente, a partir de 1971, foram firmados apenas os convênios envolvendo a CNSM e os estados. Era o fim dos acordos com finalidades específicas. De certa forma, isso correspondia a uma certa unificação dos três convênios anteriormente firmados em um só. Isso não significa dizer que as verbas que anteriormente eram destinadas às três finalidades supracitadas, a partir de então, seriam herdadas pela Campanha, mas que a CNSM herdou a responsabilidade de prestar atendimento aos estados que continuavam necessitando de ajuda de recursos na área de assistência psiquiátrica.<sup>140</sup>

Ao analisar, sob o ponto de vista cronológico, os dados contidos no quadro 13, observei que os valores ofertados aos estados por intermédio da Campanha, entre os anos de 1971 e 1974, pouco variaram. As quantias oferecidas mantiveram-se estáveis na faixa dos 2% acima do valor corrigido pela inflação do ano anterior. Em 1974, último ano de

---

<sup>138</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 513 / Env. 3999-4000. Resenha das Atividades do CPPII de jan. a jun de 1973.

<sup>139</sup> 1973 foi o último ano em que encontrei, nas fontes consultadas, dados sobre estes convênios.

<sup>140</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7611. *Ações Executadas pela Unidade de Planejamento e Serviço de Coordenação e Controle*. s/p, 1972.

vigência de tais convênios, os valores foram menores do que a correção inflacionária, impondo uma perda na capacidade de utilização dessas verbas de 16,12%.

**Quadro 14: Valores dos acordos entre a União e os estados na década de 1970<sup>141</sup>.**

ESTADOS	1971*	1972	1973	1974	1976	1977	1978	TOTAL
	Indefinido	CNSM	Indefinido	CNSM	Indefinido	PISAM	PISAM	
Santa Catarina	59.200,00	65.240,00	75.150,00	87.200,00	90.250,00	4.720.000,00	1.200.000,00	<b>6.297.040,00</b>
Minas Gerais	72.000,00	86.400,00	99.600,00	115.500,00	126.490,00	4.000.000,00	600.000,00	<b>5.099.990,00</b>
Bahia	72.424,00	78.880,00	100.900,00	117.000,00	121.330,00	4.000.000,00	500.000,00	<b>4.990.534,00</b>
Espírito Santo	45.400,00	54.000,00	62.700,00	72.700,00	75.510,00	3.537.200,00	500.000,00	<b>4.347.510,00</b>
Paraná	73.000,00	75.000,00	85.600,00	99.300,00	103.480,00	3.000.000,00	600.000,00	<b>4.036.380,00</b>
Maranhão	119.600,00	138.000,00	159.000,00	184.500,00	198.040,00	2.528.000,00	300.000,00	<b>3.627.140,00</b>
Rio Grande do Norte	43.454,00	96.000,00	59.500,00	69.000,00	82.020,00	1.441.622,00	500.000,00	<b>2.291.596,00</b>
Ceará	53.111,00	57.300,00	71.250,00	82.600,00	70.180,00	1.277.500,00	600.000,00	<b>2.211.941,00</b>
Pará	121.800,00	139.000,00	159.600,00	185.100,00	196.140,00	791.400,00	600.000,00	<b>2.193.040,00</b>
Amazonas	124.000,00	125.000,00	144.000,00	167.000,00	177.890,00	664.898,00	700.000,00	<b>2.102.788,00</b>
São Paulo	55.800,00	66.000,00	72.800,00	87.000,00	89.930,00	1.080.000,00	600.000,00	<b>2.051.530,00</b>
Pernambuco	65.180,00	70.500,00	59.500,00	107.300,00	99.660,00	1.000.000,00	600.000,00	<b>2.002.140,00</b>
Paraíba	48.283,00	52.000,00	68.500,00	79.600,00	82.680,00	859.380,00	700.000,00	<b>1.890.443,00</b>
Alagoas	43.454,00	46.900,00	92.490,00	69.000,00	65.870,00	700.000,00	200.000,00	<b>1.217.714,00</b>
Rio Grande do Sul	73.000,00	106.000,00	123.170,00	142.900,00	151.440,00		600.000,00	<b>1.196.510,00</b>
Acre	45.000,00	90.480,00	105.204,00	122.000,00	151.200,00	400.000,00	200.000,00	<b>1.113.884,00</b>
Sergipe	41.040,00	44.000,00	56.200,00	65.200,00	70.750,00	600.000,00	200.000,00	<b>1.077.190,00</b>
Piauí	43.454,00	46.900,00	59.500,00	69.100,00	70.730,00	400.000,00	100.000,00	<b>789.684,00</b>
Goias	45.400,00	54.000,00	62.000,00	71.900,00	73.730,00	-	300.000,00	<b>607.030,00</b>
Mato Grosso	42.600,00	52.000,00	60.700,00	70.400,00	71.770,00	-	300.000,00	<b>597.470,00</b>
Rio de Janeiro	52.200,00	63.000,00	75.000,00	84.500,00	106.900,00	-	-	<b>381.600,00</b>
Distrito Federal	28.600,00	35.000,00	40.400,00	46.900,00	45.870,00	-	-	<b>196.770,00</b>
Rondônia	-	-	-	-	0	0	100.000,00	<b>100.000,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.368.000,00</b>	<b>1.641.600,00</b>	<b>1.892.764,00</b>	<b>2.195.700,00</b>	<b>2.321.860,00</b>	<b>31.000.000,00</b>	<b>10.000.000,00</b>	<b>50.419.924,00</b>
INFLAÇÃO	19,31%	19,46%	15,70%	15,57%	29,35%	46,27%	38,78%	
<b>Valor corrigido</b>	<b>1.339.760,62</b>	<b>1.600.478,04</b>	<b>1.851.753,09</b>	<b>2.140.071,05</b>	<b>2.768.181,90</b>	<b>4.049.019,67</b>	<b>5.619.229,50</b>	<b>19.368.493,89</b>
Δ (%) valores	2,11%	2,57%	2,21%	2,60%	-16,12%	665,62%	77,96%	

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env.7611. *Unidade de Planejamento-DINSAM*. s/p, 1972; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 /Env.3350. *Seção de Cooperação: instruções sobre acordos, convênios, auxílios*. s/p, 1973; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 953 - Env.8084. *Plano de Distribuição das Subvenções Sociais de 1974*. s/p, 1974; Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 419 / Env. 3124. *Relatório de Atividades*, s/p, 1976; <sup>141</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env.7608. *Quantitativo para 1978*. s/p, 1978;

Além dos gastos em convênios com os estados, parte da verba da CNSM também era utilizada em complementação salarial e gratificação por serviços prestados<sup>142</sup>. Em 1968, por exemplo, a verba da Campanha foi a responsável pelo pagamento dos salários de 163 trabalhadores assalariados, 28 médicos, 10 dentistas e 3 farmacêuticos, todos a serviço da DINSAM lotados em seus hospitais no estado da Guanabara<sup>143</sup>.

Outro foco de investimento da CNSM era a compra de novos equipamentos hospitalares. Nesse caso, não foi localizado nenhum documento que indicasse que as verbas destinadas a essa finalidade tivessem sido disponibilizadas em favor dos estados da federação. Foram encontrados somente documentos que relatam compras com esta assigna realizadas exclusivamente, tendo como beneficiários os hospitais da DINSAM na Guanabara, tais como a aquisição de dois equipamentos – um aparelho radiológico e o outro não identificável – ambos para o Bloco Médico Cirúrgico do Centro Psiquiátrico Pedro II.

Por fim, outro tipo de financiamento executado pela Campanha era o apoio a eventos acadêmicos ligados à psiquiatria, conforme citados no capítulo 1. Entre todos os eventos patrocinados, destaca-se o IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, ocorrido em 1969, promovido pela Sociedade Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, contando com o patrocínio do SNDM, da CNSM e da Associação Brasileira de Psiquiatria, realizado no Rio de Janeiro, organizado e empreendido pelo vice-presidente do evento e ex-diretor do SNDM, Prof. Jurandyr Manfredini. No bojo desse evento, ocorreu a reunião do II Colóquio Nacional de Psiquiatria Assistencial e Preventiva e foram convidados os chefes de Departamento ou Divisões de Psiquiatria ou Higiene Mental dos estados, diretores de hospitais psiquiátricos e os chefes dos ambulatórios de saúde mental do SNDM de todo o país<sup>144</sup>.

A atividade de suplementação financeira aos estados executada pela Campanha Nacional de Saúde Mental teve duração de 8 anos. Nesse período, embora tenha disponibilizado quantias regulares, em que os valores ofertados no ano, se comparado ao ano imediatamente anterior, não variaram mais que 0,40%. Logo de início, o montante

---

<sup>142</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 566 / Env. 4527. *Relatório Financeiro do 2º Semestre de 1968 da CNSM*. s/p, 1968.

<sup>143</sup> *Ibidem*.

<sup>144</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 472 / Env. 3536 – 5656. *IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental*. s/p, 1969.

oferecido já superava qualquer outro convênio firmado ao longo da década de 1960. Essa era uma novidade bastante relevante: o aumento do patamar dos investimentos nos estados. Além disso, com a Campanha, ocorreu uma tentativa de modernização da administração pública na área da saúde mental ou, ao menos, pretendeu-se realizar. Tentaram modificar o modelo de atuação federal junto aos estados da federação, descentralizando a relação federativa, atuando diretamente com as instituições assistenciais, e não mais com o exclusivismo intergovernamental, conforme havia sido feito ao longo da década de 1940 até meados dos anos 60, quando da vigência dos três convênios predecessores.

Outra novidade apresentada pela Campanha, portanto, foi a natureza de seu financiamento. Ela se utilizava do auto financiamento, ao se valer das verbas recebidas pela locação de parte de suas próprias unidades de assistência para outras instituições voltadas para o bem-estar social de seus associados, muitas vezes expressos em categorias específicas de trabalhadores. Nesse caso, auxiliava os cofres do Ministério da Saúde para a assistência psiquiátrica como um todo. O SNDM só precisaria de verba do Ministério da Saúde para a gestão dos seus ambulatórios nos estados, já que todas as outras despesas da assistência psiquiátrica nos estados seriam pagas com recursos advindos da Campanha, adquiridos por meio do autofinanciamento supracitado.

Contudo a Campanha não conseguiu apresentar resultados concretos de melhoria do quadro assistencial como um todo. Além de não definir claramente uma área de atuação predominante (ações de cunho nacional ou local), continuou financiando essas duas esferas assistenciais. Ao não conseguir mudar o quadro qualitativo vigente, não foi capaz de interromper a corrente de pensamentos que, desde o surgimento do SNDM, na década de 1940, defendia constantemente mudanças, seja no desejo de expansão da quantidade de leitos, presentes mais fortemente nas décadas de 1940 e 1950, seja por mudanças do modelo institucional predominante com as críticas ao “grande hospital”, analisadas nos dois primeiros capítulos da presente tese, relativos as décadas de 1960 e 1970, respectivamente. Dessa forma, novas ideias ganharam força, gerando uma das grandes correntes de pensamento de meados da década de 1970, denominada integracionista, pois apostavam na integração federal/estadual/municipal como forma de capilarizar definitivamente a assistência psiquiátrica pública brasileira em todo o

território nacional, mas de maneira qualitativa. Estas ideias foram contempladas em 1977, com o Plano Integrado de Saúde Mental.

### **3.6 O Plano Integrado de Saúde Mental**

Após 30 anos de ajuda federal aos estados, nos quais a União financiou a expansão dos seus leitos psiquiátricos, o quadro da assistência psiquiátrica pública brasileira era de aumento da oferta de leitos durante o período citado, entretanto não era considerado exitoso, sendo fruto de muitas críticas. Conforme vimos no capítulo 2, um número cada vez maior de psiquiatras defendia ideias de integração entre as instituições assistenciais e entendia-se que as distinções na funcionalidade entre algumas instituições médicas é, na verdade, uma característica positiva, pois permite a utilização de suas potencialidades complementares, ajudando a construir um todo, um corpo heterogêneo, em que as distintas formas de prevenção primária, secundária e terciária estivessem presentes, ou que as distintas clientela pudessem usufruir de uma gama maior de especialidades ao seu dispor. Nesse sentido, não existiria solução para os problemas dos hospitais sem os ambulatorios, e soma-se a isso o fato de que, após três décadas, os estados não davam qualquer sinal de que conseguiriam deixar a dependência econômica da União. Era necessária a elaboração de um plano que conseguisse integrar os entes federativos envolvidos na assistência psiquiátrica, de maneira a construir uma base sólida para que, depois de algum tempo, os estados pudessem atuar de maneira autônoma. Com esse objetivo, foi criado o Plano Integrado de Saúde Mental.

Criado com data de validade pré-estabelecida, o PISAM constituía-se de projetos amplos, com projeções de curto e longo prazo e visavam, de maneira definitiva, a acabar com a dependência financeira dos serviços psiquiátricos estaduais em relação à União. Sua forma de atuação representou o retorno dos acordos de suplementação financeira produzidos diretamente entre a União e os governos estaduais. Na assinatura dos termos de compromisso, constava que o objetivo do programa era executar projetos e atividades específicas do âmbito da saúde mental, e que a União detinha as seguintes obrigações: prestar auxílio técnico e financeiro aos órgãos especializados em saúde mental da Secretaria Estadual; proporcionar à Secretaria a medicação destinada pela Central de Medicação (CEME); participar do treinamento e da capacitação de pessoal técnico e auxiliar, por meio de seminários e Encontros Regionais; ministrar cursos de curta

duração; prestar assessoria técnica especializada por meio de consultoria; proporcionar assistência supletiva, através de fornecimento de material permanente, equipamentos impressos personalizados para uso em escritório; e, por fim, proporcionar por meio de contribuição financeira, a assistência ambulatorial, em caráter supletivo, até que o estado pudesse ofertar esse serviço de maneira autônoma<sup>145</sup>.

As Secretarias estaduais também teriam que seguir certas obrigações legais, tais como: apresentar à DINSAM seus programas de saúde mental e seus respectivos cronogramas; manter, com recursos próprios e com a ajuda supletiva da DINSAM, suas unidades hospitalares e ambulatoriais para atendimento à população; comprovar as despesas pagas com verbas federais; sujeitar-se à fiscalização do Tribunal de Contas quanto fosse utilizada as verbas dos convênios; cumprir os objetivos e metas estabelecidos no programa; remeter à DINSAM os dados estatísticos de sua assistência; fazer observações na elaboração e na execução do programa de saúde mental diante das diretrizes da Política Nacional de Saúde e das normas técnicas elaboradas pela DINSAM; coordenar, a níveis regionais e locais, as atividades contempladas no programa de saúde mental, criando, na estrutura central da Secretaria de Saúde local, uma coordenadoria de saúde mental; deveriam também avaliar em conjunto com a DINSAM os resultados obtidos pelo PISAM<sup>146</sup>.

Com o objetivo de jogar luz sobre o modo como a DINSAM atuava nos estados por meio do PISAM, destaco o projeto feito especificamente para o estado do Mato Grosso, no ano de 1977<sup>147</sup>. Embora tal projeto tenha sido elaborado de acordo com as vicissitudes locais, é possível observar a presença de todos os elementos contidos nas diretrizes do PISAM, inclusive as distinções entre os planos de curto e longo prazo. No curto prazo, o referido estado objetivava capacitar o Hospital Estadual Adauto Botelho para abrigar 250 pacientes, através de uma expansão simples em forma de anexo, e efetivar o trabalho da equipe multidisciplinar para encaminhar os egressos à suas comunidades, identificando esta etapa do trabalho como de nível ambulatorial. Essa equipe seria composta por médicos generalistas, enfermeiros e assistentes sociais. Sobre

---

<sup>145</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 366 / Env. 2525. *Relatório do Serviço de Supervisão e Avaliação*. s/p, 1978.

<sup>146</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 997 / Env. 8483. *Plano Integrado de Saúde Mental*. s/p, 1977.

<sup>147</sup> Não foi localizado nenhum outro projeto com o carimbo do PISAM destinado a outro estado. Por essa razão, o referido estado é o único contemplado com o tipo de explicação acima.

a expansão da oferta de leitos, propuseram a realização de convênios com o Hospital Geral ou o Sanatório Mato Grosso para dispor de um mínimo de 20% de leitos para atender os pacientes não previdenciários. A capacitação de pessoal também era fonte de preocupação por parte dos técnicos da DINSAM que desejavam oferecer cursos básicos de psiquiatria para médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que estariam aptos para atuarem nas microrregiões, diminuindo a demanda das instalações especificamente psiquiátricas. Também planejavam a instalação de duas emergências psiquiátricas, uma em Cuiabá e outra em Campo Grande, para evitar as internações desnecessárias e prolongadas nos hospitais já lotados. Outro ponto negativo dessa reclusão hospitalar prolongada era o rompimento do vínculo familiar, considerado elemento importante na recuperação do paciente, o que poderia proporcionar a rápida recuperação da força de trabalho deste indivíduo para sua comunidade. Além desses fatores, a redução de internações desnecessárias diminuiria o ônus financeiro do Estado. Outra medida de curto prazo seria a realização das campanhas de saúde pública integradas, objetivando orientar e conscientizar tanto a família do paciente, como a sua comunidade em relação às enfermidades mentais do homem, seus tratamentos e sua participação na prevenção das doenças mentais. Por fim, desejavam aplicar maior operacionalidade ao CEME no tocante à distribuição de remédios<sup>148</sup>.

Com relação às tarefas de longo prazo – sem especificação do período de execução –, o SNDM pretendia iniciar medidas para a construção de novos leitos no estado, como uma nova unidade em Cuiabá, já que a Divisão de Obras Públicas da Secretaria de Viação condenou qualquer obra no prédio do Hospital Adauto Botelho. Demandavam também novos leitos anexos ao Hospital Geral na cidade de Campo Grande, com finalidade de se tornarem unidades de apoio e triagem, da mesma forma como visavam à expansão do número de leitos em outra microrregião do estado, provavelmente na cidade de Dourados. Sobre a mão de obra do setor, objetivava-se recrutar pessoal técnico em saúde mental, além de estimular faculdades a despertarem o interesse em ofertar novos cursos de especialização em saúde mental. No campo da psiquiatria comunitária, o PISAM propõe a criação de unidades de saúde mental nas comunidades com mais de 100.000 habitantes, que seriam compostas por psiquiatras, enfermeiras e, se possível, psicólogos. Nas cidades

---

<sup>148</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 419 / Env. 3124. *Relatórios de Atividades do Serviço de Coordenação e Controle*. p. 5, 1977.

com menos de 100.000 habitantes, delegariam-se poderes como agente de saúde mental às equipes das unidades sanitárias. Esses projetos poderiam ser anuais ou plurianuais<sup>149</sup>.

Um ano depois da criação e da implantação do PISAM, em 1978, ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste<sup>150</sup>, realizado no Rio Grande do Norte. O objetivo do evento era debater e divulgar as impressões dos próprios profissionais de saúde mental sobre a execução do PISAM nos estados até aquele momento. Em relação à capacitação de pessoal, os participantes identificaram que a maioria dos projetos foram voltados para o recrutamento de equipes com caráter multidisciplinar, composta por médicos generalistas, sociólogos, assistentes sociais, psicólogos, visitantes e atendentes. Os profissionais treinados agiriam como agentes multiplicadores junto às comunidades, divulgando os conceitos de saúde mental e propiciando a troca de experiências, aproximando a psiquiatria de outras especialidades e abrindo outros campos para convênios e pesquisas<sup>151</sup>.

No campo da prevenção primária, os representantes dos estados nordestinos identificaram que tais atividades apresentaram um bom nível de desenvolvimento nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco. Num patamar abaixo, foram avaliados os estados que já possuíam um bom esboço dessa atividade, como Ceará e Bahia. No que diz respeito à prevenção secundária, os profissionais presentes no Encontro de Natal concluíram que a maioria dos estados encontravam-se em fase de desenvolvimento e ampliação, referindo-se aos seguintes estados: Bahia, Ceará, Pernambuco, Maranhão e Sergipe. Ao realizarem um balanço final, destacaram um saldo positivo, fundamentados na percepção de que, até aquele momento, havia sido dado bom impulso à interiorização das ações da DINSAM<sup>152</sup>.

Contudo os participantes do evento também identificaram as maiores dificuldades dos estados. O alvo das reclamações eram “entraves burocráticos das Secretarias no manuseio dos recursos financeiros”<sup>153</sup>, assim como “a escassez de medicamentos do CEME que instabiliza a clientela aos ambulatórios. As cotas dos estados estão bem abaixo

---

<sup>149</sup> *Idem.*

<sup>150</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 362 / Env. 2496 - Relatório do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste. s/p, 1978.

<sup>151</sup> *Ibidem.*

<sup>152</sup> *Ibidem*

<sup>153</sup> *Ibidem*

de suas necessidades, o que dificulta a implantação de novos ambulatórios”<sup>154</sup>. As dificuldades centrais, ou seja, inerentes ao próprio trabalho da DINSAM, relacionava-se à “fase em que se encontra a DINSAM”<sup>155</sup>, o que se caracterizou como uma forma de retardo da implantação nos estados.

Ao analisar o PISAM sob o viés de sua estratégia finita, classificaram a perspectiva de encerramento do PISAM estipulada para junho de 1979, como medida “sombria” e prematura. Principalmente por ter ocorrido um contingenciamento financeiro, gerando um atraso nessa implantação, inclusive com ameaças de paralisação de atividades em estados como o Espírito Santo e o Maranhão<sup>156</sup>. Diante deste quadro, foi levantada a possibilidade de prorrogação até 1981, “período em que haveria maiores possibilidades de sua absorção por outras instituições, inclusive as Secretarias de Saúde ou mesmo convênios com órgãos como o INAMPS”<sup>157</sup>.

De acordo com o questionário (anexo II) entregue aos participantes do Encontro, esse adiamento tornava-se absolutamente necessário. Neste documento apenas dois representantes estaduais disseram que seus respectivos governos poderiam arcar com os custos do PISAM, quando este fosse extinto no prazo previamente determinado de 2 anos após sua criação. Esse baixo número de estados que detinham esta capacidade de autofinanciamento explica-se pelo fato de a DINSAM ter estipulado pouco tempo de execução do PISAM para a realização da transferência de responsabilidade sobre o financiamento da assistência psiquiátrica aos próprios estados. Se levarmos em consideração apenas os gastos com os convênios de manutenção, iniciados em 1953, teremos 24 anos de auxílio celebrados ininterruptamente. Se levássemos em consideração que alguns dos fatores que norteavam a distribuição dessas verbas, conforme ressaltado anteriormente, fossem de cunho socioeconômico, parece evidente que tal política não conseguiria êxito pleno, já que a maioria das unidades federativas não possuíam recursos próprios para tal empreitada.

---

<sup>154</sup> *Ibidem*.

<sup>155</sup> Não foi possível identificar o sentido do termo “fase que se encontra a DINSAM”. Para investigações futuras pode-se levar em consideração que no momento em que se realizava tal evento na cidade do Rio de Janeiro já estavam ocorrendo os acontecimentos que ocasionaram na chamada “Crise da DINSAM”.

<sup>156</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 366 / Env. 2525. Relatório Relativo a Seção de Supervisão e Avaliação da DINSAM. p. 8, 1978.

<sup>157</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 362 / Env. 2496 – 9548 / 9562 - Relatório do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste. s/p, 1978.

