



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
GUILHERME BERTASSONI DA SILVA

**A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1841-2001) – TRAJETO DA
CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO**

CURITIBA

2014

GUILHERME BERTASSONI DA SILVA

**A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1841-2001) – TRAJETO DA
CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia – Departamento de Ciências Humanas – Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

CURITIBA

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Adriano que, enquanto orientador, possibilitou-me grande crescimento enquanto pesquisador. E à banca, Dra. Tania Maris Grigolo e Dr. Marcelo Kimati Dias, pelas valorosas contribuições que geraram uma virada na pesquisa a partir do momento da qualificação.

Aos demais colegas mestrandos, agradeço pelas trocas de experiências neste período, especialmente para a Mariana e para o Bruno. Sou grato ao grupo que se reúne nas terças-feiras, para tentar ler o Jaspers, que acompanhou o processo de confecção deste trabalho.

Agradeço aos colegas de gestão e aos funcionários do Conselho Regional de Psicologia, pela paciência e compreensão, e ao apoio especial da Célia, Elaine, Maurício e Ângelo.

Aos colegas de Polícia Científica – Instituto de Criminalística fica a lembrança das conversas com o perito criminal e psicólogo Carlos Pires (*in memoriam*), para quem dedico este trabalho. Também o agradecimento aos chefes que perceberam a dificuldade temporal em se lidar com tantas tarefas ao mesmo tempo, peritos Jandira, Marco Antônio e Alcebíades. Ao Dr. Hemerson pelo incentivo na carreira policial e acadêmica. E o apoio dos peritos-colegas da seção de Balística Forense, que ouviram e ouviram acerca da produção deste texto: Me. Ricardo, Francisco, Sandro, Thaís, Tania, Lustoza, Marcio.

Sem esquecer-se de agradecer ao Barp, Ari, Piruca, Caio, André; Dionísio, Seu Ricardo e Flávio.

Agradeço a meus pais Mariita e Paulo Henrique e irmã Alessandra, detentores de percurso acadêmico e científico brilhante, pelo exemplo que me foi ofertado.

Por último, e mais importante, agradeço à Paula por estar ao meu lado em muita coisa nessa vida.

*Sou legal, eu sei
Agora só falta convencer a lei
Sou real, eu sei
Agora só falta convencer o rei
Eu sei que sou legal
O duro é provar
Que sou legal, eu sei
Mas isso não sei
Se vão deixar dizer
Eu sei que tudo o mais
Vai pro beleléu
A terra, o mar, o céu
Mas nessa hora eu quero mais é estar
Com a turma do pinel.*

(Ivo Rodrigues e Paulo Leminski)

Resumo: Este trabalho objetiva discutir a legislação na área de saúde mental no Brasil, entre 1841 e 2001, período que formaliza o modelo de atenção de tipo asilar, centrado no Hospital Psiquiátrico. O texto se divide entre as primeiras legislações, o início do século XX, a fase de consolidação e a reorganização da forma de atenção, a partir da legislação que abrange o território nacional. São selecionadas regulamentações que apresentem pontos marcantes da política oficial de saúde mental, como definições administrativas, organização de serviços e do modelo assistencial. O recorte metodológico se dá por conta da possibilidade de verificação destes documentos, acessíveis pelos sítios oficiais das instituições públicas estatais. A literatura aponta dois modelos significativamente diferentes – o modelo asilar e o modelo psicossocial – sendo que se busca o fundamento legislativo do primeiro modelo, para compreender a passagem para o modelo psicossocial, tomando como marco, a aprovação da lei 10216/2001.

Palavras-chave: Saúde Mental, Legislação, Hospital Psiquiátrico, Manicômio.

Abstract: This work discusses the Brazilian legislation about mental health between 1841 and 1988, a period that represents the moment of formalization of a model of care centered on asylum, the Psychiatric Hospital. The text is divided in four points: the first laws, the early twentieth century, a period of consolidation and reorganization of the manners of attention from the legislation covering the national territory. There are selected regulations that present striking points of official mental health policy, and administrative settings, coordination of services and care model. This methodological approach is given because of the possibility of verifying these documents, accessible by public official websites of state institutions. The literature points to two significantly different models – the asylum model and the psychosocial model – with the search for the legislative basis of the first model to understand the passage to the psychosocial model, using as a frame, the approval of law 10216/2001.

Keywords: Mental Health, Legislation, Psychiatric Hospital, Asylum.

SUMÁRIO

Introdução.....	7
Artigo 1 – Primórdios da assistência em Saúde Mental no Brasil (1841-1930).....	11
Artigo 2 – A consolidação do modelo asilar: a legislação brasileira de 1930 a 1966.....	31
Artigo 3 – Da Campanha de Saúde Mental às Reformas na Assistência (1966-2001).....	49
Discussão.....	72
Anexo – Artigo: A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas Vinculações com o Pensamento Fenomenológico.....	81

INTRODUÇÃO

As relações entre loucura e sociedade são historicamente conturbadas e polêmicas. A loucura já teve, em tempos distintos, diversas representações. Profeta, filósofo, vidente, divino, incapaz, perigoso, desprovido de razão, tutelado, alienado, psicopata, insano: todos esses adjetivos são encontrados para descrever o louco na sociedade ocidental ao longo dos últimos três séculos. Nesta relação, as questões de enfrentamento da loucura, desde que tomada por uma definição que entende a loucura como doença mental, perpassam interação indelével com os sistemas legislativo e judiciário.

O objeto do trabalho empreendido são as transformações no modo de se tratar com a loucura no Brasil, a partir da relação entre legislação nacional e teoria psiquiátrica vigente. Esta busca se dá em um sentido da compreensão dos acontecimentos que antecedem o que veio a ser chamado de Reforma Psiquiátrica, processo em vigor a partir dos anos de 1970, e que, certamente, embasam e direcionam este processo, auxiliando para a também se compreender a atualidade da assistência em saúde mental (após 2001).

A loucura e a legislação se encontram, oficialmente, no Brasil, em 1841, quando do ato de maioria de D. Pedro II, em primeira lei que trata do assunto. O decreto 82/1841 é o marco inicial formal deste encontro. Quando apontamos que este estudo trata do trajeto de consolidação do modelo asilar de atenção em saúde mental, este também é o momento fundante: este decreto indica a construção daquele que seria o mais importante hospital psiquiátrico do país, localizado em sua capital, e que desenvolveria as técnicas, métodos e bases para a legislação na área. Por lá passaram grandes nomes da psiquiatria nacional como Juliano Moreira, Heitor Carrilho, Gustavo Riedel, dentre outros, todos com o pensamento de um modelo centrado no manicômio: tomando-se este como um local destinado especialmente para acolher o louco, oferecendo um “lugar” – não apenas físico, mas social – para alocar este estrato populacional.