\* \* \* \*

Se analisarmos todos os cinco modelos de convênios firmados ao longo das décadas de 1960 e 1970, podemos dizer que nenhum deles obteve pleno êxito em suas atividades, se os circunscrevermos em seus objetivos centrais iniciais. Os acordos para realização de obras, lançado em 1946, embora tenha ampliado a oferta de leitos psiquiátricos em sete anos, obrigou o governo federal a ampliar seus gastos com convênios de manutenção dos novos hospitais estaduais ou daqueles que foram ampliados. Os recursos para manutenção de hospitais, por seu turno, foram utilizados quase exclusivamente com despesas básicas relativas ao cotidiano hospitalar, como compra de alimento e de uniformes. Não permitia, assim, o investimento na manutenção ou aprimoramento dos recursos terapêuticos, aumentando, portanto, a capacidade de internação, sem que houvesse um aumento também da capacidade de recuperação da saúde mental do paciente. Dessa maneira, após três anos de vigência dos convênios de manutenção, foi necessária a criação de um terceiro tipo, o de fomento à praxiterapia. A natureza dessa terapêutica, de eficácia progressiva, não permitia resultados capazes de diminuir, a curto prazo, as condições deletérias da assistência psiquiátrica brasileira, tendo em vista a reinserção social do paciente a seu meio social.

Após doze anos de existência concomitante desses três modelos de convênios, o SNDM aproveitou a criação das Campanhas Nacionais de Saúde – uma legislação que permitiria menor engessamento no manejo orçamentário – e engendrou, em conjunto com o Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental. Mesmo que esta, por vezes, fosse vista como incapaz de, tecnicamente, solucionar os gargalos do setor, com vimos no capítulo 1 (SCORZELLI, 1966, p. 14 ), a adesão à Campanha permitiria que o SNDM conseguisse mais agilidade na concessão de verbas aos estados e novas formas de financiar essa tarefa. Após seis anos de vigência, a CNSM trouxe maior dinamismo à gestão de recursos, mas não propiciou que a atuação do SNDM nos estados evoluísse qualitativamente.

Dez anos após a Campanha, a DINSAM reorganizou mais uma vez os meios administrativos para a área da saúde mental. Em 1977, a DINSAM tomava como referência a criação dos Planos Integrados de Saúde e, dentro da sua área de atuação, produzia o Plano Integrado de Saúde Mental. O objetivo principal era implementar maior

integração federativa, proporcionado maior autonomia aos entes federativos, de maneira que estes, num curto prazo de tempo (dois anos), pudessem financiar suas próprias estruturas assistenciais psiquiátricas.

Se analisarmos especificamente o PISAM, verificaremos que seus resultados foram catastróficos, ao menos no que se refere aos estados do Nordeste do país. Um ano após sua implantação e, portanto, faltando apenas mais um ano para o fim da sua conclusão, nenhum dos estados nordestinos tinha conseguido implementar o Plano. Essa situação foi fortemente agravada pelo fato de, naquele momento, o governo federal impor uma restrição orçamentária aos estados<sup>158</sup>.

Assim, embora os três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – fossem consideradas igualmente importantes para o êxito das políticas públicas para área psiquiátrica, receberam investimentos e atenção diferenciados em sua implantação. No Encontro de coordenadores de saúde mental realizado em Natal, conforme supracitado, todos os oito representantes nordestinos indicaram direta ou indiretamente a urgência em traçar medidas no campo da prevenção secundária. Portanto, identificavam que, para além dos outros tipos de prevenção, assistir indivíduos de maneira eficiente, ou seja, com terapêutica aplicada de maneira rápida e tecnicamente eficaz, era o obstáculo central a ser transposto nos seus respectivos estados<sup>159</sup>.

O principal modelo institucional para a prevenção secundária era o ambulatório de saúde mental. Embora existente enquanto mecanismo institucional do SNDM nos estados desde a década de 1940, as condições deletérias às quais essas instituições estavam expostas, constituíram-se em fatores impeditivos de qualquer êxito em sua missão assistencial. Falta de remédio, de pessoal, ou até mesmo de local para atendimento à população inviabilizam qualquer tentativa minimamente séria de executar tarefas de prevenção secundária. Sem pessoal, o diagnóstico fica deficiente, pois pode ser feito com rapidez ou nem sequer ser realizado. Além disso, se a diagnose fosse executada com qualidade, a falta de remédios não estancaria crises agudas ou limitaria a evolução dos sintomas do paciente. De outro lado, mesmo tendo recursos humanos e remédios em quantidades suficientes, esses ambulatórios, muitas vezes, não possuíam as instalações

---

<sup>158</sup> *Ibidem.*

<sup>159</sup> *Ibidem.*

necessárias para atendimento: funcionavam geralmente em locais emprestados pelos governos locais, dividindo o espaço físico e, portanto, o tempo de funcionamento, o que limitava a quantidade de atendimentos prestados.

Dessa forma, trinta anos depois da criação do SNDM, sua atuação à nível nacional centrava-se tanto na expansão hospitalar, quanto na assistência ambulatorial, sem que, entretanto, conseguisse responder de maneira satisfatória às demandas que o setor exigia ao longo de todo o período. Tornava-se cada vez mais óbvia e capilarizada a percepção de necessidade de mudanças estruturais.

Veamos agora, no próximo capítulo, como se deu a atuação do SNDM/DINSAM na cidade do Rio de Janeiro nas duas décadas em questão, onde o referido órgão atuava não apenas como normatizador e financiador, mas também como gestor, tendo em vista que a referida cidade reunia todas as unidades hospitalares próprias do SNDM /DINSAM.

## CAPÍTULO 4

### O SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Como vimos no capítulo anterior, o Ministério da Saúde, por meio do SNDM, atuava nos estados de maneira complementar, como um órgão regulador e financiador das políticas executadas pelas unidades federativas. Contudo a cidade do Rio de Janeiro era o único local em que a instituição era responsável direta pela administração de instituições psiquiátricas hospitalares, já que nessa cidade concentravam-se os hospitais próprios do Ministério da Saúde, muitos deles criados no início do século XX e, a partir de então, ampliados ou reformados. Desde o Decreto Lei 17.185, de 1944, que aprovou o regimento do SNDM, em seu artigo primeiro, definiu-se, como uma de suas atribuições, a superintendência – ações diretivas e executivas – das atividades dos órgãos oficiais de assistência e de proteção a psicopatas existentes no então Distrito Federal. Conforme já demonstrado no capítulo 1, estes eram denominados de “órgãos locais” do SNDM.

Mas o que seria, à época, executar ações nos locais de assistência acima citados? O que de fato consideravam quando falavam sobre “assistir a população”? Também vimos no primeiro capítulo que as ideias que definiam a doença mental nos anos 60 e 70 incluíam grandes variações etiológicas, diagnósticas e terapêuticas. A doença mental poderia ser causada por grandes traumas físicos na região craniana ou traumas afetivos de cunho psicológico, uso de drogas, lícitas ou não, hereditariedade, condições de vida socialmente degradantes em razão de situações econômicas deletérias, ou seja, fatores biopsicossociais de triplo viés. Esse era o problema da assistência psiquiátrica que demandava ao SNDM respostas que o permitissem atender as variadas demandas médicas do setor.

Também eram variadas as características dos sintomas apresentados por um indivíduo ao procurar assistência médica psiquiátrica. A capacidade ou não de uma pessoa acometida por uma doença mental de interagir conscientemente com seu meio ambiente social demandava ações distintas, de acordo com o quadro apresentado. Nesse sentido, parece que a grande divisão diagnóstica entre neurose e psicose era um elemento a ser reconhecido no atendimento médico. O primeiro quadro psicopatológico era caracterizado por perturbações psíquicas, sem que houvesse qualquer lesão orgânica e

com as quais o indivíduo permaneceria consciente. O segundo quadro define-se como uma fragmentação da personalidade de um indivíduo e como o distanciamento da realidade na qual estava inserido. Havia também uma terceira forma de classificação diagnóstica chamada oligofrenias, caracterizada por uma condição de retardo e deficiência das atividades mentais que exigia distinção de acolhimento e terapia.

A intensidade de tais elementos mórbidos determinavam diretamente as consequências dos transtornos causados por eles aos indivíduos e ao ambiente em que viviam. Um sujeito que apresentasse sintomas de uma crise aguda poderia tornar-se violento durante seu surto, colocando em risco a sua integridade física e a de terceiros. Tal crise, se acompanhada apenas de uma súbita perda de controle sobre a mente (neurose), ou se configurada como uma fuga completa da própria realidade, com a criação de mundos paralelos (psicose), requeriria da equipe médica soluções distintas.

Nesse momento, as variadas conclusões diagnósticas e terapêuticas determinariam qual o destino desse indivíduo. Para isso era necessário levar em consideração alguns critérios, tais como a necessidade de urgência nos procedimentos médicos e o modelo terapêutico adequado ao paciente em questão. Qualquer que fosse a conclusão da equipe médica ou do médico, era preciso que algum modelo de instituição assistencial psiquiátrica fosse capaz de atender às necessidades terapêuticas desse indivíduo. Diante desse desafio, desde a sua criação em 1970, o SNDM buscou estruturar sua assistência local por meio de um conjunto de instituições complementares entre si e que fossem capazes de ofertar serviços nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Na assistência psiquiátrica prestada em nível local pelo SNDM, a prevenção primária a ser promovida pela promoção da higiene mental, embora muito defendida pelos psiquiatras da época, conforme vimos nos capítulos 1 e 2, ao menos até o final da década de 1970, somente conseguiu ser implementada de maneira esporádica e muito superficial, por meio de palestras, de participação em programas de rádio<sup>160</sup> ou distribuição de panfletos em colégios públicos<sup>161</sup>. Tal tarefa deveria ser executada pelos ambulatórios de saúde mental, pois constituíam-se como a principal porta de entrada de pacientes nessa rede assistencial, o que permitia um contato mais direto e frequente com

---

<sup>160</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469 / Env. 3513. Proposta Orçamentária: SNDM. s/p. 1966.

<sup>161</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Guanabara. p. 12, 1961.

a comunidade na qual sua “clientela” estava inserida, inclusive sua própria família, uma possível fonte de produção de doenças mentais.

Contudo a atividade predominante desses ambulatórios estava mais fortemente articulada ao âmbito da prevenção secundária, que visava à detecção precoce de problemas de saúde ainda em estágios iniciais. Aos hospitais, por sua vez, recaía a responsabilidade de atuar na prevenção terciária, objetivando reinserir o paciente à sua comunidade, de maneira que este pudesse retomar suas atividades realizadas anteriormente à internação, inclusive as laborais.

O que podemos observar é que a atuação do SNDM na execução das políticas públicas psiquiátricas, realizada por meio da gestão das instituições ambulatoriais ou hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, buscava implantar a lógica de funcionamento em rede. O significado da palavra rede está relacionado a algo construído por meio do entrelaçamento de fibras, estruturas ou canais que, mesmo atuando em espaços distintos, ao se conectarem em pontos de cruzamento, tornam-se partes constitutivas de um todo. Por analogia, podemos entender a estrutura assistencial do SNDM na cidade do Rio de Janeiro, ao menos a partir da década de 1970, como tendo sido construída com base neste conceito de rede. De acordo com os documentos analisados na presente pesquisa, o termo “rede” passa a ser utilizado a partir da década de 1970<sup>162</sup>, para fazer referência à estrutura montada pela própria DINSAM. Isso não significa dizer que essa rede foi eficiente e que cumpriu todas as suas obrigações regimentais, mas que fora pensada e planejada por intermédio da DINSAM. A rede tinha sido planejada e foi colocada em funcionamento.

Embora a pluralidade e a comunicação interinstitucional na assistência psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro tenha existido desde antes da criação do SNDM, foi a partir da sua criação, em 1944, que o modo de atuação em rede se institucionalizou. Desde a publicação do seu regimento, aprovado pelo decreto nº 17.185 de 18 de novembro de 1944, o SNDM tinha sob sua circunscrição administrativa os hospitais psiquiátricos subordinados ao Ministério da Saúde, seus órgãos locais. Como já mencionado: os órgãos locais eram formados pelo Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), Colônia Juliano Moreira

---

<sup>162</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 193 / Env. 1748. Programa Geral de Trabalho para a DINSAM: de 4 de abril a 2 de maio de 1972. p. 4, 1972.

(CJM) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (MJHC). Cada um desses hospitais tinha funções específicas dentro da lógica assistencial pensada pelo SNDM para a cidade do Rio de Janeiro (BRAGA, 2013, p. 121). Desde então, a esfera federal manteve esses hospitais, por vezes ampliando-os em sua capacidade espacial e terapêutica (os medicamentos, as convulsoterapias, a praxiterapia, a psicoterapia), sempre aumentando o número de leitos.

#### **4.1 Portas de entrada no sistema de saúde mental da DINSAM na Guanabara**

Em 1960, portanto, os órgãos locais do SNDM eram os hospitais já mencionados – CJM, CPN e o MJHC – além de cinco ambulatórios associados, ou não, a esses hospitais. Três deles eram do CPN: um localizado no Instituto de Psiquiatria, um subordinado ao Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil e o do Hospital de Neuro Sífilis. Os outros dois ambulatórios localizavam-se em Jacarapaguá, subordinado à Colônia Juliano Moreira, e na Praia Vermelha, Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, e respondia diretamente à Seção de Cooperação do SNDM. Como porta de entrada nessa rede assistencial montada pelo SNDM até 1960, um indivíduo que necessitasse de cuidados médicos psiquiátricos deveria encaminhar-se para um desses ambulatórios de saúde mental. Distribuídos em alguns pontos da cidade do Rio de Janeiro, essas instituições poderiam representar o primeiro contato da população com o atendimento psiquiátrico.

Em maio de 1961, outros três ambulatórios ligados ao SNDM foram inaugurados, a saber: no Hospital Pedro Ernesto, ligado à Universidade da Guanabara – atual UERJ –; no Hospital Miguel Couto, Zona Sul da cidade, e no Hospital Gafrée Guinle, no bairro da Tijuca, reconhecido como Zona Norte, mas localizado mais próximo à região central da cidade. Nesse último ambulatório, contudo, as instalações foram fruto de parceria entre o SNDM e o governo local, na figura do governador Carlos Lacerda (1960-1965), na qual se estabeleceu que o primeiro fornecia a mão de obra e aparelhos terapêuticos, enquanto o governo do estado cederia a estrutura física predial<sup>163</sup>.

Se o que motivasse o indivíduo a procurar ajuda médica psiquiátrica apresentasse características de crises agudas, com a perda de controle sobre suas ações, de modo a

---

<sup>163</sup> Outro ambulatório da SNDM que funcionava mediante convênio, porém, dessa vez com um instituição privada, a PUC-Rio, destinava-se a Orientação Vocacional, sem finalidades assistenciais gerais como os demais ambulatórios citados.

impedi-lo de procurar essa assistência de maneira autônoma, uma ambulância do Pronto Socorro Psiquiátrico do SNDM, localizado no Instituto de Psiquiatria do CPN, faria o transporte do indivíduo até a instituição de assistência e lá, então, seriam realizadas as primeiras ações terapêuticas emergenciais. Até meados da década de 1960, essa era a única instituição que prestava tais serviços.

Em 1965, foram implementadas mudanças na composição institucional do CPN. Por meio do decreto nº 55.474, o único órgão interno localizado fora do bairro do Engenho de Dentro, o Hospital de Neuro-Sífilis e seu ambulatório tiveram suas atividades encerradas. Em seu lugar, ocupando a mesma estrutura física, no bairro de Botafogo, Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, foi instalado o Hospital Pinel, subordinado diretamente à direção do SNDM, sobre o qual me debruçarei mais adiante. Contudo é importante ressaltar que nessa instituição, a partir de então, em um de seus pavilhões passou a funcionar um segundo Pronto Socorro Psiquiátrico na cidade. Sua finalidade era atender aos pacientes oriundos da Zona Sul da cidade.

A partir dessas duas portas de entradas – pelos ambulatórios ou pelos prontos-socorros psiquiátricos – o paciente poderia ter um entre vários possíveis destinos dentro dos órgãos locais do SNDM, conforme o quadro 14. Ele poderia também não receber indicação de tratamento, ser encaminhado para internação ou não ter indicação de internação. Nesse último caso, o paciente poderia ser encaminhado para atendimento ambulatorial, o que o manteria concomitantemente no convívio familiar e em tratamento médico psiquiátrico (estes representavam a maioria dos casos). Nos anos de 1968 e 1971, o número total de atendimentos nos ambulatórios do SNDM chegou a 69.799 e 70.806, respectivamente. Já o número total de admissões e readmissões de pacientes nos hospitais do CPN e da Colônia Juliano Moreira, em 1967, foram de 14.346 entradas. Em 1971, o total de internações somou 11.239<sup>164</sup>, representando uma média de 18,21% dos atendimentos hospitalares em relação aos ambulatoriais. Portanto, uma grande massa de

---

<sup>164</sup> Nos dados referentes à entrada de pacientes em instituições hospitalares, é preciso levar em consideração que em 1971, nos documentos analisados pela presente pesquisa, não foi possível identificar os movimentos relativos ao Hospital Gustavo Riedel do Centro Psiquiátrico Pedro II. Cx. 472 / 3535. Relatório dos Estabelecimentos psiquiátricos públicos e privados no estado da Guanabara. s/p. 1971; Cx. 290 / 2095. Relatório da Seção de Cooperação de 1967. S/p. 1968; Cx. 369 / 2555 / Maço 3. Relatório das Atividades da Seção de Cooperação. s/p. 1968; Cx. 156 / 1612. Relatório da Unidade de Planejamento: volume 1. s/p. 1971.

pessoas não adentrava no nível terciário da rede assistencial montada pelo SNDM, permanecendo em tratamento ambulatorial.

Ao analisar as fontes utilizadas nesta pesquisa, não é possível chegar a qualquer conclusão sobre as razões para esta diferença entre o número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Não podemos concluir, portanto, se tal fato era considerado expressão do êxito ou decorrente de problemas das políticas implementadas pelo SNDM. Duas interpretações conclusivas podem ser formuladas. A primeira tem relação com o fato da baixa rotatividade dos leitos hospitalares, pois “cerca de 45% dos doentes estão internados há mais de 1 ano, prazo considerado excessivo de acordo com os modernos métodos”. Além disso, o número de reinternados alcança 62% das admissões em geral, demonstrando ineficácia do sistema terapêutico<sup>165</sup>, caracterizando como um demérito das políticas públicas que não conseguiam sanar tais problemas. A segunda interpretação relaciona-se com as ideias programáticas para o setor de saúde mental, analisadas ao longo dos capítulos 1 e 2, nas quais uma das várias diretrizes era justamente o aumento do papel do ambulatório de saúde mental em detrimento do hospital asilar psiquiátrico. Nesse caso, essa discrepância consistiria num mérito do SNDM, que, por meio da implantação de uma política pública, conseguiu alcançar seu objetivo.

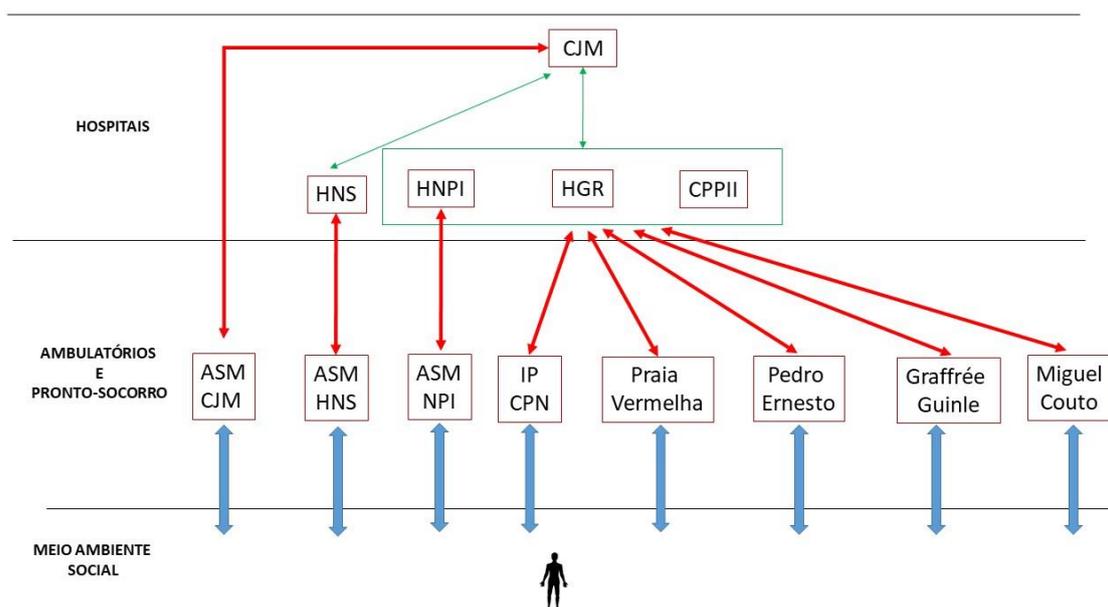
Em se tratando de casos de maior gravidade ou complexidade, a trajetória do indivíduo na rede assistencial psiquiátrica do SNDM dava-se conforme apresentado no quadro 14. Se o diagnóstico indicasse sífilis, o paciente era encaminhado para o ambulatório de Neuro-Sífilis (AHM-NS), mas, se o caso necessitasse de internação, o destino era ao Hospital de Neuro-Sífilis (HNS). As crianças eram encaminhadas ao ambulatório de Neuro-Psiquiatria Infantil (AHM-NPI) ou, em caso de internação, ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil (HNPI). Para os casos sub-agudos (fase inicial de uma crise aguda), o destino era o Hospital Gustavo Riedel (HGR), que trabalhava sob o regime de internação mista (homens e mulheres). Por fim, os casos classificados como agudos eram enviados ao Hospital Pedro II (HPII), que tinha como funções a observação e o tratamento de doentes mentais também de ambos os sexos com perturbações mentais agudas. Se, ao longo de sua avaliação ou internação no CPN, o indivíduo apresentasse

---

<sup>165</sup> Fundo DINSAM, Arquivo IMASJM. Cx. 473 / Env. 3552. A DINSAM e o estado da Guanabara. p. 2, 1975.

diagnóstico de cronificação de seu estado mental, seu destino era a Colônia Juliano Moreira (CJM), direcionada apenas a receber pacientes crônicos (BRAGA, 2013, p. 122)

**Quadro 15: Fluxograma da assistência psiquiátrica do SNDM na cidade do Rio de Janeiro (até 1965)**



Fonte: Acervo IMASJM

O decreto nº 55.474 de 1965, além de extinguir o Hospital de Neuro Sífilis, também alterou a composição interna das unidades do Centro Psiquiátrico Nacional localizadas em sua sede no Engenho de Dentro. Embora legalmente todas as mudanças se relacionassem à mudança de nomes de algumas de suas instituições, na prática esse período também foi demarcado pela descentralização das triagens e do atendimento ambulatorial concentrado no Instituto de Psiquiatria do CPN<sup>166</sup>. O próprio Centro Psiquiátrico Nacional recebeu o nome de um dos seus hospitais, passando a ser denominado Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). O Hospital Pedro II do CPN, por sua vez, passou a ser denominado Hospital Odilon Galloti (HOG).

No mesmo período, afóra o decreto supracitado, também foi criada no âmbito CPPII uma nova unidade hospitalar: o Instituto Professor Aduino Botelho (IPAB). Sua finalidade aparece nos documentos utilizados pela presente pesquisa de maneira dúbia.

<sup>166</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 355 / Env. 2443. Relatório de Atividades e Convênios. S/p. 1961.