Pinel, alienista fundador da psiquiatria, juntamente com Esquirol, seu principal pupilo, traz os reflexos do humanismo francês de sua época. A teoria pineliana seria substituída cronologicamente, e não sem embates, por uma teoria mais próxima ao nascente higienismo do fim do século XIX, tendo em Morel seu primeiro teórico e em Kraepelin seu grande nome: a psiquiatria científica, com bases biomédicas, nasce neste contexto, já no século XX (Barreto,

2005; Amarante, 2007; Sidrim, 2010; Oliveira, 2012). O desenvolvimento dos modos de se tratar da loucura segue esta evolução do pensamento psiquiátrico, verificando-se o crescimento de hospitais psiquiátricos e colônias, bem como o aumento da população de seus internos.

O caminho percorrido nesta dissertação parte das primeiras legislações, passando pela sedimentação das ações para que o hospital psiquiátrico e seus similares fizessem parte do cotidiano brasileiro, cumprindo sua função de isolamento/tratamento até se chegar à crítica do modelo estabelecido. O nosso recorte cronológico se dá desde a primeira legislação emanada por ato imperial, que funda um local (o manicômio) para o tratamento privativo de alienados até a aprovação da lei que indica o caminho inverso, direcionando os tratamentos a instâncias extra-hospitalares e garantindo direitos aos portadores de transtornos mentais. Optamos por este recorte de fim por entender que não há marco legal mais recente que referende mudança tão significativa: as novas legislações partem desta lei 10216 de 2001.

Estudamos, então, a cronologia específica da legislação de aplicação nacional relativa aos serviços de Saúde Mental no Brasil, com o objetivo de identificar a política pública oficial brasileira na área da saúde mental, a partir de uma perspectiva histórica, desde sua primeira legislação, em 1841, até o ano de 2001, quando se estabelece um marco regulatório que indica profunda modificação de direção na área da saúde mental, que segue até os dias atuais.

Foram selecionados portarias, decretos e leis que apresentam pontos marcantes da solidificação da política oficial de saúde mental, como definições administrativas, de organização de serviços e do modelo assistencial ou de tratamento. Este recorte metodológico se dá por conta da possibilidade de verificação destes documentos, mantidos acessíveis pelos sítios oficiais das instituições públicas estatais, a exemplo da Câmara e Senado Federal. Outros textos serão acrescidos de modo complementar.

O estudo da legislação em sua letra oficial ilustra e exemplifica a política pública da área de saúde mental desenvolvida no período citado, oferecendo a este trabalho a fidedignidade para poder descrever o modelo de tratamento adotado, com dados oficiais para a comprovação. Convém ressaltar que esta busca pela oficialidade dos textos tem também como função compreender o trajeto das políticas acerca do tema, distanciando-se de leituras apriorísticas de caráter político-ideológico, presentes na maior parte dos movimentos que versam sobre a temática da Saúde Mental nos dias de hoje.

A literatura recente na temática de saúde mental (Costa-Rosa, 2000; Barreto, 2005; Amarante, 2007; Sidrim, 2010; Dalmolin, 2011; Yasui, 2011), sugere dois modos de atenção: o modelo *asilar*, tomado classicamente como aquele praticado no manicômio, e pautado no isolamento da loucura e do louco; e o modelo *psicossocial*, utilizado a partir das premissas reformistas que advém das décadas de 1960-70, tendo como referência maior a Psiquiatria Democrática, cujo principal nome foi o italiano Franco Basaglia (1924-1980) e que tem em sua prática a intenção de modificar o primeiro modelo, utilizando tratamentos sem o pressuposto da retirada do sujeito do convívio social.

O texto aqui apresentado foi estruturado em um formato que se pretende distinto dos modelos tradicionais de documentos acadêmicos – divididos em capítulos – com a intenção de já trazer “objetos” finalizados, na forma de artigos científicos, visando à publicação dos mesmos para a discussão da comunidade científica interessada na área em tela. A construção de um texto na formatação de artigos, que sejam simultaneamente independentes e complementares, visa à tendência mais atual de divulgação de resultados de pesquisas científicas em periódicos científicos, ampliando o alcance do atual modelo de dissertação, e pretende ser um “todo” em si, como se espera de um texto para periódicos. Os textos seguem ordenamento cronológico, guiados pela sequência dada pela legislação estudada.

O primeiro artigo trata do período entre 1841 a 1930, entendendo importante corte na política nacional com o início da Era Vargas e das mudanças que ocorreram a partir dali, com reflexos em nosso objeto de estudo. O segundo artigo aponta o estudo entre os anos de 1930 e 1966, quando observamos o crescimento e consolidação do modelo centrado no hospital psiquiátrico e suas consequências. O terceiro artigo traz o recorte de 1966 a 2001, passando pelo momento de crítica ao modelo e das modificações e reivindicações presentes, baseadas em reformas ocorridas em esfera internacional.

Finalmente, no sentido de fechamento do texto como um todo, temos as considerações finais, com a intenção de debater e refletir acerca das conclusões a que chegamos com a pesquisa realizada.

Para complementar o trajeto da pesquisa aqui empreendida foi acrescido, enquanto anexo, artigo produzido no decorrer do curso de Mestrado – já publicado na *Revista da Abordagem Gestáltica* (ISSN 1809-6867), em seu volume 19, número 2, de dezembro de 2013. Cumpre

referir que outro artigo, também produzido no transcorrer da pesquisa a seguir apresentada, conta com aceite de submissão na Revista *Memorandum* (ISSN 1676-1669).

Artigo 1

PRIMÓRDIOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1841-1930)

Resumo: O artigo que segue apresenta a relação entre a loucura e a sociedade no Brasil ainda colônia, seguido da análise das mudanças ocorridas neste campo com a chegada da corte. Destas mudanças, vê-se no ato da maioridade de Pedro II a primeira legislação que relaciona saúde mental e tratamento hospitalar. Estudamos as legislações e as alterações na assistência em saúde mental decorrentes das mesmas entre os anos de 1841 e 1930, com paralelo ao estudo e evolução do alienismo e da psiquiatria nascente como disciplina e campo.