Em documento de 1972, o órgão é definido como: “Unidade Hospitalar para pacientes protegidos por entidades médico-sociais”<sup>167</sup>. Tratava-se, portanto, de um hospital do CPPII que tinha a finalidade de assistir os indivíduos ligados às instituições que firmavam acordos com a Campanha Nacional de Saúde Mental, conforme analisadas no capítulo anterior, as quais pagavam uma quantia em dinheiro em troca de leitos e cuidados assistenciais psiquiátricos a seus associados. Contudo, em outros dois documentos, datados de 1973 e 1975, é possível depreender que ocorreu uma mudança no enfoque assistencial ou um complemento a sua finalidade inicial. No primeiro documento, a instituição é destacada como “Unidade de Tratamento das Dependências”<sup>168</sup>. O segundo destacava os tipos de atividades e procedimentos adotados pela instituição, indicando uma orientação em torno da psiquiatria social e comunitária, com programas de reabilitação e assistência a egressos, além da reeducação e orientação de alcoólatras<sup>169</sup>. Dessa forma, não é possível afirmar que o IPAB tenha migrado para outra finalidade, mas que pode ter ocorrido uma ampliação de suas tarefas institucionais.

Analisando os mapas de movimentação de pacientes do IPAB e do seu ambulatório<sup>170</sup>, é possível identificar que entre os ambulatórios do SNDM, em números absolutos, este era o que mais atendia os pacientes diagnosticados por alcoolismo. Porém quando o parâmetro de comparação são os números proporcionais, era o ambulatório Lysania Marcelino, do Hospital Odilon Galoti, que detinha o maior número de pacientes diagnosticados por alcoolismo. No caso dos hospitais, os que mais atendiam a clientela com tais diagnósticos, tanto proporcionalmente, quanto em números absolutos, eram os hospitais Odilon Galoti e Hospital Gustavo Riedel. O IPAB nesse quesito era o 3º colocado<sup>171</sup>.

---

<sup>167</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. Estado das obras do CPPII. s/p, 1972.

<sup>168</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 536 / Env. 4280. Processos Referentes a Dados Estatísticos Sobre Alcoolismo. s/p, 1973.

<sup>169</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 487 / Env. 3704. Pareceres do diretor. s/p, 1975.

<sup>170</sup> Foram encontradas informações referentes a três anos, 1968, 1971 e 1972.

<sup>171</sup> Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 290 / 2095. Relatório da Seção de Cooperação de 1967. S/p. 1968; Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 156 / 1612. Relatório da Unidade de Planejamento: volume 1. s/p. 1971; Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 282 / 2070 / Maço 3. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p. 1972

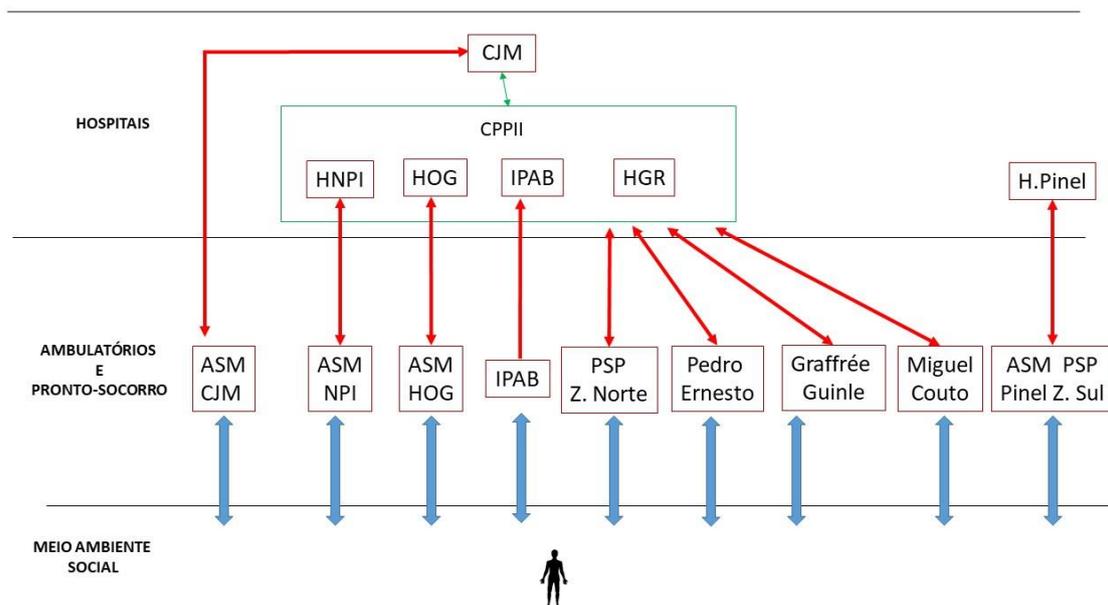
**Quadro 16: Recursos institucionais disponíveis no CPPII (1975)**

Instituição	nº de leitos operacionais	Nº unidades de internação	Ambulatório
Hospital Odilon Galotti	400	5	1
Instituto Professor Aduino Botelho	486	5	1
Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil	150	3	1
Hospital Gustavo Riedel	-	1	-
Unidade de Pronto Atendimento	24	1	1
Unidade Avaliação e Triagem	164	1	1
Bloco Médico Cirúrgico	-	-	-
Clínica Médica	112	2	-
Clínica cirúrgica	80	1	-
Clínica traumatologia	15	1	-
Clínica ginecológica	20	1	-
Clínica obstetrícia - maternidade	12	1	-
	1463	22	5

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 434/ Env. 3212. Relatório de Atividades: CPPII, s/p. 1975.

Outro ponto importante ocorrido nesse momento foi a ampliação do número de ambulatórios do Centro Psiquiátrico Pedro II. Quase todas as suas unidades hospitalares possuíam um ambulatório próprio. Apenas o Hospital Gustavo Riedel, destinado ao atendimento do público externo ao CPPII, não realizava assistência ambulatorial. Contudo o HGR passou a abrigar o Pronto-Socorro Psiquiátrico da Zona Norte e a unidade de triagem do complexo hospitalar do Engenho de Dentro, como pode ser verificado no quadro 15. Isso explica o fato de não ter sido encontrada nenhuma movimentação de doentes, quadro de diagnósticos ou entradas de pacientes separados por idade, como ocorrera com as outras unidades ambulatoriais aqui mencionadas. Dessa forma, a assistência psiquiátrica do SNDM, no estado da Guanabara, passou a contar com nove ambulatórios de saúde mental e dois prontos-socorros psiquiátricos, um na Zona Sul e outro na Zona Norte. Com isso, modificavam-se, em parte, as possibilidades do caminho a ser percorrido por um paciente nessa rede assistencial psiquiátrica, conforme demonstra o quadro 16.

**Quadro 17: Fluxograma da Assistência Psiquiátrica da DINSAM (pós 1965)**



**Fonte:** Acervo IMASJM

Em relação aos tratamentos ofertados pelos ambulatórios, foram identificados cinco tipos de terapia lá aplicadas, que aparecem classificadas nos documentos como: eletrochoque, injeções, cardiazol, insulina – todas de viés convulsoterápico – e as de cunho psicoterápico. Estas últimas eram oferecidas apenas nos ambulatórios dos Hospitais Pinel e Miguel Couto e no da Praia Vermelha, todos localizados na Zona Sul da cidade, e eram subdivididas em três tarefas. A primeira era a “orientação familiar”, uma medida muito defendida pelos psiquiatras do período, que visava a remover ou a minimizar as condições deletérias do meio ambiente social e familiar do paciente, atividade importante para os modelos de prevenção primária, secundária e terciária. Outra atividade psicoterápica era o “reajustamento psicológico” e por fim, a “psicoterapia”<sup>172</sup>.

<sup>172</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 355 / Env. 2443. Relatório de Atividades e Convênios. S/p. 1961; Cx. 429 / Env. 3181. Relatório das Atividades da Seção de Cooperação. s/p. 1965; Cx. 282 / 2070 / Maço 3. Relatório da Unidade de Planejamento. s/p. 1972.

No caso do ambulatório do Hospital Miguel Couto, o perfil diagnóstico dos pacientes submetidos à psicoterapia era em sua maioria de “neuróticos, principalmente do quadro histérico...que é praticada no próprio ambulatório”. Trabalho intimamente ligado à assistência social e utilizadas a partir de “critério profilático social...preferência...às pessoas socialmente mais ativas, como mães de família, chefes de turmas, professores, etc., para assim beneficiar indiretamente uma maior quantidade de pessoas”<sup>173</sup>. Uma clara alusão de que o órgão também focava sua assistência no âmbito da prevenção primária.

Embora, ao longo dessas duas décadas analisadas pela presente tese, a assistência prestada pelo SNDM fosse alvo de constantes críticas, inclusive dos próprios gestores hospitalares do órgão, a efetivação de medidas terapêuticas de cunho psicológicos e a descentralização dos pontos de acesso à rede assistencial, com a expansão do número de ambulatórios, confluía com o que fora defendido muito fortemente por uma ampla variedade de psiquiatras do período que visavam ampliar o foco da assistência ao atendimento ambulatorial em detrimento dos hospitais asilares. Tais medidas foram implementadas mantendo o Complexo assistencial psiquiátrico do Engenho de Dentro como o ponto nevrálgico desse sistema e a Colônia Juliano Moreira como o último estágio possível para um indivíduo que buscasse por tais serviços.

#### **4.2 O Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII)**

O Centro Psiquiátrico Nacional originou-se da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, inaugurada em 1911, localizada na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal. Seu objetivo inicial era abrigar as indigentes que superlotavam o Hospital Nacional de Alienados (OLIVEIRA, 2004, p. 50). A partir da direção de Gustavo Riedel (1918-1932), ocorreu uma reformulação no papel da instituição dentro da lógica assistencial da cidade. As ações representativas dessa mudança foram: a inauguração do Ambulatório Rivadavia Correa, em 1919, primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina, que tinha como principal foco de atuação a profilaxia de doenças mentais; a criação do Serviço Hétero-familiar, realizado por meio de casas habitadas por

---

<sup>173</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 355 / 2443. Relatório das Atividades do Ambulatório de Higiene Mental do Hospital Miguel Couto. s/p. 1961.

funcionários que cuidariam de doentes postos sob sua guarda domiciliar<sup>174</sup>; a fundação do Instituto de Profilaxia Mental; e, por fim, a criação, em 1923, do Laboratório de Psicologia Experimental da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro que, “em 1932, se transforma no Instituto de Psicologia, uma extensão do curso de Psicologia e Psiquiatria...trazendo o saber para junto da prática”<sup>175</sup> (OLIVEIRA, 2004, p. 51).

Em 1938, ao assumir a direção da Assistência aos Alienados de âmbito federal, Aduino Botelho empreende a transformação da então Colônia Gustavo Riedel em Centro Psiquiátrico Nacional (FACCHINETTI, 2011, p. 251). Desde então, a ideia de Aduino Botelho era transferir o Hospício Nacional de Alienados para o Engenho de Dentro, o que ocorreu de forma definitiva em 1943. No ano seguinte, o decreto-lei Nº 7.055, de 18 de novembro de 1944, criou o CPN e o transformou num grande complexo assistencial psiquiátrico, tornando-se a principal instituição integrante da rede assistencial do SNDM na cidade do Rio de Janeiro.

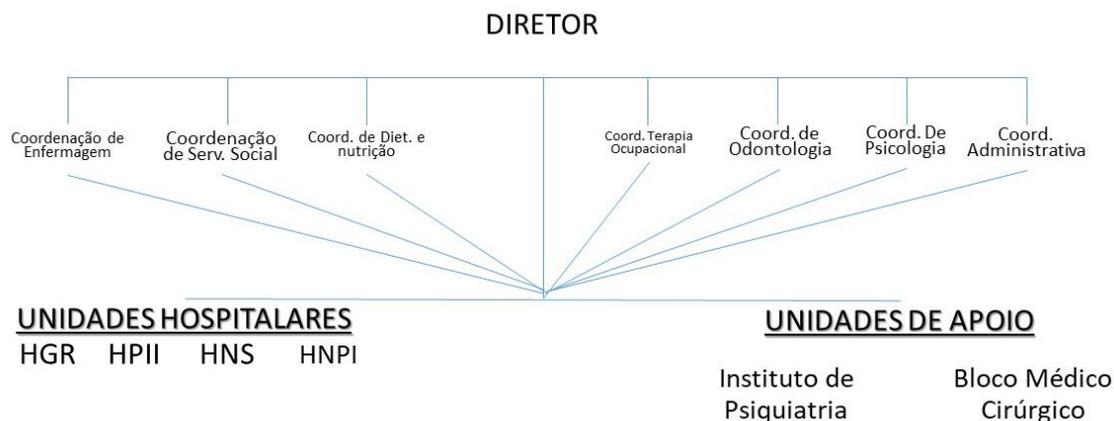
Ao longo da década de 1950, novas mudanças ocorreram, aumentando ainda mais a gama de serviços oferecidos à população no atendimento dos casos agudos. Ao final do decênio, a instituição era constituída por seis estabelecimentos hospitalares e seções especializadas, conforme demonstrado no quadro 17. Nesse momento, o Instituto de Psiquiatria (IP) do CPN era o órgão que tinha a competência de receber os doentes, observá-los e tratá-los imediatamente, transferindo-os posteriormente às outras unidades do CPN ou diretamente para a Colônia Juliano Moreira. O IP-CPN possuía também um serviço de internação com um Pronto Socorro Psiquiátrico, o primeiro da cidade, inaugurado em 1955, que contava com uma equipe formada por médicos, internos (estudantes de medicina), enfermeiros e guardas para receberem ou irem buscar os doentes em ambulância a qualquer hora e dia na semana.

---

<sup>174</sup> Esse serviço teve duração efêmera (OLIVEIRA, 2004, p. 42), embora não tenha sido localizado nenhum documento referente à informação de quando, de fato, tenha sido fechado.

<sup>175</sup> O autor não cita explicitamente à qual universidade se refere. Contudo traz a informação de que Instituto é fechado pela ditadura Vargas, após sete meses de existência, e a profissão de psicólogo só vai ser regulamentada em 1962.

**Quadro 18: Organograma do Centro Psiquiátrico Nacional até 1965<sup>176</sup>**



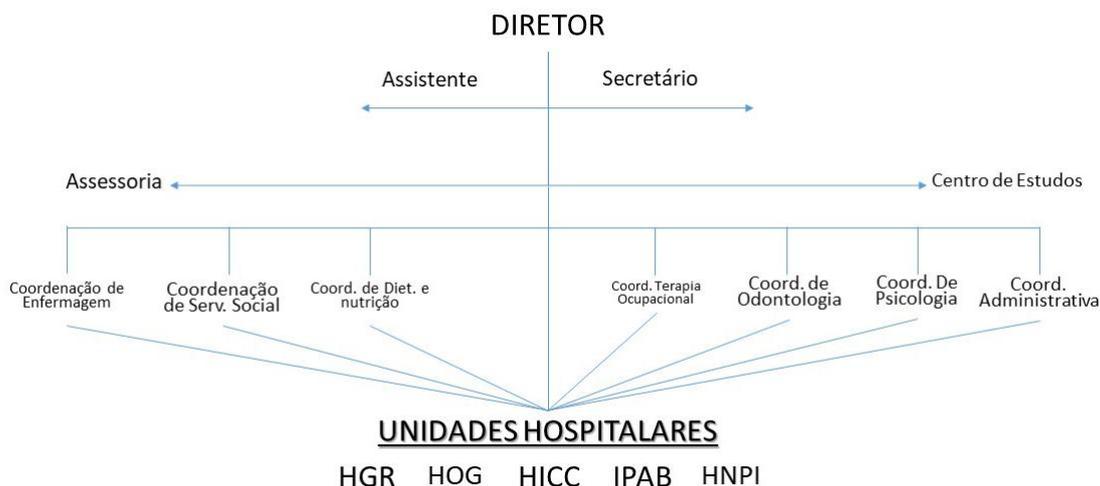
Com o advento do já citado decreto nº 55.474, de 1965, a instituição passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), e ganhou nova configuração institucional, com todas as suas unidades concentradas no complexo assistencial do Engenho de Dentro, conforme apresentado no quadro 18. O CPPII, a partir de então, seria composto por: Hospital Odilon Galotti, unidade de ressocialização; Hospital Gustavo Riedel, constituída por PSP- Zona Norte; Unidade de Triagem e Unidade de Pacientes Externos (modelo do ambulatório de saúde mental); Instituto Professor Aduato Botelho, que conforme já explicitado, destinava-se à assistência de pacientes protegidos por entidades médico-sociais que firmavam convênios com o SNDM, além de pacientes “*indigentes*” alcoolistas<sup>177</sup>; o Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil que atendia crianças de até 14 anos de idade; e, por fim, o Hospital de Intercorrências Clínicas e Cirúrgicas (HICC), antigo Bloco Médico Cirúrgico (BMC), que tinha como finalidade realizar a assistência médico-cirúrgica dos pacientes já assistidos pelo órgãos internos do CPPII. O fato de o HICC não realizar atendimentos externos ao complexo hospitalar do Engenho de Dentro possibilitava sua classificação também como uma Unidade de Apoio, conjuntamente com

<sup>176</sup> Braga, 2013.

<sup>177</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 536 / Env. 4280. Processos Referentes a Dados Estatísticos Sobre Alcoolismo. p. 1, 1973.

o Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação (STOR), que executava suas atividades nos setores de estudo e pesquisa ocupacionais, assim como nos órgãos assistenciais componentes do CPPII<sup>178</sup>.

**Quadro 19: Organograma do Centro Psiquiátrico Pedro II<sup>179</sup>**



Antes da criação de um setor específico para terapia ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional “muitos doentes eram ocupados em trabalhos braçais, serviços de limpeza das enfermarias e das instalações sanitárias, sendo que pequenas verbas eram destinadas para gratificá-los”<sup>180</sup>. Em 1944, na Seção Waldemar Schiller do Hospital Pedro II/CPN – posteriormente denominada Seção Odilon Galotti –, a terapêutica ocupacional foi introduzida de forma sistemática na referida instituição, pelo Dr. Fábio Sodré (SILVEIRA, 1966). Nesse primeiro momento, a psiquiatra Nise da Silveira participou como auxiliar desse projeto. Dois anos depois, ela passou a ser responsável pela organização das atividades de terapia ocupacional no CPN, a partir desse momento, “sendo-lhe oferecida verba destinada a remuneração de alguns internos que prestavam serviços à economia hospitalar”.

Ao assumir o Setor de Terapia Ocupacional, Nise da Silveira introduziu uma nova dinâmica de trabalho a partir da produção artística. O primeiro setor foi instalado em maio de 1946 e era de trabalhos aplicados manuais femininos (crochet, bordados, tricô e

<sup>178</sup> Fundo Dinsam: Acervo IMASJM; Cx. 290 / Env. 2095. Resenha das Atividades do CPPII: janeiro a junho de 1973.

<sup>179</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 513/ Env. 3999. Relatório de Atividades, s/p, 1973.

tapeçaria). Em setembro do mesmo ano, foi a vez da criação do ateliê de pintura, e, no decorrer dos anos seguintes, foram abertos mais setores de terapia ocupacional, ao ponto de, em 1961, estarem em atividades 19 setores diferentes (DIAS, 2003, p.46).

Em 1970, ainda sob a gestão da Dr<sup>a</sup>. Nise da Silveira, a STOR atendia a 370 pacientes que poderiam executar mais de uma atividade oferecida pelo setor. As mais atrativas, ao menos de acordo com o número de pacientes participantes, eram respectivamente: a recreação, as artes aplicadas e a pintura. Porém outras atividades eram ofertadas, como encadernação, corte e costura, salão de beleza, biblioteca, modelagem, jardinagem, dança, costura, cestaria, cartonagem e sapataria<sup>181</sup>.

Regimentalmente, o CPPII tinha responsabilidades institucionais relacionadas aos aspectos médico ou de saúde; social ou da assistência social; jurídico ou de assistência legal; e cultural, por meio dos seus Centros de estudos e de ensino médico. Portanto, junto com suas funções assistenciais, O CPPII também exercia funções ligadas ao ensino e à pesquisa relacionadas à área de saúde mental. Para essa finalidade, foram criadas três Unidades de Ensino. Duas delas – o Centro de Estudos Paulo Elejalde (CEPE) e a Comissão Permanente de Estudos (COPEN) – eram subordinadas ao CPPII. Já a Coordenação Geral de Ensino (CGE), sediada também no Engenho de Dentro, estava diretamente ligada à DINSAM<sup>182</sup>. Nesses locais, eram realizados cursos que chegaram a contar com 740 inscritos. Entre outras temáticas, destacavam-se os cursos de treinamento de pessoal de nível universitário, de formação de recursos humanos para o setor, de orientação psiquiátrica ou de auxiliar de serviços médicos<sup>183</sup>.

Também realizavam conferências sobre os mais variados temas, direta ou indiretamente ligados a área psiquiátrica. Os temas variavam: mais técnicos, da área médica generalista, sobre a artrite reumatoide, infecções urinárias e o uso de diuréticos; temas ligados diretamente à saúde mental, como o programa de assistência comunitária, a impotência sexual masculina no alcoolismo, o tratamento moderno da epilepsia, o diagnóstico pluridimensional em psiquiatria ou sobre o internista em psiquiatria; e, por

---

<sup>181</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 375/ Env. 2610. Relatório de Atividades, p. 8, 1973.

<sup>182</sup> Ibidem.

<sup>183</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. Atividades do centro de estudos paulo elejalde. s/p, 1970; Cx. 473 / Env. 3553. Relatório anual da DINSAM. p.1, 1973; Cx.. 398 / Env. 2914. Reunião da diretoria da dinsam. s/p, 1975.

fim, havia assuntos ligados à história da psiquiatria, como no Centenário de nascimento de Juliano Moreira<sup>184</sup>.

#### **4.2.1 As unidades hospitalares do CPPII**

Até a modificação ocorrida no CPN em 1965, o Hospital Pedro II era a principal unidade hospitalar do Engenho de Dentro. Conforme anteriormente descrito, a unidade tinha a incumbência de receber, sob o regime de internação mista (homens e mulheres), para observação e tratamento, “psicopatas” com perturbações mentais agudas<sup>185</sup>. Era composto por 14 seções de alojamentos destinados a internações e 1 seção para tratamento ambulatorial dos pacientes egressos, a Seção de Doentes Licenciados e Egressos ou Ambulatório – Seção Lysanias Marcelino<sup>186</sup>.

A composição do quadro de funcionários do HPII respondia a mesma lógica identificada no capítulo anterior, caracterizada por um grande número de guardas no exercício de funções assistenciais. Dos 187 funcionários totais, 99 tinham funções ligadas diretamente à assistência prestada aos pacientes. Destaco, entre eles, que 9 eram psiquiatras, 2 médicos generalistas, 1 assistente de praxiterapia, 9 enfermeiros, 1 assistente de enfermagem, 16 atendentes, 2 agentes sociais e 46 guardas.

Em seu último ano de funcionamento, o HPII manteve uma média de 571 doentes internados, com a predominância dos diagnósticos de esquizofrenia, seguida por epilepsia, maníacos depressivos e oligofrenia. Contudo também atendiam casos de lesões cerebrais, sífilis e neuroses em geral. A terapêutica indicada para tais casos era, predominantemente, o estímulo às convulsões por meio da eletroconvulsoterapia.

---

<sup>184</sup> Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. Atividades do centro de estudos paulo elejalde. s/p, 1970.

<sup>185</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 890 / Env. 7544. Relatório e plano para 1965 – CPPII. S/p, 1965.

<sup>186</sup> *Ibidem*.