Palavras-Chave: Legislação, Saúde Mental, Psiquiatria.

Introdução

Trataremos neste texto do estudo de legislações referentes à temática de saúde mental, entendendo-se este termo como tocante ao que se refere à loucura e seus tratamentos, ainda que à época não fosse este o uso corrente do termo. O recorte utilizado aqui é o período entre 1841 e 1930, entendendo nas extremidades o destaque para a primeira legislação e para a marca de uma quebra de continuidade política com o início do que seria a Era Vargas.

Partimos de momento anterior à legislação, para contextualizar o leitor, e seguimos com a relação entre as legislações estudadas e os tratamentos e discussões do alienismo e da psiquiatria então vigentes.

O Lugar da loucura no Brasil-Colônia

Quando falamos da história relativa à saúde mental no Brasil, certamente nos referimos a uma construção de política pública que não supõe um fechamento; é dinâmica e processual, portanto, contínua. Se não há um fim para a construção desta política, há um início.

O Brasil, ainda colônia portuguesa, não tinha, no século XVII, qualquer especificidade em proposição de tratamento de saúde ou assistência social que fosse voltado para os indivíduos excluídos da sociedade da época, fossem loucos, índios, escravos, colonos. O *status* do louco era, além de excluído, de perigoso (Arruda, 1985).

“O *louco* ainda era uma figura que estava mais para o excêntrico e o exótico, objeto de irrisão e tolerado como o bufão da cidade ou o vagabundo; porém, não necessitado de tratamento ou cuidados médicos (...). As fases seguintes, em que a sociedade via na

loucura, um perigo no *louco*, uma *ameaça* e surgiram a rejeição, o isolamento, a alienação, mesclados a preconceitos e tabus (...), somente foram aos poucos surgindo na colônia com a medicalização da loucura como a de qualquer outra doença ‘perigosa’ e, portanto, sujeita a ‘controles’. A título de serem ‘cuidados’, os loucos eram encarcerados e largados à própria sorte, no meio de criminosos, mendigos e vagabundos” (Arruda, 1995, p. 13. Grifos no original).

Em 1665, foi designado um Físico e Cirurgião-Mor, para fiscalizar as doenças das cidades. Não houve alterações quanto a isso até a chegada de D.João VI e sua corte, em 1808. Na sequência da chegada da corte imperial, foram criadas as primeiras escolas voltadas à formação de pessoal na área de saúde, quais sejam, os Colégios de Cirurgiões (em 1813, no Rio de Janeiro; e em 1815, na Bahia) e a Academia Imperial de Medicina (em 1829). Na mesma época foram inauguradas Santas Casas de Misericórdia (tendo o *La Charité*, de Berlim, como modelo) nas Províncias. Em 1829, é fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, tendo o modelo francês por influência (Arruda, 1985; Antunes, 2007).

O Alienismo e a Psiquiatria Nascente

Alienismo foi o nome dado ao tratamento caracterizado por ser fundamentalmente asilar, tendo no isolamento a possibilidade de tratamento para a periculosidade do louco. Instituído por Phillipe Pinel e seus apoiadores e seguidores (entre eles Benedict Morel) no início do século XIX, na França. O *alienista* pode ser considerado o precursor ou antecessor do psiquiatra. (Sidrim, 2010). O alienismo – que marca a concepção “moderna” de loucura – estava intimamente ligado ao Iluminismo e à revolução francesa. Como marco formal desse período, destaca-se o ano de 1838, a partir da lei francesa que regula o regime dos alienados. Este “movimento” destaca a psiquiatria como a disciplina que serviria para administrar a loucura e deslocar o impacto político desta, transformando-a num problema “técnico”: o louco passa a ser definido como disfuncional, irresponsável e incapaz para o trabalho, o que justifica a tutela (Castel, 1978).

A teoria alienista se caracterizava por um discurso e prática médica que detinha a verdade sobre a loucura, desenvolvendo-se no século XIX. Reforma o cuidado, o atendimento nessa área que aqui estudamos: a fundação do hospital destinado a este público (alienados, loucos) e

somente a ele; estava alicerçada a base para o surgimento dos manicômios e da proposta de tratamento ali existente. O tratamento moral foi instituído por Philippe Pinel e por Benedict Esquirol, o primeiro criador e o segundo pensador do alienismo.

O louco, como doente mental, necessitava de tratamento. O tratamento moral, tal qual preconizado por Pinel, tinha dois princípios básicos: o da disciplina e o do isolamento, o que exigia uma organização espacial específica, assim como pessoas que cumprissem o papel da vigilância (...) [nos relatórios] sempre aparece a necessidade de aumentar o número de empregados, sobretudo para *estabelecer-se a vigilância precisa, correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe* [grifo original] (Ramminger, 2006, p. 34).

A teoria pineliana trazia que o sujeito acometido de alienação mental teria sua doença essencialmente ligada a alterações morais e passionais, o que indicava uma mudança em seus hábitos. Para tanto, a prescrição que se fazia era de isolamento e vigilância, tendo o sujeito alienado sob a tutela do alienista e sua equipe, distante de seus contatos e fazeres cotidianos. Entendia-se que as relações afetivas em geral contribuía para a instalação da doença e que, portanto, deveriam ser evitadas na fase do tratamento. Nas palavras de Pinel:

É tão doce, em geral, para um enfermo estar no seio de sua família e receber ali os cuidados e consolos de uma amizade terna e compassiva, que enuncio com pena uma triste verdade, porém constatada por repetidas experiências, que é a necessidade absoluta de confiar os alienados a mãos estranhas e de apartá-los de seus parentes (Pinel, 1809/2012, p.365-366).

É também característico do tratamento a intensa observação de comportamentos, feita pelo alienista e sua equipe, visando à descrição do estado mórbido do alienado. O interesse, nesse sentido, é de dar cientificidade e retirar a loucura do campo da religião e da metafísica, propondo a possibilidade de um tratamento com fundamento no avanço da ciência. O clássico livro de Philippe Pinel, *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental* foi escrito em 1809. Desde

a época da revolução francesa, da qual Pinel foi partícipe, a ideia de um espaço destinado aos loucos, para um tratamento apropriado às necessidades destes, era premente.

No Brasil, a instalação dos manicômios se iniciaria ainda no Império e se estende enquanto modelo principal de tratamento até o início do século XXI. O modelo de Pinel em Bicêtre, que data de 1793 – ano em que assume a direção deste hospital (Amarante, 1996, p. 39) –, servirá como fundamento para os primeiros hospícios brasileiros, história essa que começa de fato em 1830. Neste ano, a classe médica brasileira, por meio da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, verifica a problemática envolvendo os alienados “abandonados à sua sorte pelas ruas da cidade ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa” (Yasui, 2010, p. 26). Nesse contexto, José da Cruz Jobim – em 1836 – leva a público seu protesto contra o “estado de abandono em que se encontravam os doentes mentais”, escrevendo (em 1839), um artigo sobre a “Importância da necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados”, na *Revista Médica Fluminense* (Arruda, 1985, p. 20). No mesmo ano – 1839 – José Clemente Pereira, Provedor da Santa Casa, lança uma campanha, sob o *slogan* “Aos loucos, o Hospício”, com vistas à construção de um hospício para alienados na Praia Vermelha (Arruda, 1985). À época, os loucos eram levados às prisões (mormente) ou a hospitais gerais. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro traz o questionamento, apontando que ser louco naquelas condições era praticamente uma sentença de morte, vez que eram presos e não tratados; uma vez destinados à prisão, de lá não saíam senão pelo óbito. Questionavam ainda o tratamento ofertado pelas instituições religiosas, com fortes sanções físicas punitivas (Amarante, 1994; Sidrim, 2010; Yasui, 2010).

A recente medicina brasileira buscava seu espaço e o disputava, nesse campo, com a Igreja. O apelo era para que se houvesse um local apropriado para a aplicação do método – tratamento moral – da nascente disciplina da psiquiatria. Fortalecia-se a lógica humanitária de Philippe Pinel. O apelo da medicina foi atendido pelo Império, com a construção e inauguração de um hospício, anexo à Santa Casa de Misericórdia, com seu decreto de fundação datado de 18 de julho de 1841 (e sua inauguração datada de 6 de dezembro de 1852). A história das legislações em saúde mental no Brasil, pois, começaria em 1841.

As Primeiras Legislações de Atenção à Saúde Mental no Brasil (1841 a 1899)

As primeiras legislações brasileiras no campo, que hoje, chamamos de saúde mental datam, portanto, do ato de maioria de Dom Pedro II, em 1841. Desta data até 1900, temos algumas legislações, que tratam particularmente do estabelecimento de serviços destinados ao tratamento de “alienados”, conforme apresentamos na tabela abaixo:

Ano	Tipo e número	Ementa
1841	Decreto 82	Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo.
1890	Decreto 508	Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados.
1893	Decreto 1559	Reorganisa o serviço da Assistencia Medico-legal de Alienados.
1897	Decreto 2467	Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados.
1899	Decreto 3244	Reorganisa a Assistencia a Alienados

Tabela 1 – Primeiras legislações em saúde mental, século XIX.

A história da atenção à Saúde Mental encontra sua primeira referência, na legislação brasileira, em 1841, graças ao Decreto 82, datado de 18 de julho, cuja ementa segue: “*Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo*” (Brasil, 1841). O Hospício Pedro II começa a funcionar, em unidade própria, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, à época capital imperial; tinha suas práticas alicerçadas no pensamento de alienistas franceses, notadamente Pinel e Esquirol, e seu funcionamento baseava-se no isolamento, controle e vigilância, com vistas a “afastar” o louco das causas de sua loucura (Antunes, 2007). Veio a se tornar, por vários anos, local central do desenvolvimento de ações assistenciais; sendo centro administrativo para a política nesta área da saúde, exercendo função de coordenação desta, em âmbito do Distrito Federal, até os anos de 1940.

Não se percebem mudanças significativas na Legislação até o ano de 1890, momento no qual o modelo assistencial asilar é oficializado, já no período republicano, e este feito é referenciado no Decreto 508/1890, que: “*Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados*”. Neste decreto podemos ver o pedido de comprovação de comportamentos tidos como inadequados por parte da pessoa que será internada, como “indicativos de alienação mental”, que deveria ser realizada pelo médico do serviço, como forma de diagnóstico inicial. Ainda no texto deste Decreto, é prevista a possibilidade de outros (que podem ser parentes ascendentes ou descendentes, cônjuge ou tutor, ou ainda o chefe de corporação religiosa ou beneficência) intervirem no sentido da internação da pessoa com sinais de loucura. Percebe-se claramente, aqui, a vertente do tratamento moral e da premência do isolamento presente em toda a tradição alienista. No artigo 35 desta regulamentação vemos que:

Os enfermos indigentes só poderão sahir depois de restabelecidos, salvo com licença concedida pelo director geral; os pensionistas, porém, serão retirados em qualquer tempo pelas pessoas que tiverem requerido a admissão, e, na falta destas, pelos parentes ou curadores, excepto quando se tratar de enfermos accomettidos de fôrma de loucura que torne perigosa a sua permanencia em liberdade. Neste caso, precederá á sahida ordem do Ministro do Interior ou do chefe de policia (Brasil, 1890)¹.

Compreendemos destes pontos que o modelo referendado em lei é o modelo assistencial de tipo asilar, no qual a indicação de alienação mental é necessária para que a pessoa seja recolhida a tratamento e deste seja liberado apenas quando estiver reestabelecido (ou retirado por quem solicitou a internação).

Alterações a esta legislação surgem apenas três anos depois, e são seguidas por mais dois decretos que tratam da reorganização da assistência aos alienados: são os Decretos 1559/1893 (“*Reorganisa o serviço da Assistencia Medico-legal de Alienados*”), 2467/1897 (“*Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados*”) e 3244/1899 (“*Reorganisa a Assistencia a Alienados*”). O que apontam as primeiras legislações, tanto no Império quanto na nascente República, significa o mesmo no tocante ao modo de se exercer o tratamento. O modelo

¹ Todos os textos aqui citados mantêm as escritas de época.

de atenção a ser aplicado não aparece descrito em lei de modo claro; o que é colocado vem de forma generalista, trazendo mais aspectos descritivos de funções administrativas dos funcionários. A partir da descrição generalista e da descrição de funções é possível estabelecer uma ideia do funcionamento e da prática asilar da política implantada. Na leitura dos decretos 508/1890, 1559/1893, 2467/1897 e 3244/1899, observam-se muitos pontos de convergência. Uma delas, que merece destaque, é a definição de finalidade da instituição, sendo aqui citado o Decreto 3244/1899:

Dos fins da instituição (...)