**Quadro 20: Número de tratamentos executados no CPII em 1964**

Eletroconvulsoterapia	Nº de enfermos	1.692
	Nº de Choques	8.565
Pentametilenioconvulsoterapia	Nº de enfermos	74
	Nº de Choques	860
Insulinoterapia	Nº de enfermos	199
	Nº de Choques	2.310
Penicilioterapia	Nº de enfermos	259
Piretoterapia	Nº de enfermos	25
Quimioterapia antisifilítica	Nº de enfermos	45
Praxiterapia	Nº de enfermos	590
Impregnação	Nº de enfermos	737
Sonoterapia	Nº de enfermos	42

Fonte: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 890 / Env. 7544. Relatório e plano para 1965 – CPPII. S/p, 1965.

Outro instrumento terapêutico existente na instituição era a praxiterapia, que tinha sua própria Seção de Terapia Ocupacional e de Reabilitação (STOR), sediada na Seção Matoso Maia. Lá eram realizados trabalhos de artes plásticas, cestaria e vime, escolinha, pintura e desenho, salão de beleza e marcenaria. Possuía dois pátios internos, sendo um deles utilizado para jogos esportivos, vôlei em especial; e o outro usado para as mais diversas recreações: jogos de salão, leitura, horas de lazer e conversação entre os pacientes do hospital. Este pátio também possuía um jardim, uma horta com “plantação de cana de açúcar, aipim e abóbora”. Além disso, permitia-se a interação de animais domésticos com os pacientes no recinto, cães, gatos, pombos, “numa experiência de vanguarda que vem há algum tempo sendo observada no STOR, objetivando facilitar projeções afetivas entre os pacientes e os animais, estes desempenhando o papel de co-terapeutas”<sup>187</sup>. Concomitantemente, na seção Zaqueu Esmeraldo do HPII, funcionava a Seção de Artes Plástica e Costura.

O pátio interno de uma terceira Seção denominada Márcio Nery também passou por transformações e abrigou uma horta com plantações de “tomateiros, pés de milho, cana de açúcar, roseiras, etc”. Era uma seção feminina, em que as internas usufruíam das colheitas da horta. Outra medida da direção do CPN foi a organização – fora das seções

<sup>187</sup> *Idem.*

do HPPII, mas em local pertencente a ele – de atividades ligadas à terapia ocupacional em um pátio destinado à permanência dos pacientes durante o dia, para ambos os sexos, onde ofereciam oficinas de “modelagem de foot-ball, pequenos jogos como víspera, dominó e ludo, etc”<sup>188</sup>.

No último ano de atividade da Seção supracitada, foi posta em funcionamento uma Seção de Carpintaria, na qual eram reformados bancos, cadeiras, mesas, armários e móveis em geral. Para montá-la, os funcionários do hospital contaram com a ajuda dos internos e monitores lotados no STOR do CPN, realizando-se a limpeza do pátio e dos pisos, da pintura das paredes e o conserto do esgoto. Esse exemplo é emblemático, porque expõe a dupla função da terapia ocupacional: a participação do paciente na organização interna da instituição e da sua própria terapêutica<sup>189</sup>.

Ao se transformar em Hospital Odilon Gallotti, em 1965, manteve praticamente a mesma estrutura física do seu antecessor. Foram realizadas alterações pontuais, como a inauguração de uma unidade de ressocialização composta por um único edifício – a Seção Olavo Rocha –, que desenvolvia o trabalho de comunidade terapêutica, orientando as atividades das equipes médicas que eram realizadas junto aos pacientes e seus familiares, na promoção de reuniões periódicas entre as partes<sup>190</sup>.

Das demais 13 enfermarias do Hospital Odilon Galotti, 6 delas destinavam-se a pacientes homens e 7 a mulheres. Seu quadro de funcionários, em 1970, sofreu algumas alterações, se comparado às informações de 1964 do HPPII. Desta vez, era composto por 11 psiquiatras e 3 médicos em atividades psiquiátricas; 1 enfermeiro, 13 auxiliares de enfermagem, 12 atendentes e 71 guardas; 1 agente social e 1 assistente social; 3 auxiliares de praxiterapia e 2 auxiliares de arteterapia. Aumentou-se, portanto, o número de médicos, psiquiatras ou generalistas, estes últimos executando funções psiquiátricas. O prestígio da praxiterapia também fez-se notar com o aumento do número de profissionais destinados a essa tarefa; por fim, aumentou também muito fortemente o número de guardas.

---

<sup>188</sup> Ibidem.

<sup>189</sup> Ibidem.

<sup>190</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 306/ Env. 2153. Relatório de Atividades do CPPII, s/p. 1973.

O Hospital Gustavo Riedel (HGR), existente antes de 1965, manteve-se no CPPII após a reestruturação desse ano. Sua estrutura era destinada ao atendimento de pacientes de primeira internação e egressos. Em 1970, seu quadro de funcionários contava com 11 psiquiatras, 5 enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem, 18 atendentes, 37 guardas, 1 assistente social e 1 agente social; 4 auxiliares de praxiterapia e 2 de arteterapia<sup>191</sup>. Constituiu-se de 1 edifício com 3 andares e capacidade para internar até 350 pacientes. Totalizava 7 enfermarias: 3 masculinas, com 52 leitos cada uma, e 4 enfermarias femininas, sendo 3 com capacidade para 52 leitos e 1 para 34 leitos. Duas dessas enfermarias eram, respectivamente, a Unidade de Emergência – Pronto-Socorro Psiquiátrico da Zona Norte - em que o tempo médio de permanência era em torno de 72 horas; e a Unidade de Triagem, com tempo médio de permanência de 15 dias. Possuía ainda uma unidade hospitalar para pacientes externos, com média de 49,4 dias de internação; e, por fim, um ambulatório que atendia os egressos do CPPII<sup>192</sup>.

A Unidade de Emergência ou o Pronto-Socorro Psiquiátrico prestava atendimento em caráter de emergência às unidades hospitalares, a domicílios, vias públicas, unidades assistenciais da rede hospitalar da Guanabara e repartições públicas, inclusive delegacia. Detinha pacientes em agitações psicomotoras, efetuando internações ou reinternações<sup>193</sup> e era composta por 2 enfermarias, uma para cada sexo, com 15 leitos em cada. Sua área de abrangência era do atual bairro Praça da Bandeira, próximo à zona central da cidade do Rio de Janeiro até a “*zona rural*”, atual bairro de Santa Cruz, limítrofe oeste da cidade. Em 1970, efetuou 870 atendimentos externos, dos quais 450 foram realizados em residências, 90 em distritos – policiais – e 330 não especificados<sup>194</sup>.

O Instituto Professor Aduino Botelho (IPAB), conforme já ressaltado, caracterizava-se pelo atendimento de pacientes protegidos por entidades médicos-sociais em convênio com o SNDM no estado da Guanabara, tais como: o INPS, a Polícia Militar do Estado da Guanabara, Marinha, Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM)<sup>195</sup>, Cooperativa dos Rodoviários, Legião Brasileira de Assistência (LBA). Dos 585 pacientes atendidos pela instituição em 1970, 412 eram da Polícia Militar, 88 da Cooperativa dos

---

<sup>191</sup> Ibidem.

<sup>192</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 375/ Env. 2610. Relatório de Atividades, p. 8, 1973.

<sup>193</sup> Ibidem.

<sup>194</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156/ Env. 1612. Relatório de Atividades. s/p. 1970.

<sup>195</sup> A Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor vinculava-se ao Ministério da Justiça e foi criada em 1º de dezembro de 1964, pela Lei nº 4513, para substituir o Serviço de Assistência ao Menor, o SAM

Rodoviários, 52 da LBA e 33 da FUNABEM<sup>196</sup>. Porém também possuía funções voltadas para o público interno do CPPII, por intermédio da Seção de Eletroencefalograma, para o qual eram encaminhados pacientes que demandavam tais exames de qualquer um dos órgãos internos do Engenho de Dentro. Ao todo, o IPAB possuía 8 enfermarias: 4 para internações de homens e 4 para mulheres, com 60 leitos em cada uma delas. Em 1970, contava com 7 médicos psiquiatras e 1 laboratorista; 8 enfermeiros e 12 auxiliares de enfermagem; 40 atendentes e 47 guardas; 6 assistentes sociais; e 1 auxiliar de praxiterapia.

Ao levar em consideração tais dados sobre os profissionais lotados no IPAB, pode-se inferir que não havia tanto enfoque nas atividades ligadas à terapia ocupacional, como nas outras unidades do CPPII, já que era a unidade hospitalar com menor número de trabalhadores exclusivamente destinados à aplicação dessa terapêutica. Por outro lado, havia um trabalho maior no âmbito da ressocialização do paciente, era o setor do CPPII com maior quantitativo de assistentes sociais voltados, portanto, para a ressocialização do paciente. O IPAB possuía mesmo um Serviço Social responsável, entre outras coisas, por criar eventos de interação social entre os pacientes, bem como por auxiliá-los nos pedidos de auxílio e benefícios a pacientes com alta, atuando diretamente nas enfermarias. Nos saguões de cada andar, havia uma sala de reunião para os assistentes sociais e psicólogos realizarem trabalhos de psiquiatria social “com famílias, interessados e outros”<sup>197</sup>. Dessa maneira, fica claro que não havia um abandono do objetivo de ressocialização do paciente, mas que este era realizado pelas assistentes sociais, ao invés das atividades de terapia ocupacional, também voltadas para o referido objetivo.

Já o Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil (HNPI), até 1961, contava com 120 leitos infantis e, a partir de então, foram acrescentados mais 30 leitos. Atendia crianças em estágio pré-puberal, de até 14 anos. Em 1975, a instituição foi reformada, inclusive regimentalmente, visando à humanização de sua estrutura física e à ampliação de suas atividades, passando também a assistir o público infante juvenil.<sup>198</sup> Era composta por 4 enfermarias, 2 masculinas e 2 femininas. Destacavam-se também três dos seus setores internos: as enfermarias Bourneville, destinadas aos meninos, e a Fernandes Figueira, que

---

<sup>196</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 447 / Env. 3330. Relatório de atividades CPPII. p. 2, 1970.

<sup>197</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 375/ Env. 2610. Relatório de Atividades, p. 8, 1973.

<sup>198</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 434/ Env. 3212. Relatório de Atividades: CPPII, s/p. 1975

atendia meninas; além da Escola para Excepcionais Basílio de Magalhães, que recebia alunos internos e externos, divididos em dois grupos. O primeiro era composto por crianças que haviam ultrapassado a fase de alfabetização, e o segundo composto por alunos que “segundo testes de psicologia, com poucas exceções, apresentavam remotas possibilidades para a aprendizagem da leitura e escrita”<sup>199</sup>. Em 1962, 55 alunos matricularam-se no primeiro grupo e 12 alunos no segundo, chegando ao final do ano com 10 alunos.

Devido a sua reduzida “capacidade cognitiva”, o segundo grupo realizava atividades relacionadas a trabalhos manuais, ginásticas rítmicas, histórias no toca-discos, utilização da sala de brinquedos, “cineminha”, cantigas e pequenas dramatizações. Também eram realizados eventos externos ao Hospital, com visitas ao circo e a participação no *Festival de Iniciação Musical* da Escola Nacional de Música da UFRJ. Por fim, outro trabalho realizado na escola<sup>200</sup> era chamado de “*ortopedia mental*”, composto por exercícios e jogos senso motores<sup>201</sup>.

Seguindo a lógica da assistência psiquiátrica do SNDM no estado da Guanabara, para conseguir a internação no HNPI, as crianças deveriam primeiramente dar entrada no ambulatório de pediatria do órgão. As crianças que procuravam o atendimento ambulatorial poderiam ser encaminhadas pelas próprias famílias ou por algum órgão público que identificasse sua natureza patológica. Dados de 1962 mostram que, das 4.476 crianças que procuraram os serviços do ambulatório, 674 foram encaminhadas pelas escolas públicas, e as demais foram levadas por iniciativas das próprias famílias. A partir de 1968, o HNPI também passou a receber pacientes segurados pelo INPS<sup>202</sup>.

Contudo, no início da década de 1960, outros setores do HNPI ainda se mostravam em fases incipientes. O serviço de Psicologia, em 1964, contava com apenas 2 técnicos profissionais, um atendia as “*crianças internas*” e outro as “*crianças externas*”, num total de cerca de 180 crianças. Segundo a direção do referido hospital, eram necessários ao menos 4 psicólogos para a mesma função que, até aquele momento, era feita por 1

---

<sup>199</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 474 / Env. 3570. Relatório do Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, s/p. 1962.

<sup>200</sup> No referido documento, não fica explicitado se apenas um dos dois grupos utilizavam a *ortopedia mental*, ou se eram todos os alunos matriculados na escola Basílio de Magalhães.

<sup>201</sup> Idem.

<sup>202</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3345. Internações no HNPI com convênio com o INPS, s/p. 1978.

profissional. Outra seção de produção incipiente era a de Terapia Ocupacional. A peculiaridade das atividades executadas no HNPI, não permitiam a internação de “crianças candidatas imperfectíveis”, ou seja, com um grau de déficit cognitivo acima da média das crianças já atendidas pela instituição. O objetivo era que essa seção mantivesse o “justo objetivo de sua finalidade”. Dessa forma, as crianças que não se encaixassem no perfil da clientela do HNPI eram encaminhadas ao Pavilhão Ana Nery, local onde se instalou o Serviço de Massagem, executado em balneário de água quente e com aparelhos de recuperação motora, sob a responsabilidade do Serviço de Fisioterapia<sup>203</sup>.

A última Unidade Básica do CPPII a ser analisada é o Hospital de Neuro-Sífilis (HNS). Desde sua fundação em 1935, foram mantidas as duas vertentes de trabalho dessa instituição: profilaxia e tratamento. A primeira tarefa era realizada por um ambulatório, que, ao menos na virada da década de 1950 para 1960, atuava em parceria com a Fundação Guinle<sup>204</sup>. A segunda responsabilidade era executada por meio do trabalho realizado nos pavilhões Helion Póvoa, Afranio Peixoto e Guinle. Outros setores do HNS eram comuns tanto ao ambulatório quanto aos pavilhões hospitalares, como o Laboratório de Análises Clínicas e os Setores de Eletroencefalograma, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e o Serviço Social.

A instituição era alvo de muitas críticas quanto aos seus custos operacionais serem desproporcionais ao número de casos de sífilis diagnosticados. Ao analisarmos o mapa de movimentação de doentes do ambulatório do HNS, entre janeiro e novembro de 1960, foi possível identificar os números que reforçavam tais críticas. Nesse período, foram matriculados no ambulatório 3.456 pessoas<sup>205</sup>, o que poderia representar uma grande demanda pelos serviços oferecidos pela instituição. Contudo, ao aprofundarmos a análise de tais números, entendemos melhor o quadro da sífilis no contexto da assistência prestada pelo SNDM. As mais de 3.000 matrículas representaram 2.872 tratamentos,

---

<sup>203</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 474 / Env. 3570. Relatório do Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, s/p. 1962.

<sup>204</sup> A única menção a este trabalho interinstitucional consta em: Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 200 / Env. 1782. Relatório de Atividades, s/p. 1961.

<sup>205</sup> Nessa contagem, também não estão incluídas as pessoas que procuraram o ambulatório por suspeita de sífilis nos últimos dias de dezembro de 1959. A razão para isso é que os exames que comprovavam a existência da referida patologia tinham um prazo de 8 a 10 dias para a obtenção da resposta. Com isso, os indivíduos que procuravam o ambulatório para tais exames nos últimos dias de dezembro de 1959 só foram confirmados com a moléstia em janeiro de 1960, momento em que formalizaram sua matrícula para iniciar o tratamento (*Idem*).

realizados mais de uma vez nos mesmos pacientes. Entre eles, 94 apresentavam psicoses e 147 epilepsias, ambos devido à sífilis, os outros 2.541 matriculados não apresentaram nenhuma perturbação mental<sup>206</sup>. Portanto, tais números corroboravam a ideia de que não havia uma boa relação custo-benefício na manutenção de um hospital especializado em uma doença, se a demanda do próprio hospital é pequena para a função em que está regimentalmente vinculado, dando combustíveis para os planos de fechamento do hospital<sup>207</sup>.

Contudo, diante desse quadro, o ambulatório detinha uma importância vital para o funcionamento do hospital como um todo. Por mais que a triagem não captasse muitos casos de sífilis, ao menos atendia a população que demandava de atenção na área da saúde mental. Ao longo de 1960, em média 73% de todo o movimento da farmácia do HNS derivava dos atendimentos feitos no ambulatório. Além disso, como nem todos os pacientes do ambulatório que precisavam de atendimento sob regime de internação conseguiam as vagas para transferência aos demais pavilhões do HNS ou a outros órgãos subordinados ao SNDM, continuavam seu tratamento ambulatorial mesmo com o agravamento de seu quadro<sup>208</sup>.

Uma das razões para a falta de vagas de internação em instituições hospitalares decorria da reação em cadeia protagonizada pela superlotação da CJM, que impedia, limitava ou retardava as transferências de outros órgãos para Jacarepaguá. Em relação aos adolescentes internados no HNS, a situação era ainda pior, pois o único destino possível para os internos dessa faixa etária era o Pavilhão de Adolescentes da CJM. Entretanto, agravando ainda mais a situação, segundo relatório de Comissão Especial formado pela portaria nº 5, de 22 de fevereiro de 1961, com a finalidade de supervisionar as obras do SNDM paradas, a obra realizada nesse pavilhão estava em “aspecto de ruína irreversível”<sup>209</sup>.

Nesse sentido, as instituições que não conseguiam as transferências a tempo permaneciam também superlotadas e, por conseguinte, impediam novas internações ou

---

<sup>206</sup> *Ibidem*.

<sup>207</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 282 / Env. 2069. Relatório das Atividades da Seção de Cooperação, p. 10. 1961.

<sup>208</sup> *Ibidem*.

<sup>209</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 282 / Env. 2069. Relatório das Atividades da Seção de Cooperação, p. 10. 1961.

reinternações, sobrecarregando o trabalho realizado nos ambulatórios. Dessa forma, aumentava o índice de cronicidade nos hospitais, como justificou Walter Antunes, médico do HNS, responsável pelo Pavilhão Afrânio Peixoto, em 1960: “Embora num movimento anual de 48 doentes haja um número relativamente alta de cronicidade, isso decorre do longo do período de espera na triagem que precedeu a internação nesse hospital”<sup>210</sup>. Como retrato desse contexto, no Pavilhão Guinle, dos 30 pacientes internados em média, ao longo do ano de 1960, 90% eram crônicos, e 11 deles conseguiram transferência<sup>211</sup>. Em outro pavilhão, o Afrânio Peixoto, dos 48 pacientes internados em média, 38 sofriam de paralisia geral decorrente do agravamento do quadro sífilítico, e também conseguiram 11 transferências, nesse caso especificamente para a CJM<sup>212</sup>.

Desde a administração JK, os sucessivos relatórios do HNS, seus diretores apontam para a importância do órgão e seu fechamento seria um retrocesso na assistência psiquiátrica pública, pois ainda havia muitos casos registrados de sífilis até aquele momento. Por outro lado, Heitor Peres, diretor do SNDM, em fevereiro de 1963, defende a importância do hospital sob um viés diametralmente oposto, pois a instituição realizava naquele momento obras de expansão justamente para “ter funções mais gerais, inclusive de hospital de recepção da Zona Sul, projeto antigo e que visa atender à uma realidade nosológica: a quase extinção de neuroleses”<sup>213</sup>.

Esse embate foi vencido pela corrente que defendia o fim das atividades do Hospital. Em decorrência disso, conforme já mencionado, em 1965, nas mesmas instalações do HNS, foi criado o Hospital Pinel.

### **4.3 O Hospital Pinel**

Diretamente subordinado ao SNDM, manteve em certa medida alguma responsabilidade sobre as doenças mentais que tinham como causa a sífilis, tendo como competência fazer a pesquisa e o tratamento de tais doenças. A instituição atendia, principalmente, os pacientes agudos oriundos da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro e os casos de pacientes que deram entrada na instituição pelo Pronto-Socorro Psiquiátrico

---

<sup>210</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 200 / Env. 1782. Relatório de Atividades, s/p. 1961.

<sup>211</sup> O documento não discrimina o destino de tais pacientes.

<sup>212</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 200 / Env. 1782. Relatório de Atividades, s/p. 1961.

<sup>213</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 771 / Env. 6450. Organograma e Relatório do SNDM, s/p. 1963.

da Zona Sul (PSP-ZN)<sup>214</sup>. Portanto, a instituição apresentava uma dupla característica, de ser um hospital-escola<sup>215</sup>.

Em um de seus pavilhões assistenciais, intitulado de Afrânio Peixoto, funcionava o PSP-ZN, composto por um ambulatório especializado, um serviço de eletroencefalograma e o Serviço Social. Fundado antes mesmo da criação do Hospital Pinel, em 19/10/1964, este Pronto-Socorro passou a ser o principal responsável pela “dinâmica do Hospital Pinel”, procedendo todos os atendimentos demandados diretamente no órgão, oriundos das delegacias distritais de polícia ou das residências. Tinha por objetivo executar a tarefa de um anteparo capaz de frear a crise psiquiátrica de um indivíduo, de maneira que o “internado é submetido a toda a terapêutica moderna de urgência, de modo que ao ser transferido para seu destino já se encontra em condições melhores”<sup>216</sup>.

Em 1968, o PSP obteve uma média de 11 atendimentos diários, obtendo, no final do ano, um total de 2.103 internações e 1.011 reinternações, com 3.102 altas. Nesse caso, as “altas do PSP tem significado diferente, pois os pacientes são encaminhados para os diversos serviços hospitalares para internação, ambulatórios ou residências”<sup>217</sup>. Do número total de altas, 1.318 pacientes foram reenviados para suas residências. Os outros 1756 foram remoções para outras instituições, somando 442 para instituições do INPS, 659 para o CPPII, 138 para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), 59 para a Colônia Juliano Moreira, 43 para o Instituto de Assistência de Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASSEG) e 77 para hospitais do estado e Casas de Saúde.

Em documento de 1975, o então diretor do Pinel, dr. Hugo Kammsetzer, descreveu a dinâmica do atendimento do PSP. A rotina de trabalho era predominantemente ambulatorial, salvo “nos casos de psicoses agudas ou de periculosidade social e risco de suicídio”. Esses casos eram tratados no Ambulatório de Crise, criado em 1968, com a alcunha de prevenção de suicídio. Com média de 10 atendimentos diários, os pacientes eram geralmente socorridos por solicitação dos

---

<sup>214</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 483/ Env. 3663. Relatório Anual: Pinel, s/p. 1966.

<sup>215</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 416/ Env. 3093. Relatório anual das atividades: Pinel. P. 16, 1975.

<sup>216</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 447 / Env. 3330. Relatório de atividades CPPII. s/p, 1970.

<sup>217</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469/ Env. 3511. Relatório Anual: Pinel, s/p. 1968.

familiares, pela rádio patrulha – polícia – ou por telefone. Ao chegar, o paciente era apresentado na recepção, o plantonista o examinava e, se fosse constatada necessidade, era levado à enfermaria. A assistência social recolhia seus pertences em “sacos plásticos de leite, na falta de outro invólucro”. No PSP, os enfermos não ficavam mais do que 3 dias e, nas demais enfermarias, esse tempo costumava ser de 1 mês. Após esse primeiro momento, eram encaminhados à CJM ou ao CPPII. Contudo, conforme já observado anteriormente, devido à superlotação da Colônia, as transferências para Jacarepaguá não eram tão rápidas, com isso o quadro diagnóstico das instituições cronificava-se<sup>218</sup>.