Art. 1º A Assistencia a Alienados (...) tem por fim socorrer os individuos que carecerem de tratamento por causa de alienação mental.

Art. 2º (...)

Parapho unico. Nas Colonias, que são dependencias do Hospicio Nacional, serão asylados os alienados que puderem aproveitar do regimen peculiar das mesmas para tratamento da molestia mental que soffrerem, sem distincção de classes ou de sexos, embora com separação rigorosa quanto aos sexos e classes; salvas, em relação ás classes e no ponto de vista sómente da conveniencia do trabalho em commum, as indicações do criterio medico.

Art. 3º Haverá no Hospicio Nacional, além de um pavilhão para observação de individuos suspeitos de alienação, um museo anatomo-pathologico, um gabinete electro-therapico, uma escola profissional de enfermeiros e as officinas que se puderem estabelecer nos limites das verbas orçamentarias (Brasil, 1899).

O modelo colocado é descritivo de uma prática de isolamento enquanto tratamento, conforme se percebe na instituição das Colônias. É passível de se observar o centralismo presente com relação ao Hospício Nacional de Alienados, localizado na capital federal e dos hospícios construídos em grandes cidades, tomando-se como exemplo cidades de grande porte como São Paulo, Recife e Porto Alegre. As legislações aqui descritas trazem a possibilidade da abertura de serviços, o que ocorre de forma sistemática a partir do Hospital Nacional de Alienados. O

modelo de internação estava implantado e seria seguido por muitos anos seguintes, moldando o tratamento dado neste campo.

A seguir apontamos tabela com os primeiros locais destinados aos alienados brasileiros. Veremos que em um espaço de 34 anos surgiram seis grandes unidades destinadas à internação.

Província – Cidade	Ano	Estabelecimento
São Paulo – São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João)
Pernambuco – Recife	1864	Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel)
Pará – Belém	1873	Hospício Provisório de Alienados
Bahia – Salvador	1874	Asilo de Alienados São João de Deus
Rio Grande do Sul – Porto Alegre	1884	Hospício de Alienados São Pedro
Ceará	1886	Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (Fortaleza).

Tabela 2 – Primeiros estabelecimentos para alienados no Brasil segundo Oda e Dalgarrondo, 2005, p.983.

Desde a fundação dos serviços acima citados, a quantidade de internos cresceu constantemente. Com o tempo, as vagas tornaram-se insuficientes, refletindo em baixa qualidade de vida dos internos. As verbas destinadas eram consideradas abaixo das necessidades da prestação do serviço (Oda & Dalgarrondo, 2005). Esta situação repete-se frequentemente no modelo para o qual daqui parte o pressuposto: a discussão de falta de verbas e vagas tornar-se-á maciça, os serviços prestados serão questionados em sua qualidade e quantidade.

A política de assistência ao alienado, neste momento, está restrita às regiões das principais cidades, das capitais mais importantes. Esta centralidade político-geográfica persistiria, em lei, até o ano de 1946, quando se verifica a primeira menção legislativa à interiorização e regionalização da assistência em saúde mental.

As primeiras iniciativas no sentido de um cuidado para com a loucura tem como característica a fundação de hospitais em grandes centros, criando o que ainda não havia no Brasil: um local destinado ao tratamento destas pessoas, ainda que estejamos falando de um tratamento possível para a época. Isso gera impacto, uma vez que anteriormente não havia este local próprio. A representação que a sociedade brasileira tem do manicômio, do muro, da separação, da periculosidade e de tudo que cerca a mística da loucura, começa com estas iniciativas do século XIX. E a possibilidade de se repensar o modelo, o que ocorreria diversas vezes em nossa história também advém de um pensamento reformista, o pensamento de dedicar

um espaço a este cuidado, como o que foi proposto por Philippe Pinel, quando este funda o manicômio e o alienismo (indissolúveis em sua criação) em um gesto humanitário para o momento histórico em que vivia (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

As legislações que aqui estudamos seguem o direcionamento dado pela teoria de Pinel, entendendo-se que existe uma defasagem (nesse momento) entre a produção europeia na área e a aplicação de tratamentos que ocorrerá no Brasil. Os primeiros modos de tratamento tentam ser reproduções do tratamento moral de Pinel e Esquirol, porém sem a devida prática médica e científica, devido ao número insuficiente de profissionais médicos e da resistência da direção em aplicar os métodos previstos no alienismo. Trazemos como exemplo a condução do próprio Hospital Nacional de Alienados, o qual funcionou sob a direção de membros da Igreja desde sua fundação em 1852 até 1881, quando assumiu esta direção o médico generalista Nuno de Andrade. Seria substituído em 1886 por Teixeira Brandão, primeiro médico psiquiatra nesta função diretiva (Sidrim, 2010, p. 34) e considerado o “Pinel brasileiro” (Amarante, 2007).

O final do século XIX no Brasil reproduz a disputa teórica que existia na psiquiatria europeia cerca de 50 anos antes: a disputa entre a teoria de Pinel, baseado em seu tratamento moral, aproximando-se do que hoje temos enquanto teorias psicodinâmicas e da psicologia; e a teoria de uma psiquiatria biomédica, baseada na teoria degeneracionista e localizacionista, tendo como referência Bénédict Augustin Morel (1809-1873) e posteriormente Emil Kraepelin (1856-1926). No final do século XIX, o campo da psiquiatria está, então, polarizado em duas vertentes: uma, cuja compreensão dos fenômenos psíquicos e do tratamento das doenças mentais se funda numa ciência biomédica e outra, para a qual a compreensão dos mesmos fenômenos tem uma base psicodinâmica. O paradigma biomédico adquire hegemonia, o que era de se esperar em uma época de revolução industrial, apresentando esse binômio ciência-tecnologia como maior candidato a tomar o poder político-social no vácuo ideológico deixado pela remissão da igreja (Oliveira, 2012).

Este trajeto demonstra a evolução do pensamento psiquiátrico à época. O pensamento de cunho biomédico passa a valorizar a ideia de que a doença está localizada no cérebro, devido a disfunções orgânicas. Estas seriam causadas, por sua vez, por herança, por hereditariedade. O mesmo caminho é descrito da seguinte maneira:

(...) quando a herança mórbida se transforma no eixo articulador da psiquiatria, na segunda metade do século XIX, o discurso da localização de patologias no corpo, particularmente no cérebro, se transforma em hegemônico. Tal transformação significa que herança e localização cerebral não são necessariamente excludentes; pelo contrário, uma se legitima pela outra: a causa última da repetição de patologias mentais hereditárias deverá ser procurada, para Morel (...) no interior do cérebro (Caponi, 2012, p.56).