Como medida de contenção de efeitos negativos, a fim de tentar diminuir a pressão sobre a cronificação, em 1966, foi criado um hospital-dia em um dos pavilhões da instituição, que, segundo relatório do hospital nesse mesmo ano, em funcionamento “pela primeira vez no Brasil”, contribuiria para diminuir a pressão por leitos na instituição e, com isso, aliviar também as despesas financeiras<sup>219</sup>.

Em todo o Hospital Pinel, além dos tratamentos biológicos, a psicofarmacoterapia e a praxiterapia eram fortemente utilizadas. Embora “a praxiterapia fosse uma miniatura do excelente serviço que no Engenho de Dentro deixou a Dra. Nise da Silveira Lobo”, essa terapêutica possuía um setor exclusivo para sua execução. O Setor de Terapia Ocupacional (STO) era composto por 1 equipe chefiada por um médico e outros profissionais que monitoravam especificamente cada área trabalhada no setor. Em 1966, eram seis áreas de atividades praxiterápicas, cinco delas com apenas 1 monitor em cada uma, a saber: esporte, artes plásticas, teatro, sapataria e estofaria, todos monitores homens. A outra área, Arte Aplicada Feminina, composta por 6 monitoras, realizava atividades como corte e costura, crouchê, tricô, bordado e plástico. Além das atividades supracitadas, também desenvolveram-se atividades como vime, encadernação, salão de beleza, festividades e serviços religiosos. Estes dois últimos responsáveis pela organização de eventos de natal, carnaval, primavera e São João. A mais executada, presumidamente a mais procurada, era a de Arte Aplicada Feminina, seguida das artes plásticas, esporte e salão de beleza<sup>220</sup>. As ocupações de cada paciente eram “de acordo com o nível social e cultural de cada um”<sup>221</sup>. Contudo, pouco tempo depois, entre 1966 e

---

<sup>218</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 416/ Env. 3093. Relatório anual das atividades: Pinel. P. 16, 1975.

<sup>219</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 483/ Env. 3663. Relatório Anual: Pinel, s/p. 1966.

<sup>220</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 483/ Env. 3663. Relatório Anual: Pinel, s/p. 1966..

<sup>221</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469/ Env. 3511. Relatório Anual: Pinel, s/p. 1968.

1968, os “pacientes perderam o interesse pelas atividades, transformando o local em simples local de repouso, conversa e preambulação”. Isso teria ocorrido, principalmente, devido a carência de pessoal<sup>222</sup>.

Outra terapêutica importante utilizada na instituição era a psicoterapia de grupo, que contava com um setor próprio para essa finalidade. Os médicos lotados no Pinel, Drs. Galina Schneider, Norma Travassos, Roberto B. Martins e Ubirajara Pessoa Guerra, e os estagiários dos Drs. Diriceu Santa Rosa e Marila Teodorowicz, eram os responsáveis pelos trabalhos realizados neste setor. Sua dinâmica de trabalho era organizada por meio de 7 grupos com 80 pacientes ao todo. Estes grupos reuniam-se 2 vezes por semana e, ao longo de todo o ano de 1968, realizaram 581 sessões.

Nem todos os pacientes que desejassem participar dessa terapêutica conseguiam, devido à escassez de vagas. Para fazer a seleção, os interessados passavam por entrevistas diagnósticas de caráter eliminatório. Ainda sobre os dados de 1968, das 176 entrevistas realizadas, 121 resultaram em inscrições, as demais precisariam esperar a abertura de novas vagas<sup>223</sup>.

Conforme já ressaltado, os estudos constituíam-se num dos pilares conceituais do Hospital Pinel, por isso, a Sessão de Estudo apresentava uma dinâmica de trabalho constante, constituindo-se num locus de produção científica do corpo médico do Hospital Pinel. Com reuniões semanais, eram apresentados estudos científicos, empíricos e teóricos, e, como resultados dessa atividade, em 1968, foram apresentados 5 trabalhos em congressos científicos: *Formação de um Setor de Grupoterapia num Hospital Psiquiátrico*, apresentado no IV Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo, em Viena; no 1º Congresso de Psicoterapia Analítica de Grupo, em Porto Alegre foram apresentados 3 trabalhos desse grupo, *Desaparecimento da Chave num Grupo Terapêutico*, *Surtos Psicóticos no Decurso de Grupoterapia* e *Funcionamento de Setor de Grupoterapia num Hospital Psiquiátrico*; por fim, na reunião da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria e

---

<sup>222</sup> *Ibidem.*

<sup>223</sup> *Ibidem.*

Saúde Mental, foi apresentado o *Funcionamento do Setor de Grupoterapia no Hospital Pinel*.<sup>224</sup>

Conforme noticiado no anexo II da presente tese, em reportagem do Jornal do Brasil de 10 de dezembro de 1972, o Hospital Pinel fora exaltado num primeiro momento de sua atuação, principalmente como referência de psiquiatria comunitária. Contudo, no decorrer da década de 1970, sua funcionalidade passou a ser alvo de constantes questionamentos. Obras intermináveis, estrutura física degradada e descaso com os preceitos originais do hospital foram as causas dessa descrença.

A percepção quase generalizada entre parte dos psiquiatras brasileiros, conforme foi analisado nos capítulos 1 e 2 desta tese, da eterna insuficiência técnica, mesmo com os altos custos financeiros e sociais das internações psiquiátricas, serviram de justificativa para a produção de um projeto de reformulação das ações do Hospital Pinel, menos de 10 anos de sua inauguração. Essa reestruturação seria em todos os níveis, física e funcional, sobretudo no trabalho extra-hospitalar “com a incorporação da família no atendimento inicial”. O foco era a potencialização de ações preventivas, em todos os níveis e objetivava alcançar a recuperação rápida do paciente psiquiátrico evitando as sequelas; diminuir o risco de adoecimento, melhorando os níveis de saúde mental; possibilitar a realização de pesquisas epidemiológicas psiquiátricas e, com isso, pesquisar técnicas assistenciais mais adequadas à realidade de trabalho da DINSAM<sup>225</sup>.

A base de execução desse projeto estava na realização de obras para adaptar o hospital às novas atividades, além da capacitação do pessoal já lotado no H.P. A atuação das novas medidas seriam metodologicamente baseadas em algumas ações inéditas, como consultoria e assessoria e outras que já eram realizadas, tais como: atendimento individual ou em grupo, procedimentos técnicos farmacológicas, psicoterápicas, socioterápicas e praxiterápicas; e por fim, a realização de sistemáticas pesquisas epidemiológicas<sup>226</sup>.

As metas, divididas em curto, médio e longo prazo, foram respectivamente estabelecidas da seguinte forma: atendimento de 100% dos casos agudos, com a implantação de uma Unidade Integrada de Saúde Mental em 6 meses; prestação de

---

<sup>224</sup> *Ibidem*.

<sup>225</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 497/ Env. 3830. Reformulação das Ações do Hospital Pinel, s/p. 1973.

<sup>226</sup> *Idem*.

assessoria e de consultoria a 60% das unidades sanitárias e 30% da rede escolar da região com implantação programada para 12 meses; e, por fim, participar de 100% da elaboração de todos os programas que objetivassem iniciativas de promoção de saúde mental, em conjunto com o esforço da comunidade em tais ações. No ano seguinte à proposta, foram feitos estudos em colaboração com a OPAS para a transformação do H.P em unidade Experimental de Saúde Mental<sup>227</sup>.

Entretanto, a cronificação era uma constante nas instituições psiquiátricas do período, e a transferência desses pacientes a outras instituições que tivessem como função a assistência a esse público em especial, estava comprometida, pois, enquanto não fosse solucionado o problema da superlotação da Colônia Juliano Moreira, o escoamento de pacientes crônicos em instituições que assistissem os agudos continuaria comprometido.

#### **4.4 A Colônia Juliano Moreira (CJM)**

A Colônia Juliano Moreira ocupava uma área total de 7.320.000m<sup>2</sup>, com 74.000m<sup>2</sup> de área construída, encravada na zona rural da cidade do Rio de Janeiro, no chamado “Sertão Carioca”. Ainda na década de 1970, mais de 50 anos depois de sua inauguração, apenas metade deste terreno era aproveitado para fins terapêuticos. Por um lado, limitada por cadeia de morros, por outro, seu limite com o atual bairro de Curicica era natural, não havia cercas, apenas trilhas. O portão principal localizava-se no atual bairro da Taquara. Ainda na década de 1970, existiam ao menos “5 trilhas clandestinas sem a menor vigilância e controle”. Parte da área interna era ocupada por edifícios que não se integravam, e os que recebiam os pacientes masculinos localizavam-se mais próximo à entrada principal e às vias de acesso<sup>228</sup>.

Como não havia controle sobre o vasto terreno da instituição, algumas moradias dos funcionários localizavam-se mais isoladas, outras agrupadas em pequenas vilas. Em estudo realizado nesse período, identificaram-se “problemas sérios nessa área”, sobretudo pela carência de pessoal administrativo capaz de propiciar uma ordenação da utilização e de controle das residências. Alguns terrenos eram ocupados por pessoas sem nenhum vínculo com a assistência prestada na instituição. Por vezes, apropriavam-se de terrenos

---

<sup>227</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 398/ Env. 2914 Relatório Anual - 1974: Unidade de Planejamento. P. 9, 1975.

<sup>228</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 535/ Env. 4274. Relatório de necessidades básicas: CJM, p.3, s/d

em tamanhos aleatórios, de acordo com a conveniência do ocupante, alguns com produtividade agrícola maior que a própria produção da CJM. A administração não conseguia quantificar o número de casas construídas, mas sabia-se que, na década de 1970, moravam 260 famílias com 6 pessoas em média cada uma. Seus custos, como os de energia elétrica, eram pagos pela CJM<sup>229</sup>.

Os edifícios da Colônia eram divididos em 4 núcleos, 11 pavilhões independentes, o prédio da administração geral, o Núcleo de Oficinas Gerais, a Garagem, o Necrotério e o pequeno prédio da portaria. Todos esses somados chegavam a 55 construções. Nos edifícios que continham áreas de dormitório para pacientes, a capacidade real de ocupação de cada unidade tinha por base a contagem de 1 leito por 5m<sup>2</sup><sup>230</sup>.

Os grandes núcleos e alguns pavilhões, os mais próximos da administração da Colônia, tinham a mesma administração<sup>231</sup>. Estes eram responsáveis pela organização administrativa e técnica, mas sem autonomia, dependiam sempre da autorização do diretor da CJM<sup>232</sup>. Na década de 1970, a população de cada setor da Colônia variava em torno de 700 a 1.000 internos por unidade, quantitativo superior à capacidade real da instituição. Os pavilhões mais afastados, que contavam com direções próprias, possuíam entre 300 a 500 internos, alguns desses com superlotação<sup>233</sup>.

A CJM “oferece serviços, sobretudo aos que possam beneficiar-se da praxiterapia”<sup>234</sup>. Essa frase, contida num projeto de reestruturação da rede assistencial da DINSAM no estado da Guanabara, datada de 1971, sintetiza a essência da vocação terapêutica da instituição. Alguns dos seus pavilhões internos tinham funções exclusivamente ligadas a essa finalidade. Um deles, o Pavilhão Ministro Mario Pinotti, tinha capacidade de 118 doentes e, em 1973, abrigava 119 pacientes. Sua função original era de ser o centro das atividades praxiterápicas da Colônia, e, mesmo não conseguindo obter êxito, ainda assim abrigava algumas oficinas de praxiterapia de uso exclusivo de

---

<sup>229</sup> *Ibidem*.

<sup>230</sup> *Ibidem*.

<sup>231</sup> *Ibidem*.

<sup>232</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429/ Env. 3183. Relatório das Atividades da DINSAM e de suas Unidades Administrativas na cidade do Rio de Janeiro (MJHC, CJM e CPPII) e de viagens. p.2, 1973.

<sup>233</sup> *Idem*, p. 9.

<sup>234</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 535 / Env. 4273. Projeto: rede médico assistencial da DINSAM na GB. p.6, 1973.

seus internos<sup>235</sup>. Tais atividades terapêuticas concentravam-se nas seguintes tarefas: artesanato, olaria, marcenaria, pintura, carpintaria, jardinagem, faxina e, em especial, o setor agopecuário que, em 1965, era composto por 200 pacientes que produziram 31.030 kgs de aipim e 2.571 kgs de hortaliças que compuseram a renda da Campanha Nacional de Saúde Mental.

Por outro lado, o Pavilhão Agrícola era o de maior subaproveitamento, recebia 150 internos, mas tinha a capacidade de atender até 219 pacientes. A defesa da direção da CJM era intensificar o uso do local. Conforme supracitado, dadas as características da assistência historicamente prestada pela CJM, a praxiterapia era classificada como uma das funções mais importantes de toda a Colônia. Historicamente, até década de 1970, esse pavilhão viveu de surtos esporádicos de desenvolvimento. Em termos de mão de obra, era composto por 1 médico, 1 engenheiro agrônomo, 1 dentista, 1 enfermeiro, além de inspetores, guardas, porteiros e serventes. O setor possuía atividades de bovinocultura, apenas para ocupar os pacientes, sem condições de utilizar sua capacidade econômica; uma avicultura ainda incompleta; a produção de horticultura e de agricultura em geral era a mais desenvolvida de todos os setores, mas, mesmo assim, apresentava pífia produção; a produção diária de leite continuava, em média de 30 litros por dia, que eram divididos entre o Setor Agrícola e o BMC<sup>236</sup>.

Outra modalidade de terapia ocupacional executada ao longo dos vários anos de sua existência foram os eventos recreativos realizados com os pacientes da CJM. Em 1970, os internos dos Núcleos Franco da Rocha, Teixeira Brandão, Ulisses Viana e dos Pavilhões Ulysses Pernambucano, Adib Jabour, Rodrigues Caldas, puderam participaram de excursões à praia, de feiras artesanais com exposição de produtos produzidos pelos próprios pacientes, festas juninas, confraternizações em geral, patrióticas, quermesses, excursões a parques naturais e jogos de futebol<sup>237</sup>.

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, a esquizofrenia sempre ocupou o primeiro lugar no total dos diagnósticos realizados nas primeiras entradas dos pacientes na

---

<sup>235</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429/ Env. 3183. Relatório das Atividades da DINSAM e de suas Unidades Administrativas na cidade do Rio de Janeiro (MJHC, CJM e CPPII) e de viagens. p.9, 1973.

<sup>236</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 398/ Env. 2914 Relatório Anual - 1974: Unidade de Planejamento. P. 9, 1975.

<sup>237</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 545/ Env. 4342 Atividades realizadas na CJM, s/p. 1970.

Colônia, 22,4% em 1964, 22,18 em 1967 e 30,03% em 1971. Em 1973, a CJM abrigava cerca de 5.000 internos, para assisti-los, a instituição contava com 62 médicos, sendo 20 psiquiatras e o restante clínicos, cirurgiões, radiologistas, anestesistas e laboratoristas; 8 assistentes sociais; além de 66 paramédicos, destes, 4 eram enfermeiros<sup>238</sup>.

Nos relatos dos diretores dos pavilhões internos da CJM, é possível identificar os problemas assistenciais presentes na instituição, como no caso do Pavilhão Ulysses Pernambucano, que tinha como finalidade receber adolescentes de ambos os sexos, com lotação máxima de 112 pacientes, e sua população, em 1974, era de 103. Embora sem superlotação, possuía um grande problema higiênico. Por ser construído numa depressão, na ocorrência de chuvas, o esgoto e o retorno das águas da chuva subiam 50cm, inviabilizando o trabalho no estabelecimento. Esses adolescentes foram transferidos para o Pavilhão Ega Muniz, que tinha capacidade para 100 pacientes e abrigava apenas 30. Era um pavilhão aberto, pois sua finalidade original era ser um centro de neurocirurgia<sup>239</sup>.

No Pavilhão Sampaio Corrêa, 114 pacientes estavam internados em média, de um total de 123 leitos disponíveis. Nos anos 1970, apresentava um dos piores quadros físicos e de higiene de toda a Colônia, circunstância agravada pelo fato de o edifício ser o responsável por assistir mulheres idosas. Em contraste com o pavilhão supracitado, tem-se o Pavilhão de Tisiologia, o único responsável por esse atendimento em toda a DINSAM<sup>240</sup>, com capacidade para 159 pacientes, e naquele momento assistia 129. Segundo relatório da própria CJM, era o pavilhão com melhores condições de trabalho. Em sua maior parte era destinado a receber pacientes mulheres seguradas do INPS. Por ser cercado por muros e possuir pequenos pátios para a circulação de seus internos, a maioria do tempo seus internos ficavam confinados em seus quartos e corredores. A exemplo do pavilhão para adolescentes também sofria com o alagamento das chuvas, depois que roubaram seus canos que eram feitos de cobre<sup>241</sup>.

O abandono de suas instalações, o pouco controle territorial e a característica patológica de grande parte dos seus internos, predominantemente crônicos, produziram

---

<sup>238</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429/ Env. 3183. Relatório das Atividades da DINSAM e de suas Unidades Administrativas na cidade do Rio de Janeiro (MJHC, CJM e CPPII) e de viagens. p.2, 1973; Cx. 535 / Env. 4273. Projeto: rede médico assistencial da DINSAM na GB. p.6, 1973.

<sup>239</sup> Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 535/ Env. 4274. Relatório de necessidades básicas: CJM, p.3, s/d

<sup>240</sup> *Ibidem*.

<sup>241</sup> *Idem*, p. 8.

um quadro de abandono assistencial agravado ao longo dos anos. Uma vez produzido um ciclo vicioso de abandono de um setor ou de uma instituição como um todo, o esforço para quebrá-lo ao passar do tempo torna-se cada vez maior. Anos de abandono da Colônia Juliano Moreira produziram o abandono terapêutico de muitos seres humanos, que, impossibilitados de exigirem melhores condições de tratamento, diante de seus mergulhos cada vez mais profundos dentro de si próprio, apenas reagiam aos estímulos a eles oferecidos, talvez apenas numa gradação acima à qual pertencem os objetivo inanimados. Esse quadro resultou em práticas regulares de trancafiamento de detentos em quartos sem qualquer fonte de iluminação e ventilação, inaccessos aos banheiros da instituição, ou, como em alguns casos, a não condução dos pacientes mais inaptos para estas tarefas que requeriam alguma autonomia, obrigando-os a conviver as 24 horas por dia com as suas próprias escatologias e com a de seus colegas internos. Se não fosse o abandono, qual seria a explicação para que um paciente de qualquer hospital fizesse sucessivos jejuns que duravam até 5 dias, por conta própria, mesmo apresentando sinais de debilidade física, conforme ocorreu com Arhur Bispo do Rosário, no Pavilhão Jurandyr Manfredini? (COPAS, 2014, p. 76). Num sentido inverso, mas dentro do mesmo tema, como explicar, se não pelo abandono administrativo, o fato deste mesmo paciente possuir um “quarto” individual muito maior, se comparado com os seus demais colegas, que se amontoavam nos demais quartos do pavilhão (*Idem*, p. 61).

A luta dos trabalhadores da saúde mental por melhorias no setor iniciou-se com um movimento nascedouro no Centro Psiquiátrico Pedro II, em 1978, quando três médicos, após mais um dia de trabalho, resolvem questionar as condições de trabalho aos quais estavam submetidos cotidianamente. Um deles, Amarante (1995), protagonista, testemunha e relator desse processo, não descreve as condições em que os pacientes do Engenho de Dentro estavam submetidos, como análogas às encontrados pelos internos da CJM, tampouco as cita. Entretanto, muito provavelmente, embora as condições de tratamento no CPPII não fossem boas, o que justifica o surgimento do movimento nessa instituição, ainda assim, eram melhores ou menos deletérias que as de Jacarepaguá.

O isolamento geográfico pode ter produzido um efeito duplamente nocivo à assistência prestada na instituição na década de 1960 e 1970. Em primeiro lugar, destaco a possível dificuldade em fazer as informações circularem entre as variadas instituições da DINSAM na cidade, impossibilitando a tomada de consciência do quadro assistencial

vigente na Colônia e impedindo qualquer tentativa de criação de uma força de pressão capaz de minimamente levantar o debate sobre o assunto. Em segundo, esse afastamento geográfico poderia ter produzido um certo escudo à supervisão externa, o que alimentou o ciclo vicioso supracitado, ao não interromper suas forças motrizes, identificadas na falta de estrutura e de condições de trabalho.

Talvez por isso, todas as medidas destacadas ao longo do presente capítulo não tenham sido possíveis de serem executadas na colônia de Jacarepaguá: as peculiaridades do ambiente, que nesse caso correspondem à capacidade material da instituição de executar o que lhe é proposto, bem como as limitações causadas pelas condições físicas e humanas, podem ter determinado as condições e, em última análise, a viabilidade da implementação das novas propostas assistenciais na instituição. Em outras palavras, não minhas, mas de Margareth Weir (1992), os meios administrativos podem impor condições restritivas ou impeditivas à implantação das ideias programáticas em um determinado setor.

Também nas outras unidades de assistência da DINSAM na cidade do Rio de Janeiro, foi possível observar a insuficiência de meios administrativos para a consolidação das novas diretrizes para a área psiquiátrica. Talvez por isso, pelo perfil da clientela e, conseqüentemente, pela predominância de certos diagnósticos em detrimento de outros, somente foi possível executar a psicoterapia nas instituições psiquiátricas da Zona Sul da cidade. Em relação ao Centro Psiquiátrico Pedro II, quiçá, só lhe restou aprofundar a praxiterapia, já que dispunha de vasto espaço físico disponível e profissionais qualificados formados pela Dra. Nise da Silveira.

Uma das grandes armadilhas para um historiador é ser contaminado pelo final da história que se propõe a contar. Esta é uma tese construída já sabendo que, no final do período estabelecido por mim como recorte temporal, as coisas não deram certo. Antes mesmo de começar a produzi-la, já havia identificado que foi devido à má qualidade da assistência prestada pela DINSAM que surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e suas variadas formas de expressão, o que possibilitou, num momento posterior, questionar mais profundamente os elementos mais amplos acerca do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil como um todo. Nesse caso, é preciso fechar os olhos para a tentação de não enxergar elementos e medidas positivas, mesmo sabendo que na

prática não foram tão bem executadas e, portanto, fracassaram, como no caso da psicoterapia e praxiterapia executadas no Hospital Pinel. Dessa forma, destaco a conjugação entre algumas ideias programáticas para o setor, como as supracitadas valorização da praxiterapia e ampliação da psicoterapia, bem como a ampliação do papel dos ambulatórios no sistema assistencial psiquiátrico da DINSAM. Medidas foram implementadas, suas execuções não foram bem sucedidas, talvez, nesse ponto, esteja a chave para entender o que deu errado.

Nesse sentido, podemos observar que as experiências concretas da assistência pública psiquiátrica no estado da Guanabara combinaram realizações e obstáculos em direção às novas ideias programáticas da então área da saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão desta pesquisa, é possível chegar a algumas respostas para a principal pergunta que motivou a realização deste trabalho. Como vimos na introdução, a questão fundamental que me motivava era entender como o Ministério da Saúde – por meio do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – atuou frente à política privatizante e hospitalocêntrica para a assistência psiquiátrica, apoiada e engendrada pelas diretrizes da previdência social, tal como a encontramos no final da década de 1970. Após identificar o desenvolvimento da assistência psiquiátrica brasileira do Ministério da Saúde, via SNDM, durante a década de 1940 (FABRÍCIO, 2009) e, posteriormente, a expansão deste modelo, durante a década de 1950, em especial durante a administração JK (BRAGA, 2013; 2015), conseguimos identificar a continuidade dos investimentos do referido ministério, tanto na assistência em nível nacional, quanto no estado da Guanabara, durante as décadas de 1960 e 1970. Ao mesmo tempo, mantiveram-se as reclamações, por parte dos gestores dos hospitais na Guanabara e nos demais estados, acerca das condições de algumas instituições e dos serviços que ofertavam à população. Mas quais modelos assistenciais foram mantidos durante as décadas de 1960 e 1970? O que, nesse período, foi gestado e financiado pelo Ministério da Saúde? Qual a relação entre as medidas concretas, levadas a efeito, para a prestação da assistência e as ideias programáticas que estavam sendo divulgadas? Partindo do princípio de que não existe uma única causa para os eventos históricos e sociais, procurarei aqui sistematizar alguns elementos apresentados ao longo deste trabalho que nos ajudam a entender a participação do Ministério da Saúde na concepção e na oferta da assistência psiquiátrica pública no período em questão.

Como demonstrado nesta tese, durante as referidas décadas, houve mudanças no campo conceitual da psiquiatria que serviram de fio condutor para as transformações da sua política pública. Destaca-se, nesse sentido, a substituição do uso do termo higiene mental para o de saúde mental. Nesse caso, essa mudança foi acompanhada por uma ênfase no discurso preventivista e do trabalho das instituições psiquiátricas não asilares, em detrimento do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. Como vimos, no cenário internacional, tais discussões estavam em voga desde a década de 1940, quando

a Organização Mundial de Saúde, por meio do seu Comitê de Expertos em Saúde Mental, passou a utilizar o termo *saúde mental*. Essa nova nomenclatura extrapolou suas funções técnicas, configurando-se como um campo ou uma disciplina médica constituída, por vezes substituindo o termo psiquiatria (BERTOLOTE, 2008, p.114).

A utilização desse “novo” termo buscou resumir e consolidar uma visão inovadora sobre a psiquiatria, seus métodos terapêuticos, suas instituições e seus próprios pacientes, ou seja, definições que estivessem de acordo com os novos tempos. Saúde mental passou a substituir, gradativamente, o termo higiene mental que, por sua vez, passou a ser identificado mais fortemente com o caráter substantivo do termo, ou seja, identificado com o ato de higienizar pessoas ou grupos, a fim de que fossem afastadas as condições de adoecimento mental de determinados grupos sociais, portanto, uma aproximação com a ideia de prevenção. Comparando os dois conceitos, higiene mental seria então um meio para se chegar a um objetivo último, a saúde mental.

Além de discussões conceituais, o Comitê de Expertos da OMS, também formulava propostas de políticas assistenciais concretas. Uma delas era entrosar a área da saúde mental com a saúde pública, principalmente para que a prevenção em psiquiatria, por meio de medidas de higiene mental, pudesse ocorrer em instituições de saúde pública. Nesse sentido, defendia-se a utilização do hospital geral também como um local para executar medidas preventivas e, para que houvesse essa reconfiguração, era necessário treinar profissionais de saúde pública na identificação de possíveis transtornos mentais e de orientação em higiene mental, inclusive médicos generalistas. Com tais proposições, a OMS criava um consenso internacional em torno da necessidade de mudanças profundas nas diretrizes assistenciais e, conseqüentemente, nas políticas públicas do setor dos países participantes.

Conforme vimos, o Brasil foi representado por 3 psiquiatras nas reuniões do referido Comitê: Antonio Carlos Pacheco e Silva, Adauto Botelho e José Leme Lopes. Suas participações ocorreram ao longo da década de 1950. A julgar pela temática de dois periódicos psiquiátricos brasileiros analisados por este trabalho – a *Revista Brasileira de Saúde Mental* e o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* –, tais participações não conseguiram influenciar de maneira imediata os psiquiatras brasileiros durante a década de 1950. Tal fato é verificável quando se observa que o termo higiene mental continuou aparecendo como tema de pesquisas publicadas. Além disso, não houve nenhuma menção a noções

como saúde mental, psiquiatria social e psiquiatria comunitária nos trabalhos científicos divulgados nos periódicos especializados. A inflexão presente nas discussões do comitê da OMS vai aparecer na literatura brasileira na década seguinte, quando os novos conceitos e ideias já difundidas na Europa e Estados Unidos foram fruto de amplo interesse e objeto de pesquisa e artigos em tais periódicos.

Ganhou impulso também o discurso sobre a necessidade de mudança no foco da assistência psiquiátrica, e tornava-se necessária a transformação do combate à doença mental em defesa da promoção da saúde mental. A revisão do papel do hospital psiquiátrico identificado como anacrônico durante a década de 1960 também ganhou maior peso no debate político em alguns países, inclusive no Brasil. Defendia-se a descentralização da atenção médica psiquiátrica com o fomento à criação de ambulatórios de saúde mental.

O conceito etiológico predominante era o das causas biopsicossociais. Dessa forma, a assistência psiquiátrica aumentava sua amplitude de atuação abarcando também preocupações relativas às questões sociais. Em consequência, muitos desses psiquiatras faziam um chamamento para a importância do trabalho dos assistentes sociais, das enfermeiras psiquiátricas e das psicólogas, principalmente para a reabilitação e ressocialização dos pacientes.

Ao longo do capítulo 1, apresentei como tais ideias programáticas foram consubstanciadas em legislações que se tornaram políticas públicas. De maneira geral, determinaram a criação de instituições e de unidades de atendimento que se pautavam e incentivavam a perspectiva da psiquiatria social, no intuito de evitar a internação que não fosse absolutamente necessária. Também estimulavam que o atendimento fosse feito a pacientes egressos e suas famílias em seus próprios meios sociais, ou mesmo indicavam a necessidade de “anexos psiquiátricos” em hospitais gerais.

As críticas ao hospitalismo também ganharam materialidade jurídica e tornaram-se aptas a serem colocadas em prática pelos gestores do setor. Conforme já ressaltado, a continuidade do tratamento, visando à reintegração do indivíduo acometido por problemas psiquiátricos, deveria ser realizada, evitando ao máximo o seu isolamento da comunidade. Assim, várias alternativas tornaram-se viáveis: a descentralização das ações assistenciais em direção a outros modelos institucionais ou à comunidade original do

paciente psiquiátrico, possibilitando o incentivo ou a implementação de hospitais-dia e ambulatórios de saúde mental.

Nesse contexto, a terapia ocupacional foi cada vez mais fortalecida como método de tratamento. Desde 1956, ela vinha ganhando destaque, sendo objeto de convênios exclusivos para o seu incentivo nos estados brasileiros. Em 1961, foi criada a Seção de Terapia Ocupacional e Reabilitação do SNDM, diretamente subordinada à direção do SNDM, o que corrobora a crescente atenção que a referida terapêutica vinha recebendo por parte das ações do referido órgão federal.

Ao longo do capítulo 2, ao analisar quais dessas ideias programáticas permaneceram ao longo da década de 70, observamos uma dualidade conceitual no campo das ideias programáticas. Por um lado, enquanto o Ministério da Saúde fazia frente e propunha alternativas ao hospitalismo, a historiografia aponta que a assistência prestada pelo INPS optou pela privatização de sua assistência, por meio da terceirizações de leitos hospitalares, não possibilitando a quebra da ênfase nas internações realizadas nos hospitais (RESENDE, 1987; MEDEIROS, 1977; VAISSMAN, 1983; PAULIN E TURATO, 2004). Por outro lado, na assistência oferecida pelo Ministério da Saúde no estado da Guanabara, mantinha-se o atendimento por meio de leitos públicos próprios. Em relação à assistência aos estados, os convênios continuaram executados diretamente com as secretarias estaduais de saúde.

A crítica ao hospitalismo continuou sendo a tônica das reflexões sobre assistência psiquiátrica durante a década de 1970, como pudemos verificar tanto nos artigos dos periódicos especializados, quanto na legislação vigente. O cerne da questão orbitava em torno da internação prolongada e, por vezes, definitiva, que desfazia o contato do paciente com sua vida anterior, provocando uma relação de dependência total com o hospital (SILVA, 1970, p. 173). Em alguns casos, as internações eram vistas como desnecessárias, pois os internados não apresentavam sintomas clínicos que indicassem sua necessidade. Seus problemas eram, em geral, fruto de dificuldades econômicas pessoais, sendo levados ao hospital pela polícia por embriaguez ou por ocasionarem distúrbios em vias públicas. Do ponto de vista do autor que escrevia sobre a assistência psiquiátrica, tal estado de coisas era corroborado pelo pouco esclarecimento dos familiares quanto à natureza das doenças mentais e sobre como tratar indivíduos portadores de tais doenças fora do âmbito hospitalar. Esses especialistas, por vezes, compartilhavam a ideia de que o hospital era

uma instituição que apresentava uma estrutura social com as mesmas peculiaridades enlouquecedoras das famílias dos pacientes e caracterizava-se por uma estrutura de poder piramidal, na qual as ordens obedecem a uma rígida hierarquia em que nem os novos elementos da equipe, nem os pacientes tinham qualquer autonomia. (SILVA, 1970, p. 173)

Na outra ponta da referida política pública, destacavam a importância do ambulatório. Essa ênfase e defesa das políticas ambulatoriais eram justificadas pela liberdade que concediam ao paciente para retornar ou não à instituição terapêutica, dificultando tanto a cronificação do doente quanto o exercício do arbítrio de interesses nem sempre transparentes nos hospitais tradicionais. Dessa maneira, ganhava força o discurso em torno da chamada psiquiatria social, que se configurava como uma aplicação do saber psiquiátrico que integrasse contribuições de várias disciplinas também voltadas para o conhecimento da natureza humana, tais como: epidemiologia, sociologia, antropologia, ecologia, administração pública, gerência de empresas e ciências biomédicas. Nesse sentido, toda a comunidade seria objeto de estudo, com suas crenças políticas e filosóficas investigadas e discutidas.

Contudo novas ideias programáticas exigem capacidade de adaptação aos meios administrativos com os quais se deseja atuar. No caso de novas abordagens terapêuticas, tornava-se necessário que novos profissionais fossem utilizados para essa tarefa. Foi nesse sentido que agiu a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 1967, incorporando a disciplina saúde mental ao curso básico de saúde pública. Também o diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Eustachio Portella Nunes, psiquiatra e psicanalista, justificava a existência de um novo programa de disciplina a ser ministrada aos alunos do 4º ano de medicina daquela universidade, com o intuito de harmonizar os objetivos dos formuladores de políticas de saúde mental e os programas de ensino na área (NUNES, 1977, pp. 29-32).

Todos esses movimentos em direção a uma mudança de ideias programáticas e de meios administrativos para torná-las políticas públicas ocorreram ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde reformulava seus órgãos de gestão, substituindo, em 1970, os serviços nacionais pelas divisões nacionais. A criação da DINSAM não acarretou uma legislação que remetesse a mudanças diretas e objetivas no campo assistencial, embora

tenha levado a uma reorganização da burocracia do Estado para lidar com o setor psiquiátrico no Brasil, ao mesmo tempo formulador e executor das políticas em questão. A DINSAM aparecia assim com novos órgãos internos, mantendo a atuação da esfera federal em duas frentes: uma voltada para a assistência psiquiátrica nos estados, e a outra na gestão de suas próprias instituições localizadas na cidade do Rio de Janeiro.

O contexto internacional do início dos anos de 1970 também reafirmava a crítica ao hospitalismo. Em 1972, por meio do documento elaborado em conjunto com ministros da saúde dos demais países latino americanos, aprovou-se o Plano Decenal de Saúde para as Américas. No campo da assistência psiquiátrica, defendeu-se a diversificação dos serviços, a condenação dos macro-hospitais, alternativas à hospitalização integral e à valorização das campanhas de reabilitação. O referido documento, endossado pelos países envolvidos, reafirmava as ideias programáticas do setor que já circulavam na Europa, Estados Unidos e América Latina, incluindo o Brasil.

Em diálogo com o referido Plano e utilizando-o como base, a DINSAM expediu a portaria nº 32/BSB, de 27/01/1974, na qual preconizava os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária, estabelecendo uma política de saúde mental que padronizava normas para financiamento, pela União, de leitos psiquiátricos nos estados. Também priorizava o atendimento ambulatorial e à hospitalização curta, de preferência em hospital geral.

Dessa forma, por intermédio dessa portaria, decidiu-se que o Ministério da Saúde seria o responsável por organizar e estruturar os serviços psiquiátricos de qualquer nível – federal, estadual ou municipal – sob a forma de sistema, visando à plena oferta no campo e na cidade. Suas programações acertadas entre os entes federativos envolvidos nesses projetos deveriam conter atuações em 3 níveis de prevenção das doenças mentais: primária, secundária e terciária.

Pautado nas diretrizes da portaria supracitada, em 1977, foi criado o Plano Integrado em Saúde Mental (PISAM), fundamentado em 3 conceitos básicos: interligação, interdependência e dinamismo funcional. Desse modo, os entes federativos deveriam trabalhar de maneira orquestrada, por meio da unificação de políticas, da elaboração de normas e manuais de orientação assistencial, todos elaborados pela DINSAM, a serem seguidos pelos estados. O plano também buscava melhorar a

capacitação dos recursos humanos, incrementar o sistema financeiro que custearia tais atividades e elaborar um sistema de informações de caráter epidemiológico.

A implantação do PISAM nos estados deveria ser feita em conjunto com as Secretarias de Saúde, seguindo um modelo programático desenvolvido pela esfera federal, mas ajustado e implantado em nível local. Obrigatoriamente, esse subsistema local de saúde mental deveria integrar-se ao sistema básico de saúde, potencializando os serviços extra-hospitalares, em consonância com as ideias programáticas que defendiam a utilização dos hospitais gerais para tratamento psiquiátrico, já que o hospital tradicional era considerado fator de cronificação da doença.

Diante do exposto até aqui, podemos identificar que as ideias programáticas no campo da saúde mental, nos anos de 1960 e 1970, consubstanciaram-se em políticas públicas efetivas. Assim, nos capítulos 3 e 4, busquei identificar como essas políticas foram implantadas e executadas e quais os problemas e questões enfrentadas nesse processo que nos ajudaria a compreender as ações do Ministério da Saúde, via SNDM e DINSAM, para a área psiquiátrica.

No capítulo 3, ao descrever e analisar as características das políticas públicas psiquiátricas implementadas pelo SNDM, em relação aos estados da federação nas décadas de 1960 e 1970, considerando o modelo de cooperação vigente nas distintas unidades federativas, realizado por meio de convênios entre a União e os estados, foi possível identificar a manutenção de alguns dos seus elementos constitutivos. Destaco, em especial, o complemento financeiro destinado aos estados para que estes pudessem implementar ou incrementar suas instituições assistenciais. Portanto, mantiveram-se ações embasadas na ideia de centralização normativa e descentralização executiva, engendrada no 1º governo Vargas, como já discutido por Fonseca (2007); e sob a qual o SNDM alicerçou, desde 1946, os convênios firmados entre a União e os estados brasileiros.

Contudo, ao analisarmos todos os modelos de convênios vigentes ao longo das décadas de 1960 e 1970, entre governo central e seus entes federativos, é possível identificar diversos obstáculos que tiveram de ser enfrentados. Os acordos para a realização de obras, embora tenha ampliado a oferta de leitos psiquiátricos, obrigou o governo federal a aumentar seus gastos com convênios de manutenção, devido ao

aumento da taxa de ocupação dos hospitais. Os recursos destinados à manutenção foram utilizados quase exclusivamente com despesas básicas relativas ao cotidiano hospitalar, como compra de alimento e de uniformes. Com isso, o SNDM passou a se valer da criação de mais um tipo de convênio: o de fomento à praxiterapia. Entretanto, em se tratando de uma terapêutica de atuação sistemática e de eficácia progressiva, de maneira geral, não produzia resultados imediatos capazes de modificar substancialmente o quadro assistencial brasileiro, no que se refere à reinserção social do paciente ao seu meio social.

Ainda que os investimentos do Ministério da Saúde na área psiquiátrica tenham sido reduzidos, nos anos de crise econômica na década de 1960, os convênios relativos a obras e à praxiterapia apresentaram durante este decênio, em média, os recursos para convênios de obras e de praxiterapia ao longo desse decênio apresentaram um saldo positivo. Ou seja, os valores investidos acima da inflação, portanto, com ganhos reais, demonstrando o interesse do Ministério da Saúde na manutenção dos convênios.

Com relação aos acordos para a realização de obras, ao longo do referido decênio, houve uma média de 60% de valor ofertado acima da inflação. A média dos convênios de praxiterapia foi de 31%. Já os convênios de manutenção apresentaram-se na contramão dos outros recém citados: em média os valores ofertados ficaram 9% abaixo da inflação, apresentando queda na capacidade de gastos dos entes federativos que os recebiam. Contudo, no seu último ano de vigência, 1969, seus respectivos valores apresentaram-se 9% acima da inflação, o que nos permite interpretar que o governo continuava a identificar a manutenção dos hospitais estaduais como necessária, podendo ter sido obrigado, por questões orçamentárias, a contingenciar parte dessas verbas em alguns anos.

Em 1967, aproveitando-se da criação das Campanhas Nacionais de Saúde – uma legislação que permitiria menor engessamento no manejo orçamentário e maior capacidade de financiamento para o setor –, o Ministério da Saúde, em conjunto com o SNDM, criou a Campanha Nacional de Saúde Mental. Seu financiamento era realizado quase que exclusivamente pelos acordos feitos pela instituição e por entidades públicas, privadas ou mistas, que, em troca de cuidados assistenciais psiquiátricos no Centro Psiquiátrico Pedro II (estado da Guanabara), pagavam uma quantia em dinheiro. Esse

montante era suficiente para cobrir todos os gastos da União com os convênios de obras, manutenção e praxiterapia, com os estados.

A Campanha parecia assim propiciar uma maior agilidade na arrecadação de recursos para a saúde mental, o que poderia produzir efeitos positivos na implantação das ideias programáticas do setor. Nesse ponto, no entanto, é possível identificar um paradoxo: era por meio dos acordos de hospitalização, portanto, uma política com foco no hospital, contando com capital privado, que a DINSAM buscava financiar medidas de cunho preventivista. Dessa forma, a criação de mais unidades ambulatoriais só seria possível com mais internação hospitalar.

É nesse contexto da criação da DINSAM que foi instituído um novo plano para a área da saúde mental – o PISAM – que, conforme já ressaltado, objetivava a integração dos entes federativos na condução da assistência psiquiátrica local. Uma peculiaridade do Plano estava no fato de se constituir de medidas que visavam definitivamente a acabar com a dependência financeira dos serviços psiquiátricos estaduais em relação à União.

O que se observa, contudo, é um conjunto de obstáculos relativos aos meios administrativos necessários para a implantação das ideias programáticas então correntes. A falta de remédio, de pessoal, ou até mesmo de local para atendimento à população, inviabilizavam muito a execução das tarefas relativas a qualquer uma das três fases da prevenção: primária, secundária e terciária. Sem pessoal, o diagnóstico fica deficiente. Mesmo com a diagnose bem produzida, a falta de remédios não estancaria crises agudas ou limitaria a evolução dos sintomas do paciente. Na mesma linha, mesmo com os recursos humanos ou terapêuticos necessários, alguns desses ambulatórios não possuíam as instalações adequadas para o atendimento sistemático à população. Portanto, sem os investimentos adequados nos meios administrativos, qualquer política fracassaria.

É notável também a trajetória dependente das políticas públicas para a área psiquiátrica em relação aos aparatos hospitalares estaduais, incentivados e normatizados pelo governo federal. Configurava-se como um entrave às novas ideias programáticas esse legado de instituições psiquiátricas de grande porte criadas ao longo dos anos de 1940 e 1950, pela parceria entre a União e os estados, e que era mantida pela União por meio de recursos destinados a essas instituições, as quais estavam longe de serem assumidas apenas pelos entes federativos. A trajetória dependente da DINSAM

demonstra assim como ela foi uma instituição portadora de história, cujo legado passado influenciava sobremaneira seus rumos futuros, por vezes tornando seus novos objetivos difíceis de serem concretizados.

No estado da Guanabara, onde a assistência psiquiátrica era, ao mesmo tempo, planejada e gerida pelo SNDM, também foi notável a absorção de ideias programáticas no conjunto de políticas públicas executadas pela instituição em seus órgãos locais. Era majoritariamente por intermédio dos hospitais federais que a assistência pública psiquiátrica era prestada. Observa-se, assim, no Centro Psiquiátrico Pedro II, um aumento da utilização da praxiterapia, assim como a aplicação da psicoterapia em maior escala nas instituições da Zona Sul da cidade. Vimos também a expansão do número de ambulatórios de saúde mental que, para além de todas as suas funções regimentais de cunho terapêutico, também funcionavam como um bem sucedido anteparo do fluxo de internação de pacientes direcionados aos hospitais. Na rede assistencial da DINSAM, o número de atendimentos nos hospitais correspondia apenas a 16% do número de atendimentos ambulatoriais.

Ao mesmo tempo, conforme vimos nos relatórios oficiais, avolumavam-se os casos de reclamação relativos, sobretudo, às condições hospitalares. O caso mais grave era o da Colônia Juliano Moreira, sobre a qual tais documentos relatavam a observância de condições sub-humanas de alguns pacientes dessa instituição. Fruto de ideias programáticas que tiveram muita força política na década de 1920 – a das colônias agrícolas –, a CJM foi ampliada e reinventada segundo as novas ideias programáticas, vigentes a partir da década de 1940, de criação de grandes instituições psiquiátricas, mas que passaram a ser debatidas e questionadas com os ventos preventivistas e que defendiam a reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

Conforme concepções vistas ao longo deste trabalho, os hospitais colônias, como a CJM, transformaram-se num dos símbolos do anacronismo do modelo asilar frente às novas ideias programáticas da década de 1960 e 1970. Dessa maneira, a estrutura predominantemente rural e a clientela igualmente crônica da CJM, pareciam dissonantes frente às medidas “modernizantes” que podiam modificar estruturalmente seu quadro assistencial. A instituição transformava-se, num certo sentido, num “elefante branco” diante da nova visão que se tinha sobre como deveria ser a assistência psiquiátrica:

atendimento ambulatorial, de viés comunitário, visando à reintegração social e com novos aparatos terapêuticos como a psicoterapia, o incremento à praxiterapia, a participação da assistência social. Como estabelecer tais mudanças numa instituição com esse perfil rural e de acolhimento de crônicos?

Portanto, ao mesmo tempo em que a assistência previdenciária para a área psiquiátrica implantava um modelo privatizante e hospitalocêntrico, o Ministério da Saúde, com base em ideias geradas no contexto internacional e nacional, identificava a má qualidade na medicina psiquiátrica existente naquele momento e passava a sustentar políticas públicas criadas por meio de decretos legislativos que produzissem um novo sistema de saúde mental (primário, secundário e terciário). A implantação dessas políticas públicas encontrou respaldo no órgão gestor da assistência psiquiátrica no Brasil – SNDM e DINSAM – que, ao longo dos anos aumentou o investimento de verbas para atender as novas necessidades do sistema de saúde mental. Contudo, à hegemonia do modelo previdenciário descrito, somavam-se a trajetória dependente do referido órgão gestor quanto ao parque hospitalar psiquiátrico criado nas décadas anteriores, assim como a inadequação dos meios administrativos para implantação das referidas políticas.