A hegemonia da psiquiatria biomédica reflete-se na legislação e nas instituições destinadas ao tratamento dos alienados, a partir do século XX, no Brasil. A pesquisa em psiquiatria biomédica se fortalece, a psiquiatria passa ao campo médico, ainda que não tivesse “status garantido no seio da profissão médica” (Oliveira, 2012, p. 161). O direcionamento de recursos também é fortalecido para este campo: “vultuosos recursos públicos e privados foram direcionados à pesquisa psiquiátrica biomédica, o que permitiu a algumas instituições abrir mais espaço para o estudo da organicidade das doenças mentais” (Oliveira, 2012, p. 161-162).

É nesta seara de desenvolvimento de campo e ciência que vemos aceleradas modificações nas instituições psiquiátricas brasileiras. Já em 1890, o Hospital Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados, em ato da primeira república, afastando-se da Igreja e sendo assumido, de fato, pelo poder público (Sidrim, 2010, p. 34). Esta mudança significa a tomada deste serviço pela ciência psiquiátrica, e a Assistência Médico-Legal aos Alienados, liderada por Teixeira Brandão, expande os serviços psiquiátricos também para as colônias, conforme apontado nos decretos 508/1890 e 3244/1899. A virada do século também marca mudanças na psiquiatria brasileira, como veremos a seguir.

O Início dos anos 1900

As legislações apresentadas nesse tópico abrangem o intervalo entre os anos de 1903 e 1927, da virada do século até o início da Era Vargas, conforme apresentado a seguir:

Ano	Tipo e número	Ementa
1903	Decreto 1132	Reorganiza a Assistência a Alienados
1911	Decreto 8834	Reorganiza a Assistência a Alienados
1927	Decreto 5148	Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal
1927	Decreto 17805	Aprova o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal

Tabela 3 – Legislação em saúde mental entre 1903 e 1927

Nova organização assistencial surge já em 1903. Vem na forma do Decreto 1132/1903, que traz em sua ementa a reorganização da assistência aos alienados. Esta regulamentação tem em seu corpo, porém, mudanças que demonstram relevância em suas terminologias, sem apontar alterações na posição da política administrativa. Este decreto vem a acrescentar termos advindos de uma psiquiatria nascente enquanto disciplina médica no país, atualizando a linguagem até então utilizada e dando a esta, um caráter técnico: expressões como “moléstia mental, congênita ou adquirida” e “enfermo de alienação mental” estão presentes nesta regulamentação. A psiquiatria, enquanto prática e ciência, vem a suceder o alienismo fundado pelo pensamento manicomial inicial.

A psiquiatria se constitui partindo da experiência médica moderna, da experiência clínica e, como tal, tem como categoria central de análise a ‘doença’, rótulo encobridor e objeto criado sobre o silêncio forçado à experiência trágica da loucura. O louco, desraçado à Idade Clássica e despossuído da razão pelo alienismo, vai sendo transformado, por sucessivos golpes de força, em ‘doente mental’ (Carvalho & Amarante, 2000, p. 44).

No tocante à terminologia, observa-se ainda, segundo Carvalho & Amarante (2000) que a

expressão “enfermidade mental” ou “doença mental” foi introduzido por uma tendência psiquiátrica francesa pós-pineliana, em substituição ao termo “alienação”, considerando o estado do “doente mental” efetivamente mórbido.

Observamos, no decreto, a previsão de penalidades (para agentes públicos e instituições) para o caso de infração desta legislação, o que ocorre pela primeira vez. Destaca-se neste decreto a proibição da manutenção de alienados em cadeias públicas ou entre criminosos, destinando um lugar específico para estas pessoas: o manicômio, o hospício. De certa forma, pode-se supor certo “avanço” na consideração das ações em saúde mental, ao propor a separação de alienados e criminosos, visto que – como assinala Antunes (2007) – a psiquiatria da época tinha a pretensão de abarcar questões sociais, com vistas a exercer controle sobre ordem e desordem no espaço urbano. Ademais, o Decreto em questão foi intensamente incentivado por discussões empreendidas por renomadas personalidades da história da psiquiatria brasileira, com particular destaque para as figuras de Juliano Moreira² e Heitor Carrilho³. No antigo Hospital Nacional dos Alienados, Heitor Carrilho ficou responsável pelo setor de “criminosos loucos”, que foi o embrião do que viria a ser futuramente o Manicômio Judiciário (criado apenas em 1921). Juliano Moreira substituiria Teixeira Brandão na Assistência Médico-Legal aos Alienados. Destacamos alguns dos artigos do decreto 1132/1903:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

² Juliano Moreira (1873-1933), baiano de Salvador, é frequentemente designado como fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil. Sua biografia justifica tal eleição: mestiço (mulato), de família pobre, extremamente precoce, ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia aos 13 anos, graduando-se aos 18 anos (1891), com a tese "*Sífilis maligna precoce*". Cinco anos depois, era professor substituto da seção de doenças nervosas e mentais da mesma escola. De 1895 a 1902, frequentou cursos sobre doenças mentais e visitou muitos asilos na Europa (Oda e Dalgalarro, 2000).

³ Heitor Carrilho (1890-1954), nascido em Natal, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1919 passa a trabalhar no Hospício dos Alienados, da Praia Vermelha, onde faz sua carreira em clínica psiquiátrica e, em seguida, em psiquiatria pericial. Dedicou-se à criação de um manicômio judiciário, tendo sido seu primeiro diretor, em 1921.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita (Brasil, 1903).

Com o exposto neste artigo primeiro, temos uma legislação com texto em terminologia técnica, trazendo a presença do poder judiciário para o momento da internação e cobrando do médico responsável por esta internação o cumprimento de comunicação por meio de relatório. Isto é condizente com a aproximação entre Psiquiatria e Direito à época, que resultou na Medicina Legal, na Psiquiatria Forense e na Criminologia, espaços de interlocução influenciados pelo organicismo, como sugere Antunes (2007).

Com relação à alteração no tocante à exclusividade de tratamento em serviços específicos, traz o Decreto 1132/1903:

Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos.

Parapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 11. Emquanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.