A partir dos resultados desta pesquisa, entretanto, apresentam-se novas perguntas sobre as quais a história, e as análises futuras a seu respeito, poderão fornecer respostas. Buscando assim os discursos e práticas voltadas para a área psiquiátrica, elaborados pelo Ministério da Saúde, deparei-me com um conjunto de fatores que parecem merecer novos investimentos analíticos. O primeiro deles é o papel e a influência das ideias da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde nas políticas públicas brasileiras para a área psiquiátrica, pois os dados demonstram a participação do Brasil como importante representante da América Latina para o assunto. Caberia aqui, portanto, retrocedermos no tempo para observar essa contribuição brasileira vis-à-vis a participação de outros representantes brasileiros na estrutura da OMS e da OPAS, como é o caso de Marcolino Candau, que esteve à frente da OMS de 1953 a 1973. De outra parte, cabem novas investigações que avancem temporalmente à análise para estudar as ações da OMS e da OPAS na década de 1970, buscando fontes que ajudem a entender como se deu a participação brasileira nesses organismos internacionais no que se refere ao tema da saúde mental.

Outro investimento analítico que esta tese coloca em prospecção é o de estabelecermos, de modo crescente, uma história comparada entre as políticas de saúde pública e aquelas adotadas para a área psiquiátrica, compreendendo esta última, ao mesmo tempo, como parte integrante e específica em relação àquela. Nesse sentido, por exemplo, cabe explorar com mais vigor as continuidades e rupturas entre os sentidos concedidos a diferentes categorias acionadas pelo campo da saúde pública e pela área psiquiátrica: os serviços nacionais e suas *campanhas*, os *agentes* de saúde e suas funções, a ideia de *preventivismo* e de assistência à saúde tripartida em atenção primária, secundária e terciária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### FONTES PRIMARIAS:

#### Artigos em periódicos e livros:

- ANDRADE, Oswaldo Moraes & MORAES, Talvane Marins de. Incidência de alcoolismo no Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul (Hosp. Pinel, do SNDM). In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. IX, n. único, p. 49-68, 1965.
- ARAÚJO, Marlene Silveira; NASCIMENTO, Iracema Garcia. Enfoque Sócio-psiquiátrico no atendimento do egresso cronicado. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 19, nº 1 e 2, 1970.
- ARRUDA, Elso. Preferência e animadversão por certas tarefas e a higiene mental. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. IV, n. único, p. 51-64, 1961.
- BARRETO, Francisco Paes. Evolução do conceito de assistência psiquiátrica. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 5, nº 2, 1971.
- BARRETO, F.P; CORREA, A. C.; BARROS J. J. C.; ROCHA C. S. Relação ambulatório-hospital em psiquiatria: relato e reflexões sobre uma experiência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 6 - Nº 4, 1972.
- BASTOS, Othon; TURENKO, Eugênia. Resultados comparativos de uma pesquisa de opinião sobre doença mental em dois grupos de condições sócio econômicas sociais distintas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 19 - Nº 3 e 4, 1970.
- BELLAK, L. *Community psychiatry and community mental health*. New York: Grune and Stratton, 1964 apud WHITTINGTON, H. G. The third psychiatric revolution – really?: a consideration of principles and practices in community psychiatry. In: *Community Mental Health Journal*. Vol. 1, n. 1, p. 73-80, Spring, 1965.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F.. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária [1976]. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

- BOLMAN, William; Westman, Jack C. Prevention of the mental disorder: an overview of current of current programs. *Amer J. Psychiat* 123, 1058-1068.
- BOTELHO, Adauto. Dados Sobre as Atividades Psiquiátricas e de Higiene Mental no Brasil. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. I, Nº 1. pp. 43-56, 1955.
- BUSNELLO, Ellis Darrigo; THOMAZ, Theobaldo Oliveira; ZIMERMAN, David, E.; GERCHMANN, Sara; CUNHA, Jurema Alcides; AVERBUCH, Clarice; A Psiquiatria Comunitária do Centro Social de São José do Murialdo em Porto Alegre. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 24, nº 4, 1975.
- BUSNELLO, Ell's D'arrigo. Saúde mental: perspectivas atuais e planos comunitários. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25, nº 2 e 3, 1976.
- BUSNELLO, Ell's D'arrigo; Gomes, R.; S. Wildt, Gerchman, M.; T. Velasques; A. Turkenicz; D. Azevedo; C. Averbuck; B. Lima; J. Bertolote. **COLOCAR O NOME DO ARTIGO E DO PERIÓDICO.**
- CARMO, Célio Assis do. O mito do ambulatório. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 24 - Nº 4, 1975.
- CESARINO, Antonio Carlos M. (A). Higiene mental no trabalho. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. II, Nº 1-2, p. 3-14, 1968.
- CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro. São Paulo: Atheneu, 1984.
- CHAN, Carlos M. O desafio do hospital mental de portas abertas. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 5 - Nº 2, 1971.
- GOMIDE, Alexandre de Ávila & PIRES, Roberto Rocha C.. *Capacidades Estatais e Democracia – Arranjos institucionais e políticas públicas*. IPEA, Brasília, 2014.
- ECHAVARRÍA, Juan Diego Lopera. Una história del concepto Técnico de salud mental: entre ciência e ideologia. In: CASAS, Álvaro; CONGOTE, Jana Catalina. *Salud y Salud Pública: aproximaciones históricas y epistemológicas*. Medellín: Hombre Nuevo Editores, Universidad de Antioquia, 2013.

- FILHO, Rocha J. S.. Organização hospitalar, Instrumento de Cura. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. IV, n. único, p. 11-22, 1961.
- FILHO, Rocha J. S.. A Psiquiatria americana contada pelos psiquiatras americanos. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, n. único, p. 17-62, 1968.
- FRANÇA, Jairo Coutinho. Uma Experiência Comunitária. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 24 - N° 4, 1975.
- FREITAS, Carmencita; DENISE, Lucy; CRISTOVÃO, Prado e Paulo. A psiquiatria comunitária do Centro Social de São José do Murialdo em Porto Alegre. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 24 - N° 4, 1975.
- FREITAS, Cincinato Magalhães de. Contribuição ao problema da assistência psiquiátrica no Estado da Guanabara. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 11, n. 1 e 2, p. 3-22, 1962.
- FREITAS, J. Psiquiatria Social: origens e desenvolvimento. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 2, n° 1, 1980.
- FROTA, Leopoldo Hugo. Avaliação de programas de saúde mental. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25, n° 1, 1980.
- GERSCOVICH, José. Psiquiatria dinâmica e medicina: o clínico e o hospital geral - seu papel. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, n. único, p. 63-78, 1968.
- GUEDES, Fernando Luiz Viana; CASTRO, Enoé de Carvalho; FERREIRA, Gladis da Cruz; BERGER, Walmor L.. Nossa experiência em ambulatório de saúde mental. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, n. único, p. 98-102, 1967.
- HADFIELD, J. A.. *Psicologia e higiene mental*. Madrid: Edições Morata, 1952.
- HOIRISCH, Adolpho; ROSA, Dirceu de Santa; ROSA, Enirce Pereira Santa. Com vistas a uma psiquiatria comunitária. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - N° 1, 1977.
- IMMERGUT, Ellen M. - *As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia*, Nova York, Cambridge University Press. 1992.

- IPUB. Conclusões do relatório oficial sobre saúde mental e adolescência. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 18, n. 1 e 2, 1969.
- JUNIOR, Achilles Scorzelli. Considerações sobre o DNS. In: *Arquivos de Higiene*. Vol. 22, tomo 1. p. 7-44. 1966.
- LOPES, José Leme. Mental Health - A Problem of the Community. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 16, Nº 2, p. 111-128, 1967.
- LOPES, José Leme. Vida urbana e desordens mentais. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3, Nº 3, p. 135-141, 1969.
- LOWENKRON, Theodoro Salomão. Epidemiologia psiquiátrica. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - Nº 4, 1976.
- LOWENKRON, Theodoro Salomão. O clínico geral na promoção de saúde mental. . In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 29 - Nº 4, 1980.
- LUCENA, José. Aspectos da evolução da assistência psiquiátrica no Brasil nos últimos 50 anos. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - Nº 2 e 3, 1976.
- MAIA, Edmundo. Visão panorâmica da assistência psiquiátrica no Brasil. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. VI, nº único, p. 1-9. 1961
- MANFREDINI, Jurandir. A Campanha Nacional de Saúde Mental: íntegra da exposição de motivos e do ante-projeto de lei elaborados pela atual direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. IX, Nº único, p. 169-176, 1965.
- MANFREDINI, Jurandir. Estímulo à cultura psiquiátrica no país. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, nº único, p. 6-12, 1968.
- MARIZ, Paulo José da Costa; MENDONÇA, Marcus; CHAVEZ, A.. Formalização de políticas e planejamento da saúde mental. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. I, nº 3, p. 14-19, 1979.

- MEDEIROS, Tácito. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977.
- NUNES, Eustáquio Portella. Ensino de Psiquiatria e Saúde Mental. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 26 - Nº 2,3 e 4, 1977.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: informe de la Segunda Reunión*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38043/1/WHO TRS 31 spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38043/1/WHO_TRS_31_spa.pdf). Acessado em: 12/10/2015.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: informe de la primeira reunión*. Nº 9, 1953.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: informe de la segunda reunión*. Nº 31, 1952.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: quinto informe*. Nº 134, 1957
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: séptimo informe*. Nº 177, 1959.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: noveno informe*. Nº 208, 1961.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: 12º informe*. Nº 223, 1963.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *Comite de Expertos em Higiene Mentale: 13º informe*. Nº 177, 1964.
- PACHECO e SILVA, A. C.. A Saúde mental na América Latina. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 2, n. 1 e 2, 1968.
- PAIM, Isaias. O hospital psiquiátrico: as origens, as transformações e seu destino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - Nº 2 e 3, 1976.

- PERES, Heitor. Tratamento moral e "praxiterapia integral". In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. VIII, n. único, p. 66-72, 1964.
- PINHEIRO, Marcio V. Impressões de três anos de residência num hospital universitário norte-americano. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 15, n. 2 e 3, 1966.
- RAMADAN, Zacaria Ali Borge. O Ambulatório, o hospital parcial, a comunidade terapêutica. In: *Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - N° 2 e 3, 1976.
- ROCHEFORT, David. Origins of the "Third Psychiatric Revolution": the community mental health centers act of 1963. *Journal of Health Public, Politics, Policy, and Law*. Vol. 9, n° 1. 1984.
- RODRIGUES, Lopes. O doente mental e a psiquiatria preventiva no Brasil. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. VIII, n° único, p. 27-45. 1964.
- SAMPAIO, Norival. Assistência Psiquiátrica Comunitária. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 5 - N° 1, 1971.
- SANTOS, Moacir Gaspar dos; HAILLIOT, João Carlos Martinez. Observação clínica de um fenômeno sociológico de um hospital público. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 19 - N° 3 e 4, 1970.
- SANTOS, Oswaldo dos & SIMPLÍCIO, Wilson J. Dinâmica de uma comunidade terapêutica. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, n° único, p. 54-72, 1964.
- SCHECHTMAN, Alfredo; NOGUEIRA, André Luiz; VERAS, Renato Peixoto. Um estudo teórico de um modelo de prevenção psiquiátrica. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 25 - N° 4, 1976.
- SCORZELLI, Achilles. Considerações sobre o DNS. In: *Arquivos de Higiene*. Vol. 22, tomo 1. pp. 7-44. 1966.
- SILVA, Edith Seligmann. Hospitalismo em Psiquiatria: alguns aspectos psicopatológicos. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 19 – N° 3 e 4, 1970.
- SILVA, Jorge Alberto Costa. A assistência psiquiátrica na realidade brasileira. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3 - N° 7, 1981.

VAISSMAN, M. (1983): *Assistência psiquiátrica e previdência social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro.

WHITTINGTON, H. G. The third psychiatric revolution – really?: a consideration of principles and practices in community psychiatry. *In: Community Mental Health Journal*. Vol. 1, n. 1, p. 73-80, Spring, 1965.

### **Legislação:**

Decreto-lei n. 3.171 - de 2 de abril de 1941

Lei nº 8550, de 3 de janeiro de 1946.

Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954.

Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro 1961.

Decreto nº 967, de 7 de maio de 1962.

Decreto nº 52.464, de 12 de setembro de 1963.

Decreto nº 55.474, de 7 de janeiro de 1965. Altera as denominações de órgãos do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde e dá outras disposições.

Decreto nº 56.120, de 27 de abril de 1965.

Lei nº 5026, de 14 de junho de 1966

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.

Decreto nº 58.165, de 11 de abril de 1967.

Decreto-lei 938, de 13 de outubro de 1969.

Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.

Portaria nº 282 de 23 de setembro de 1970.

### **Entrevista:**

CESARINO, Antônio Carlos M (B). A Essência do Psicodrama é o Coletivo. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: abril de 2001. Entrevista concedida a Heloísa Fleury, Carlos Borba e Dalka Ferrari. Disponível em: [http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/127/frames/fr\\_dialogos.aspx](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/127/frames/fr_dialogos.aspx). Acessado em 16 de maio de 2015.

**Documentação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, posteriormente, Divisão Nacional de Saúde Mental:** Acervo existente no Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira – SMS- Rio de Janeiro.

## **BIBLIOGRAFIA:**

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

Begliomini, Helio. *Antônio Carlos Pacheco e Silva*. Disponível em: < <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/137/BIOGRAFIA-ANTONIO-CARLOS-PACHECO-E-SILVA.pdf>>. Acessado em 17 de agosto de 2017.

Bertolote, Jose M.. The roots of the concept of mental health. In: *World Psychiatry*. Vol. 7, n. 2, p. 113-116, 2008.

BRAGA, André Luiz de C.; VENANCIO, Ana Teresa A La asistencia psiquiatrica en el contexto brasileño: ideas y practicas frente a proyectos de desarrollo nacional (1937-1978). In: Rafael Huertas. (Org.). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. 1ed.Madri: Catarata, 2017, p. 83-117.

BRAGA, André Luiz de C.. *O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz - Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

BRODY, Eugene B. The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA Policies. *World Psychiatry*. 2004 Feb; 3(1): 54–55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414666/>>. Acessado em

14/06/2004.

CÂMARA, Fernando Portela. Vida e Obra de Nise da Silveira. *Psychiatry On Line*. Vol. 7, Nº 9, 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>. Acessado em: 12/11/2015.

CARVALHO, Sonia Maria Marchi de; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. In: *Rev. Latinoam. Psicopat.* Ano 9, Nº 1, 2006.

CASTRO, Fernando Portela. Ciências e Web Disponível em: <http://www.luizpaivadecastro.com.br/ciencias-e-web.html>. Acessado em: 09/11/2015.

CORDEIRO, Quirino; *et al.* Prevenção em saúde mental. In: *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, v. 7, n. 7, p. 38-53, 2010.

CORPAS, Flavia dos Santos. *Arthur Bispo do Rosário: do claustro infinito à instalação de um nome*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, PUC-RJ, 2014.

COSTA, Renato Gama-Rosa; GONÇALVES, Ana Paula. Evolução urbana da Colônia Juliano Moreira. In: VENANCIO, Ana Teresa A.; POTENGI, Gisélia Franco (orgs). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond : FAPERJ, 2015.

ECHAVARRÍA, Juan Diego Lopera. Una história del concepto Técnico de salud mental: entre ciência e ideologia. In: CASAS, Álvaro; CONGOTE, Jana Catalina. *Salud y Salud Pública: aproximaciones históricas y epistemológicas*. Medellín: Hombre Nuevo Editores, Universidad de Antioquia, 2013.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, MARY (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto; Editora UNESP, 2001. . p. 322–361.

ENGEL, Magali. Sexualidades interdidas: loucura e gênero masculino. *História Ciências Saúde - Manguinhos*, v. 15, p. 173–190, 2008.

- FABRÍCIO, A. L. da C. (2009): *A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930-1945)*, Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/dissertacaoandrefabricio.pdf>.
- FALLETI, T. Infiltrating the State: the evolution of health care reforms in Brazil: 1964-1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen (orgs.). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, power*. Cambridge, UK, New York: Cambridge University Press, 2010.
- FACCHINETTI, C.. Hospital Nacional de Psicopatas 1927-1943. In: Jacó – Vilela, Ana Maria (Org.). *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil*. 1ed. Rio de Janeiro: Imago, 2011, v. 1, p. 250-252.
- FALLETI, T. Infiltrating the State: the evolution of health care reforms in Brazil: 1964-1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen (orgs.). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, power*. Cambridge, UK, New York: Cambridge University Press, 2010.
- FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2007.
- FROTA, L.H; PICCININI W.; BUENO; JR. Centenário de Nascimento do Professor José Leme Lopes: notas biográficas e breve homenagem. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Set/Out 2004; 53(5):312-8.
- GOMIDE, Alexandre de Ávila & PIRES, Roberto Rocha C.. *Capacidades Estatais e Democracia – Arranjos institucionais e políticas públicas*. IPEA, Brasília, 2014.
- HALL, P. & TAYLOR, R. *Political Science and the Three New Institutionalism*. Cambridge: Political Studies Association, Blackwell Publishers, 1996.
- IMMERGUT, Ellen. O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo. 1998. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas – Coletânea*, volume 1, 2007.

- IMMERGUT, Ellen. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 30, p. 139-165, 1996.
- GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. *Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem*. São Paulo, 1º. ed. Rideel, 2002.
- HUERTAS, Rafael. História de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué?: tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. In: *Revista Frenia*. Vol. 1, nº 1, 2001.
- HUERTAS, Rafael. Salud mental y reforma psiquiátrica: algunas reflexiones históricas. In: *EIDON: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*. Nº 27, marzo-junio 2008.
- KELLY, B. D. Poverty, Crime and Mental Illness: Female Forensic Psychiatric Committal in Ireland, 1910-1948. *Social History of Medicine*, v. 21, n. 2, p. 311–328, 3 jun. 2008.
- LOPES, José Leme. Mental Health - A Problem of the Community. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 16, Nº 2, p. 111 - 128.
- MAGNOLI, Demétrio. *Geografia: para o ensino médio*. Vol. Único, 1º Ed., 2008.
- MAHONEY, J.; THELEN, K. A theory of gradual institutional change. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. (orgs.). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, power*. Cambridge, UK, New York: Cambridge University Press, 2010.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro, Ed, Fiocruz, 2007.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Ruptura e Continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde*. In: *Locus: revista de história*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2 p. 47-69, 2009.
- MOREIRA, Vânia Maria Losada. *Os Anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural*. In: Ferreira, Jorge; Delgado, Lucilia de Almeida Neves (orgs). *O Brasil Republicano. O Tempo da Experiência Democrática: da*

*democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

NOVELLA, Enric J. Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. In: *Frenia*. Vol. VIII, p. 9-32, 2008.

OLIVEIRA, Edmar de Sousa. *Engenho de Dentro do Lado de Fora: o Território Como Engenho Novo*. Monografia (Curso MBA Gestão em Saúde). Fundação João Goulart, Rio de Janeiro, 2004.

PAIS, El. *Muere Karl Menninger, Padre de la Psiquiatria Norteamericana*. Disponível em: [https://elpais.com/diario/1990/07/19/sociedad/648338411\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1990/07/19/sociedad/648338411_850215.html); <http://www.nytimes.com/1990/07/19/obituaries/karl-menninger-96-dies-leader-in-us-psychiatry.html?pagewanted=all>. Acesso em 14 de agosto de 2017.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, ago. 2004.

PERILLA, Mónica Mojica; AFANADOR, Laura Del Pilar Cadena. Formación del discurso en salud mental en la primera mitad del siglo XIX. In: *Med UNAB*. Vol. 16 (3), Diciembre 2013 – Marzo 2014.

PICCININI, Walmor. “*Adauto Junqueira Botelho: Notas Biográficas*”. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php>>. 2009. Acessado em 16 de agosto de 2017.

PORTOCARRERO., V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica a psiquiatria* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acessado em 20 de janeiro de 2017.

RESENDE, Heitor. *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, 1987.

- ROCHEFORT, David. Origins of the “third psychiatric revolution”: the community mental health centers act of 1963. In: *Journal of Health Public, Politics, Policy, and Law*. Vol. 9, nº 1. 1984.
- RUIZ SOMAVILLA, María José; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 3, n. 1, p. 7–29, 2003.
- SACRISTÁN, Teresa Ordorika. Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 71, n. 4, p. 647–674, 2009.
- SANTOS, Oswaldo dos & SIMPLÍCIO, Wilson J. Dinâmica de uma comunidade terapêutica. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*. Vol. XI, nº único, p. 54-72, 1964.
- SARAIVA, Francisca. A definição de crise das Nações Unidas, União Europeia e NATO. *Nação e Defesa*. N.º 129 – 5.ª Série, pp. 11-30, 2011.
- SARMENTO, C. E. (2012): “O Custo do Desenvolvimentismo”, em Dossiês JK, CPDOC-Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/artigos/Economia/Desenvolvimentismo>
- SILVEIRA, Renato Diniz. *Projeto Lopes Rodrigues: Continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)*. 2008. 304 f. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- SOUZA, Juberty, Antonio; PICCININI, Walmor J. Isaias Paim (1909-2004). In: *Psychiatry online*. Vol. 15, Nº 1, 2004. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano10/wal0110.php>. Acessado em 16 de agosto de 2016.
- STEINMO, S.; THELEN, K. & LONGSTRETH, F. *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. New York: Cambridge University Press, 1992.
- TALEROW, Gustavo Querodia. *A moral, a política e algumas questões científicas presentes no Hospital do Juquery: abordagens de Pacheco e Silva (1923–1950)*. Disponível em:

<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao51/materia03/>. Acessado em 18 de agosto de 2017.

- VAISSMAN, Magda. *Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. Dissertação (mestrado em Psiquiatria). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983.
- VENANCIO, Ana Teresa A.; CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira. “Política assistencial psiquiátrica e o caso da Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954)” In: Wadi, Yonissa Marmitt e Santos, Nádya Maria Weber (orgs.). *História e Loucura: saberes, práticas e narrativas.*, p. 51–83. Uberlândia: EDUFU, 2010.
- VENANCIO, Ana Teresa A. “Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX.” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 18 (suplemento 1), p. 35–52, 2011.
- WADI, YONISSA MARMITT. Recreando la vida: catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica. In: GÓMEZ, A. C.; BLAS, V S. (org.). *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijon: Ediciones Trea: GÓMEZ, A. C.; BLAS, V S., 2005. p. 421–447.
- WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia, Minas Gerais: EDUFU, 2009.
- WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*, v. 10, n. 1, p. 65–79, 2006.
- WADI, Yonissa M.; OLINTO, B. A. ; CASAGRANDE, A. B. . Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Online), v. 22, p. 1353-1371, 2015b.
- WADI, Yonissa. M.; CASAGRANDE, A. B. . Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, p. 174-198, 2015a.

WEIR, Margareth. *Ideas and politics of bounded innovation*. In: STEINMO, S; THELEN, K. & LONGSTRETH, F. (Eds.) *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. New York: Cambridge University Press, 1992.

WILKEN, Timothy. Crisis: Danger & Opportunity, *Uncommon Sense*: 4, 2001. Disponível em <http://www.synearth.net/UCS4.pdf>. Acessado em 28 de novembro de 2017.

• **Acervo do IMASJM**

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 149 / Env. 1589. *Relatório Anual de 1961 – João Pessoa/PB*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 154 / Env.1605. *Relatório da Seção de Cooperação*. p. 1, 1958.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156 / Env. 1612. *Relatório de Atividades*. s/p. 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156 / Env. 1612. *Movimento Ambulatorial no Brasil: 1969/1970/1971*. s/p, 1971.

Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 156 / Env. 1612. *Relatório da Unidade de Planejamento: volume 1*. s/p. 1971

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 156/ Env. 1612. *Relatório de Atividades*. s/p. 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatórios diversos*. s/p, 1962.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / Env. 1748. *Relatório Diversos: 1955-1973. p.1, 1964*.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 193 / 1748. *Relatório do Dr. José Simplicio da Rocha Filho, sobre as Inspeções no Estado de Alagoas*. p. 1-2, 1968.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 200 / Env. 1782. *Relatório de Atividades*, s/p. 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 201 / Env. 1792. *Ofício nº 1314. p.1, 1956*.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 282 / Env. 2070. *Relatório da UP – vol. 1*. s/p, 1972.

Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 282 / Env. 2070 / Maço 3. *Relatório da Unidade de Planejamento*. s/p. 1972.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 282 / Env. 2069. *Relatório das Atividades da Seção de Cooperação*, p. 10. 1961.

Fundo Dinsam: Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. *Atividades do centro de estudos paulo elejalde*. s/p, 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 290 / Env. 2095. *Situação das Obras*. s/p, 1969.

Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 290 / Env. 2095. *Relatório da Seção de Cooperação de 1967*. S/p. 1968.

Fundo Dinsam, Acervo IMASJM, Cx. 290 / Env. 2095. *Relatório da Seção de Cooperação de 1967*. S/p. 1968.

Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. *Resenha das Atividades do CPPII: janeiro a junho de 1973*. s/p. 1973.

Fundo Dinsam: Acervo IMASJM: Cx. 290 / Env. 2095. *Atividades do centro de estudos paulo elejalde. s/p, 1970.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 306/ Env. 2153. *Relatório de Atividades do CPPII. s/p. 1973.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 341 / Env. 2354. *Relatório do Movimento Administrativo e Financeiro da CNSM / 1º semestre de 1968. p. 4, 1968.*

Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 355 / Env. 2443. *Relatório de Atividades e Convênios. S/p. 1961*

Fundo Dinsam:Acervo IMASJM: Cx. 355 / Env. 2443. *Relatório das Atividades do Ambulatório de Higiene Mental do Hospital Miguel Couto. s/p. 1961.*

Fundo DINSAM; Acervo IMASJM; Cx. 362 / Env. 2496. *Relatório do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste, s/p, 1978.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 369/Env. 2553. *Relatório da Unidade de Planejamento, s/p, 1972.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 375/ Env. 2610. *Relatório de Atividades, p. 8, 1973.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 398 / Env. 2914. *Relatório Anual de 1974. p. 13, 1975.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 398/ Env. 2914. *Relatório Anual - 1974: Unidade de Planejamento. p. 9, 1975.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx.. 398 / Env. 2914. *Reunião da diretoria da DINSAM. s/p, 1975.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 416 / Env. 3097. *Relatório TCU – CNSM – 18.769/1974. s/p, 1974*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 416/ Env. 3093. *Relatório anual das atividades: Pinel. P. 16, 1975.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx 429 / Env. 3181. *Relatório de Atividades da S.C de 1965. s/p, 1965.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429 / Env. 3181. *Relatório de Atividades da S.C Relativas ao ano de 1965. p. 2, 1965.*

Fundo Dinsam:Acervo IMASJM; Cx. 429 / Env. 3181. *Relatório das Atividades da Seção de Cooperação. s/p. 1965.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 429/ Env. 3183. *Relatório das Atividades da DINSAM e de suas Unidades Administrativas na cidade do Rio de Janeiro (MJHC, CJM e CPPII) e de viagens. p.2, 1973.*

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 434/ Env. 3212. *Relatório de Atividades: CPPII*, s/p. 1975.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de trabalho do SNDM para 1961, em MT, GO, DF e nos territórios do Acre e Rondônia*. p.6, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados do Maranhão e Piauí*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Guanabara*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de Maranhão e Piauí*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, na Paraíba e em Pernambuco*. p. 7, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, nos Estados de Maranhão e Piauí*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 442 / Env. 3298. *Plano de Trabalho do SNDM para 1961, no Piauí*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 447 / Env. 3330. *Relatório de atividades CPPII*. p. 2, 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3345. *Internações no HNPI com convênio com o INPS*. s/p. 1978.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3343. *Plano de Distribuição do SNDM: proc. Nº 13.632/67*. 67, s/p, s/d.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 449 / Env. 3352. *Proposta do Novo Regimento do SNDM*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 455 / Env. 3397. *Sumário de Relatório da Secretaria de Estado da Saúde e Assistência Social*, s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469 / Env. 3515. *Proposta Orçamentária*, s/p, 1966.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 469/ Env. 3511. *Relatório Anual: Pinel*, s/p. 1968.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 473 / Env. 3553. *Relatório anual da DINSAM*. p.1, 1973.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 474 / Env. 3570. *Relatório do Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil*.s/p. 1962.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 474 / Env. 3570. *Relatório do Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil*, s/p. 1962.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 483/ Env. 3663. *Relatório Anual: Pinel*, s/p. 1966.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3679. *Relatório de Atividades do AHM da PB, Dra. Maria de Lourdes Britto Pessoa*. p. 2, 1963.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3701. *Discurso Proferido pelo Dr. Edmundo Maia, por ocasião da transmissão de cargo, do diretor do SNDM*. 1962, p. 4.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 487 / Env. 3704. *Pareceres do Servidor*. s/p, 1976.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 490 / Env. 3756. *Auxílios Concedidos aos Estados da União*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 497/ Env. 3830. *Reformulação das Ações do Hospital Pinel*, s/p. 1973.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 513/ Env. 3999. *Relatório de Atividades*, s/p, 1973.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 535 / Env. 4273. *Projeto: rede médico assistencial da DINSAM na GB*. p.6, 1973.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 535/ Env. 4274. *Relatório de necessidades básicas: CJM*, p.3, s/d.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 536 / Env. 4280. *Processos Referentes a Dados Estatísticos Sobre Alcoolismo*. p. 1, 1973.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 545/ Env. 4342. *Atividades realizadas na CJM*.s/p. 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Relatório Referente à Manutenção dos Ambulatórios de Saúde Mental Todo o Brasil, Através da Distribuição de Produtos Químico-Farmacêuticos*. s/p, 1969.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 547 / Env. 4367. *Setor de Auxílios aos Estados*. s/p, 1969.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 560 / Env. 4473. *Quadro de Auxílios Concedidos aos Estados nos Exercícios de 1956 a 1964*. s/p, 1964.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 566 / Env. 4530. *Relatório do SNDM*. p.22, 1956.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 566 / Env. 4527. *Relatório da CNSM – 01/JAN/1969 a 11/MAR/1969*. s/p, 1969.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM. Cx. 567 / Env. 4535. *Relatório da Seção de Cooperação: Volume I*. p.3, 1960.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 607 / Env. 4918. *Demonstrativos dos Auxílios Concedidos aos Estados da União Através de Convênios De stinados à Construção*. s/p, 1958.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 656 / Env. 5441. *Programa de Aplicação de Dotação Orçamentária*. p. 2, 1962.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 656 / Env. 5441. *Plano de aplicação da verba de praxiterapia: restos a pagar 1963*. s/p, 1964.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 771 / Env. 6450. *Organograma e Relatório do SNDM*. s/p, 1963.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 890 / Env. 7544. *Relatório e plano para 1965 – CPPII*. S/p, 1965.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7611. *Relatório da Unidade de Planejamento da DINSAM*. s/p, 1971.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . *Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais*. s/p, 1968.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897 / Env. 7605 . *Tabela de Distribuição de Auxílios de Custeio aos Estabelecimentos Psiquiátricos Estaduais*. s/p, 1968.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 897/ Env. 7611. *Relatório da Unidade de Planejamento*. s/p, 1970.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 941 / Env. 8029. *Ofícios Diversos*. s/p, 1969.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 8100. *Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1961*. s/p, 1961.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 950 / Env. 8100. *Relatório Anual: médico do SNDM – Manaus/AM – Referente a 1962*. s/p, 1962.

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 963 / Env. 8160. *Mapa de Movimentação de Doentes*. s/p, 1969-1970

Fundo Dinsam; Acervo IMASJM; Cx. 148 / Env. 1587. *Relatório do Ambulatório de Saúde Mental de Curitiba*. 1969.p.1, 1969.

# ANEXOS

ANEXO I<sup>242</sup>

QUADRO DE DIRETORES DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1956-1969) - PARTE 1.

Período	Ministério da Saúde	SNDM	Seção de Cooperação	CPN	CJM	
1956	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva	Fernando Nogueira de Souza	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1957	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva	Oswaldo Camargo	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1958	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva (até outubro de 1958)	Humberto Mathias Costa	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
	Mário Pinotti (03/07/1958 - 31/07/1960)	Lopes Rodrigues (A partir de outubro de 1958)				
1959	Mário Pinotti	Lopes Rodrigues	Humberto Mathias Costa	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
1960	Pedro Paulo Penido (01/08/1960 - 31/12/1960)	Lopes Rodrigues	Humberto Mathias Costa / Oswaldo Camargo (abril)	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
1961	Armando Ribeiro Falcão / Edward Cattete Pinheiro / Estácio Gonçalves Souto Maior	Edmundo Maia	Oswaldo Camargo / Brahim Jorge (julho - 13/12/1961)	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1962	Estácio Gonçalves Souto Maior / Manoel Cordeiro Villaça / Eliseu Paglioli	Edmundo Maia / Prof. Heitor Peres / Prof. Lopes Rodrigues	Brahim Jorge	Washington Loyelo	Alceu Freitas / Carlos Nepomuceno (maio)	
		Roland Leão Castelo				
1963	Eliseu Paglioli / Paulo Pinheiro Chagas / Wilson Fadul	Roland Leão Castelo Heitor Péres (fevereiro de 1963)	Geraldo Junqueira Ribeiro	Washington Loyelo	Carlos Nepomuceno	
1964	Wilson Fadul / Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini (06/05/64)	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Hospital Pinel
1965	Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1966	Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1967	Raimundo de Moura Brito / Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro (substituto: Antônio Franklin Leal)	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi (Oswaldo Moraes Andrade - interino 02/10/67)
1968	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro (substituto: Antônio Franklin Leal)	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1969	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque / Francisco de Paula da Rocha Lagoa (a partir de 30/10/69)	Jurandir Manfredini (janeiro)	Antônio Franklin Leal (dezembro)	-	Carlos Nepomuceno	-

QUADRO DE DIRETORES DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1956-1969) - PARTE 1.

Período	Ministério da Saúde	SNDM	Seção de Cooperação	CPN	CJM	
1956	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva	Fernando Nogueira de Souza	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1957	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva	Oswaldo Camargo	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1958	Maurício de Medeiros	Lysanias Marcelino da Silva (até outubro de 1958)	Humberto Mathias Costa	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
	Mário Pinotti (03/07/1958 - 31/07/1960)	Lopes Rodrigues (A partir de outubro de 1958)				
1959	Mário Pinotti	Lopes Rodrigues	Humberto Mathias Costa	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
1960	Pedro Paulo Penido (01/08/1960 - 31/12/1960)	Lopes Rodrigues	Humberto Mathias Costa / Oswaldo Camargo (abril)	Ignácio da Cunha Lopes	Heitor Péres	
1961	Armando Ribeiro Falcão / Edward Cattete Pinheiro / Estácio Gonçalves Souto Maior	Edmundo Maia	Oswaldo Camargo / Brahim Jorge (julho - 13/12/1961)	Humberto Mathias Costa	Walter Antunes	
1962	Estácio Gonçalves Souto Maior / Manoel Cordeiro Villaça / Eliseu Paglioli	Edmundo Maia / Prof. Heitor Peres / Prof. Lopes Rodrigues	Brahim Jorge	Washington Loyelo	Alceu Freitas / Carlos Nepomuceno (maio)	
		Roland Leão Castelo				
1963	Eliseu Paglioli / Paulo Pinheiro Chagas / Wilson Fadul	Roland Leão Castelo Heitor Péres (fevereiro de 1963)	Geraldo Junqueira Ribeiro	Washington Loyelo	Carlos Nepomuceno	
1964	Wilson Fadul / Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini (06/05/64)	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Hospital Pinel
1965	Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1966	Raimundo de Moura Brito	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1967	Raimundo de Moura Brito / Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro (substituto: Antônio Franklin Leal)	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi (Oswaldo Moraes Andrade - interino 02/10/67)
1968	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Jurandir Manfredini	Geraldo Junqueira Ribeiro (substituto: Antônio Franklin Leal)	Humberto Alexandre	Carlos Nepomuceno	Amin Curi
1969	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque / Francisco de Paula da Rocha Lagoa (a partir de 30/10/69)	Jurandir Manfredini (janeiro)	Antônio Franklin Leal (dezembro)	-	Carlos Nepomuceno	-

<sup>242</sup> Os nomes grifados em cinza referem-se aos psiquiatras que também escreveram ao menos um artigo em periódicos psiquiátricos durante as décadas de 1960 e 1970.

**ANEXO II<sup>243</sup>****Questionário referente ao I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste.**

1- Em que nível se encontra o PISAM no seu estado?

PB- Fase de implantação final

MA- Fase de implantação

AL- Fase de implantação

SE- Fase inicial de implantação

CE- Fase de implantação

PE- Fase de desenvolvimento e ampliação

BA- Fase de desenvolvimento e ampliação

RN- Fase de desenvolvimento e ampliação

2- A restrição de verbas para o seu estado implica a diminuição ou paralisação da estrutura da saúde mental na fase em que se encontra?

PB- Diminuição de ações

AL- Sim

SE- -

CE- Diminuição e desestímulo

PE- Diminuição e paralisação

BA- Diminuição e paralisação

---

<sup>243</sup> Fundo DINSAM; Acervo IMASJM; Cx. 362 / Env. 2496. Relatório do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental do Nordeste, s/p, 1978.

RN- Diminuição e paralisação

3- Existe algum apoio da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento da programação de saúde mental? Indique os entraves.

PB- Satisfatório

MA- Satisfatório

AL- Interesse

SE- Sim

CE- Existe

PE- Apoio à nível central, entraves à nível de pessoal administrativo

BA- Total

RN- Relevantemente satisfatório

4- Para o seu estado, quais são as prioridades em saúde mental?

PB- Prevenção secundária, incremento da prevenção primária, interiorização da psiquiatria.

MA- Pronto socorro psiquiátrico, ambulatórios na capital e no interior.

AL- Interiorização da assistência curativa e preventiva capacitação de pessoal, atuação junto à comunidade.

SE- Descentralização ambulatorial, prev. secundária, melhor atendimento à nível hospitalar.

PE- Treinamento de pessoal, ampliação de ambulatórios de enfermarias em hospitais gerais, dinamização do subprograma de alcoolismo.

CE- Prevenção em todos os níveis.

BA- Interiorização das ações, ampliação de ambulatórios na capital e no interior, redução do número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos.

RN- Prevenção em todos os níveis.

5- Existe, no seu estado, alguma forma de integração entre a rede hospitalar e extra-hospitalar. Qual a forma mais adequada para esse interrelacionamento?

PB- Razoável na capital, difícil no interior.

MA- Sim, para entendimentos prévios e entendimento formal.

AL- Não, a forma seria planejamento de atuação funcional entre o hospital estadual e os núcleos de assistência psiquiátrica a serem criados nos centros de saúde da Capital e rede hospitalar do Interior.

SE- Sim.

CE- Sim, com dificuldades de aceitação.

PE- Entregar as duas formas de assistência a uma só chefia.

BA- Sim, com falhas.

RN- Sim, com algumas dificuldades materiais.

6- No seu estado, quais os órgãos que apoiam o seu programa ou que atuam de forma integrada?

PB- UFPB e lideranças comunitárias.

MA- CEME, Secretaria de Saúde, Secretaria de Segurança e Juizado de Menores.

AL- Poderão apoiar.

SE- Universidade, prefeitura, COHAB, Secretaria de Educação.

PE- UFPE e programas especiais (AA).

CE- Materno Infantil, INAN, tuberculose.

BA- UFBA e INAMPS.

RN- Programas especiais, universidade e Centros comunitários.

7- Acha viável o desenvolvimento das ações de saúde mental no seio da comunidade? De que formas?

PB- Sim, treinamento de pessoal técnico.

MA- Sim, em etapas posteriores às prioridades básicas.

AL- Mobilização da comunidade despertada pelo trabalho do PISAM.

SE- Sim, despertar no seio da comunidade o interesse pela saúde mental.

PE- Sim, contato com líderes, agentes comunitários e treinamento de pessoal.

CE- Sim, pesquisa e participação integral.

BA- Sim, através da integração com outros programas de saúde.

RN- Sim, Através de contato com as lideranças envolvidas.

8- Existe integração entre o programa de saúde mental e os outros programas de saúde?  
Em caso negativo quais são os elementos negativos?

PB- Sim

MA- Sim

AL- Não atualmente

SE- Sim

PE- Sim

CE- Sim

BA- Sim

RN- Sim

9- A- Considera que a DINSAM tem dado o apoio necessário para o PISAM? Que tipo de apoio desse órgão você considera importante?

B- A assessoria do planejamento tem atendido às informações feitas pela DINSAM do seu estado?

PB- A- Insatisfatório. Falta incentivos, supervisão técnica.

B- Insatisfatório, apesar das solicitações.

PE- A- Apoio logístico, financeiro e técnico.

B- Necessidade de fortalecimento da integração das coordenadorias e planejamento do PINSAM.

SE- A- Sim. Financeiro normativo.

A- Só pessoalmente.

MA- A- Sim.

B- SIM.

CE- A- Sim.

B- Só pessoalmente.

AL- A- *“prejudicando a resposta devido à primeira resposta”*.

B- Só pessoalmente.

BA- A- Sim. Necessária intensificação com supervisão técnica.

B- Sim.

RN- A- Necessitando maior integração e supervisão.

B- Razoável.

10- Que tipo de supervisão acha importante, em termos práticos, para melhor acompanhar o desenvolvimento da programação em saúde mental?

PB- Nas reciclagens trimestrais e na equipe central.

MA- Técnicas.

AL- De modo claro e “*normalticos*” com relação aos aspectos financeiros, supervisão à nível técnico com especialista e em planejamento e comunidade.

SE- Visitas de técnicos da DINSAM.

PE- Orientação e avaliação, análise conjunto do trabalho com equipe de coordenadoria.

CE- Visitas locais, com análises das metas programadas e auxílios no aumento da produtividade.

BA- Bimestral, técnico adm. à nível central e regional.

RN- Visitas periódicas regulares com equipes multidisciplinares.

11- De acordo com a previsão do término do PISAM até 1979, há possibilidade do governo local absorvê-lo?

PB- Difícil.

MA- Depende da evolução do programa.

AL- Não, por falta de estrutura dos órgãos.

SE- Sim.

PE- Quase impossível.

CE- Não

BA- Sim

RN- Praticamente impossível.

12- De que forma poderia ver integração com o INAMPS?

PB- Não há perspectivas.

MA- Acordos pré-estabelecidos e convênios.

AL- Convênios. Os ASM do INAMPS poderiam integrar-se ao programa.

SE- Agora inviável.

PE- Evitando desperdícios de recursos e duplicidade de ações.

CE- Junto à Secretaria de Saúde e aos Coordenadores de saúde mental.

BA- Contatos DINSAM/INAMPS.

RN- Contatos entre DINSAM e INAMPS, em nível central, e secretários e INAMPS, em nível local, evitando o paralelismo das ações.

13- A CEME tem atendido às exigências de consumo dos ambulatórios de saúde mental?

PB- Não.

MA- Sim.

AL- Atende ao Hospital Psiquiátrico, insatisfatoriamente.

SE- Sim.

PE- Não, insatisfatoriamente.

CE- Não.

BA- Satisfatoriamente (relativamente, faltam tranquilizantes).

RN- Insatisfatório.

14- Dê sua opinião sucinta sobre a realização desse encontro?

PB- Bom

MA- Bom

AL- Válido

SE- Bom.

PE- Válido, troca de experiência e possibilidade de expor as dificuldades.

CE- Bom.

BA- Válido, troca de experiência e informações sobre a DINSAM.

RN- Proporcionar as trocas de experiências por parte dos órgãos centrais.

## ANEXO III

8  
 JORNAL DO BRASIL □ Domingo, 10/12/72 □ 1.º Caderno

## Sujeira domina Pinel, que foi hospital padrão

Quem quiser telefonar para o Pronto-Socorro Psiquiátrico da Zona Sul, no Hospital Pinel, deverá adivinhar o telefone ou fazer uma grande pesquisa. Mais de oito anos após a fundação do Pronto-Socorro, seu número — 226-8891 — ainda não consta dos catálogos telefônicos. Hoje, o prédio ainda moderno do Pinel apresenta um aspecto lamentável, a começar pelas letras de sua fachada, muitas das quais estão invertidas ou simplesmente caíram pela ação do tempo, e tudo isso aliado à má conservação. Nos corredores e enfermarias há muita sujeira e abandono e é raro ver paredes sem manchas denunciadoras de grandes infiltrações de água ou de esgoto. Na entrada do Pronto-Socorro, apenas dois acadêmicos: quase nenhum movimento. São 11h30m e os ambulatórios do terceiro andar estão vazios. Na porta do térreo, estacionada, apenas uma ambulância: velha Kombi, quase sempre enguiçada. Na Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o silêncio é grande. Seu diretor, o médico Hamilton Siqueira, ora "está viajando", ora "está em reunião", ora "vai viajar". Enquanto isso, no Pinel, outrora um hospital padrão, a situação é crítica.

Em dezembro de 1969, o Hospital Pinel era visitado pelo Ministro da Saúde da Itália, Sr. Camillo Ripamonti, que, após percorrer todas as suas dependências, declarou-se "admirado pelo alto padrão técnico e pelo conforto da assistência neuropsiquiátrica proporcionada." Hoje, se o Sr. Ripamonti voltasse ao Pinel, o quadro seria bem diverso.

Se quisesse telefonar para marcar uma visita, o Sr. Ripamonti ficaria confuso pois — desafiando velhas leis da física — os catálogos fazem coexistir dois hospitais no mesmo local: um já demolido, o de Neurosifilis, que continua apesar disso, presente com todos os seus números, e ao lado alguns números do Pinel. Mais precisamente: os do almoxarifado, da enfermaria de mulheres e do Serviço Social.

Ao chegar, já na Avenida Venceslau Brás, poderia notar que o prédio não está bem conservado, precisando de pintura, de trocar muitos vidros quebrados e de limpá-los todos. Na portaria não há ninguém; apenas uma guarita sem lâmpadas, com infiltrações e cheia de sujeira. Aqui, provavelmente, o Ministro começaria a mudar de impressão.

Na época de sua visita, funcionava nas enfermarias masculinas no Pinel uma comunidade terapêutica, que se dissolveu há aproximadamente seis meses, quando o tratamento nas enfermarias masculinas voltou aos velhos padrões psiquiátricos, nunca abandonados nas enfermarias femininas.

### Crise

Em maio deste ano, começavam a transparecer os sinais do fechamento definitivo da comunidade do Pinel. Nessa época falava-se muito em problemas entre os membros da comunidade e a administração do hospital. Um inquérito chegou a ser instituído pela direção do hospital, apurando-se na ocasião algumas irregularidades administrativas, na comunidade, apontada como responsável pela entrada indiscriminada de pessoas, especialmente estudantes de psicologia no hospital, o que "dificultaria uma vigilância."

Como o conceito de comunidade terapêutica, onde médicos e pacientes estabelecem e discutem seu próprio tratamento, se opõe frontalmente ao conceito de vigilância, da psiquiatria clássica, a comunidade acabou mesmo fechando, esvaziando o Pinel de um grande grupo de médicos e estudantes ligados à Universidade, que representavam um estímulo para a pesquisa.

Hoje, dos 255 leitos do Hospital Pinel, apenas a metade está ocupada, pois existem obras que se prolongam há

simples e duradoura".

ciência para com os meios