Art. 12. O Ministro da Justiça e Negocios Interiores, por intermedio de uma commissão composta, em cada Estado e no Districto Federal, do procurador da Republica, do curador de orphãos e de um profissional de reconhecida competencia, designado pelo Governo, fará a suprema inspecção de todos os estabelecimentos de alienados, publicos e particulares, existentes no paiz (Brasil, 1903).

Salientamos aqui a proibição de se manter a população alvo da lei em cadeia pública, prevendo ainda a indicação de procedimento para os casos em que o manicômio criminal (hoje

Complexo Médico Penal) seja inexistente. Este decreto ainda versa sobre a inspeção dos serviços manicomial, qual seja a localização dos mesmos, dando caráter nacional a esta fiscalização. Dos artigos 13 ao 21 existe a descrição de exigências para o funcionamento de um serviço desta tipificação, com a presença, no artigo 22, de punições possíveis na forma de multa e prisão.

Em decretos expedidos em 1911 e 1927 (8834/1911, 5148/1927 e 17805/1927), entendemos a existência de atualização quanto a questões de pessoal (acrescem-se funções) e pontos de prestação de serviços ausentes no decreto anterior, bem como com relação à previsão de penalidades e modificações financeiras (vencimentos, vantagens do pessoal contratado e de cargos em comissão), sem trazer significativa modificação administrativa ou assistencial.

O Decreto 8834/1911 apresenta uma reorganização, tendo anexo à sua ementa, um “Regulamento da Assistência a Alienados”. Esta reorganização diz respeito a atualizações e à publicação deste regulamento protocolar. O documento dispõe sobre os recursos humanos dos estabelecimentos de alienados (nomeação, vantagens, vencimentos e penas disciplinares), concursos para o preenchimento destas vagas; traz ainda as funções próprias do Hospital Nacional de Alienados, Instituto de Neuropathologia e Museu/Laboratório anatomo-pathologico. Refere ao pessoal e às funções com relação a cirurgiões, enfermeiros, administradores, secretaria e colônias, bem como descreve os procedimentos de admissão e tratamento dos alienados, em estabelecimentos públicos e privados. Com relação às colônias, verifica-se o incremento desses serviços, associado à gestão de Juliano Moreira na Assistência Médico-Legal: “Com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias em todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Aduato Botelho nas décadas de 40 e 50” (Amarante, 2007, p. 40).

Os decretos do ano de 1927 (5148/1927 e 17805/1927) são complementares entre si, trazendo, da mesma maneira que o anterior, atualizações que não ensejam grandes mudanças: o Decreto 5148 remete à alteração de terminologia (“Reorganiza a Assistência a Psychopathas no Districto Federal”, *caput*) e o decreto 17805 faz a regulamentação protocolar da execução dos serviços assistenciais (“Approva o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal”, *caput*).

Higienismo e psiquiatria biomédica

Neste momento vemos o fortalecimento da psiquiatria biomédica e do movimento higienista, inter-relacionados, subentendidos nas legislações citadas. O higienismo foi uma prática que advém da modificação do pensamento de Pinel, com aplicação das mesmas medidas disciplinares e de isolamento, mas entendendo que o interno no manicômio era incurável e que as ideias de tratamento da psiquiatria deveriam ser levadas para fora do manicômio, prevenindo as doenças mentais. Era uma prática social e política a ser empreendida, com movimentação no sentido de educação moral e intelectual da população para a evitação das doenças mentais.

A psiquiatria brasileira estava influenciada pela psiquiatria de base higienista de Morel e especialmente pelas pesquisas, em Munique (Alemanha), de Emil Kraepelin, que lá dirigira centro de pesquisas em psiquiatria biomédica entre os anos de 1903 e 1921 (Amarante, 1994; Oliveira, 2012). Kraepelin é conhecido como o pai da psiquiatria moderna, descrevendo categorização e nosologia das doenças mentais, as quais ainda são base para os modernos manuais de transtornos mentais e comportamentais, bem como para a clínica psiquiátrica (Amarante, 1995; Caponi, 2012; Oliveira, 2012).

O higienismo era a base teórica de Juliano Moreira, diretor da Assistência Médico-Legal e eminente psiquiatra tido como fundador científico desta disciplina na medicina brasileira. O higienismo significa, neste contexto, um movimento que tinha “como ideia central a eugenia, termo inicialmente usado pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar qualidades raciais, físicas e mentais de gerações futuras” (Oliveira, 2012, p.164). Em 1923, seria fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, pelo psiquiatra Gustavo Riedel (1887-1934), que havia sido, ainda, fundador do primeiro serviço externo de consultas de prevenção em saúde mental da América Latina (Ambulatório Rivadávia Correa, de 1919), diretor da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, fundador da escola de enfermagem Alfredo Pinto (em 1920) e do serviço de hospitalização livre para psicopatas (Pavilhão Presidente Epitácio, também em 1923), conhecedor da realidade da psiquiatria naquele momento e pupilo de Juliano Moreira (Picininni, 2008).

A Liga Brasileira de Higiene Mental era “uma organização de psiquiatras cuja proposta era um tipo de intervenção, formulada a partir de concepção que considerava hereditária a doença mental” (Sidrim, 2010, p. 35) e apresentava “seu ideal eugênico como projeto político para a

sociedade brasileira” (Yasui, 2010, p.26), “cujo objetivo inicial era melhorar a assistência aos doentes mentais, renovando os quadros profissionais e os estabelecimentos psiquiátricos” (Oliveira, 2012, p. 164). As ações da Liga aos poucos se deslocam do ambiente interno (hospício) para o ambiente externo (sociedade), desenvolvendo ações de cunho preventivo da psiquiatria nos ambientes de educação, profissionais e sociais, ampliando seu campo.

Considerações Finais

Observa-se, no período aqui analisado, o modo de se tratar o louco no Brasil do Império e da República Velha. Os primeiros momentos legislativos serão a base para um modelo de tratamento que tem no hospital psiquiátrico seu principal estruturante. O modo de se tratar evolui, junto com a evolução da ciência, nos cerca de cem anos de legislação apresentada.

Ainda que o modelo administrativo esteja posto, os pressupostos teóricos hegemônicos sofrem mudança: o deslocamento do alienismo para a psiquiatria biomédica está exposto neste recorte temporal. Este deslocamento, tanto quanto o reconhecimento da psiquiatria dentro da medicina, amplia o campo da psiquiatria enquanto saber, estruturando-se de forma organicista (biomédica), higienista, com a influência descendente de Philippe Pinel e ascendente de Emil Kraepelin e tendo como base técnica o isolamento, tratamento sintomático e punição ocorrendo no interior de ambiente manicomial fechado.

O higienismo aparece como importante vetor de mudança na prática que se pretendia aplicar na sociedade brasileira. Uma direção educativa, abrangendo os campos da moral e da intelectualidade, levaria à sensível diminuição das doenças mentais na população, seguindo-se as ideias desta teoria. Ainda que este fim não tenha sido alcançado, o esforço dos psiquiatras da época levou à ascensão do reconhecimento da psiquiatria dentro do campo médico e mesmo da sociedade em geral. O movimento conseguiu, afinal, retirar os muros que cercavam a psiquiatria. Quanto ao louco internado, esse assim permaneceu.

Referências

Amarante, P. (1994) Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Amarante, P. (1995) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Antunes, M. A. M. (2007) *A Psicologia no Brasil. Leitura Histórica sobre sua Constituição*. São Paulo: Unimarco/Educ.
- Arruda, E. (1985) *Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira*. Rio de Janeiro: JC/Ed. UFRJ.
- Brasil (1841) *Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841 (Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=67840&norma=83790>
- Brasil (1890) *Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890 (Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75211&norma=101996>
- Brasil (1893) *Decreto nº 1559, de 7 de outubro de 1893 (Reorganisa o serviço da Assistencia Medico-legal de Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1897) *Decreto nº 2467, de 19 de fevereiro de 1897 (Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=58614&norma=74468>
- Brasil (1899) *Decreto nº 3244, de 29 de março de 1899 (Reorganiza a Assistência a Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1903) *Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903 (Reorganiza a Assistência a Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp

- Brasil (1911) *Decreto nº 8834, de 11 de julho de 1911 (Reorganiza a Assistência a Alienados)*.
Brasília: Distrito Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1927) *Decreto nº 5148, de 10 de janeiro de 1927 (Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1927) *Decreto nº 17805, de 23 de maio de 1927 (Aprova o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Caponi, S. (2012) *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Castel, R. (1978) *A Ordem Psiquiátrica – A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Oda, A. M. G. R; Dalgarrondo, P. (2000) Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n.4, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000400007
- Oda, A. M. G. R. (2001) A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Psychiatry on line Brasil*, 06 (12). Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1201.php>
- Oda, A. M. G. R; Dalgarrondo, P. (2005) História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.
- Oliveira, W.F. (2012) A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental e higiênica no Brasil. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 4, n. 8, p. 160-165, jan/jun 2012.
- Picinini, W.J. (2008) História da Psiquiatria – Gustavo Kohler Riedel. *Psychiatry on line Brasil*, 13 (02). Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano08/wal0208.php>
- Picinini, W.J. & Oda, A.M.G.R. (2006) A Loucura e os Legisladores. *Psychiatry on line Brasil*, 11 (3). Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>
- Pinel, P. (1809/2012) Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental. In: *El nacimiento de la psiquiatria*. Buenos Aires: Polemos.

- Ramminger, T. (2006) *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Sidrim, M. I. C. (2010) *As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá.
- Yasui, S. (2010) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Artigo 2

A CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASILAR: A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE 1930 A 1966

Resumo: Neste texto abordamos as transformações que ocorreram nos serviços de internamento psiquiátrico no Brasil e a legislação que embasa esse modelo, compreendendo o período entre os anos de 1930 e 1966. Analisaremos a consolidação do modelo de internação psiquiátrica, estando no modelo as evoluções do pensamento psiquiátrico europeu do final do século XIX, e suas relações com a assistência em saúde mental no Brasil. Apresentamos o caminho dos serviços de atenção em saúde mental e das legislações relativas à área no período citado, época esta que marca a sedimentação dos serviços psiquiátricos de base asilar a partir da lógica de uma psiquiátrica biomédica.

Palavras-Chave: Legislação, Saúde Mental, Psiquiatria.

Introdução

Abordaremos neste texto a transformação sofrida pelos serviços de internamento psiquiátrico e a legislação brasileira que os embasa e modifica, bem como a consolidação da internação psiquiátrica como modelo, contendo em si as evoluções do pensamento psiquiátrico europeu do final do século XIX e que agora encontram, afinal, espaço para sua manifestação dentro da atenção em saúde no país.

O foco serão os caminhos da saúde mental e das legislações atinentes à área entre os anos de 1930 e 1966, época que marca a sedimentação dos serviços psiquiátricos de base asilar a partir de uma lógica psiquiátrica biomédica. De acordo com Yasui (2010):

O modelo hegemônico se caracteriza por ser essencialmente hospitalocêntrico e excludente. Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até a década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira se constitui por sua oferta exclusiva e compulsória de internação (Yasui, 2010, p. 33).

A Era Vargas

O ano de 1930 é importante marco para a temática que aqui abordamos, tanto na área da saúde quanto para a política no Brasil. Neste ano, assume no governo o presidente Getúlio Vargas, dando início a uma nova fase histórica: marca a passagem da República Velha para o Estado Novo, que teria em Getúlio Vargas seu chefe até 1945.

Torna-se importante o destaque, neste momento cronológico, de que até aqui todo o tratamento proposto em saúde mental era pertencente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o que se modifica já em 1930, quando se registra a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), bem como a legislação que transfere serviços de áreas afins do ministério que anteriormente tratava destes assuntos para seu quadro de atuação. É a primeira estrutura governamental deste porte, um ministério, que contém a área de saúde de maneira explicitada já em seu nome.

Apontaremos a seguir a legislação que será objeto de análise, visando à identificação do percurso na época aqui pesquisada.

Ano	Tipo e número	Ementa
1930	Decreto 19444	Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências.
1931	Decreto 20889	Desliga do Departamento Nacional de Saúde a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário
1934	Decreto 24559	Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.
1944	Decreto Lei 7055	Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspectora no Ministério da Educação e Saúde e dá outras providências.
1944	Decreto 17185	Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.
1946	Decreto 8550	Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da Assistência Psiquiátrica no Território Nacional.
1953	Lei 1920	Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.
1953	Decreto 34596	Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde.
1954	Lei 2312	Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde
1961	Portaria 136	Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conchaves do ano mundial de saúde mental.
1961	Portaria 16145	Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos (...), para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional.
1962	Lei 4119	Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

Tabela 4 – Legislações na área de saúde mental, entre os anos de 1930 e 1962.

O órgão responsável pela assistência em saúde mental, ou assistência psiquiátrica, era chamado de Assistência aos Psicopatas (anteriormente chamado de Assistência Médico-Legal a Alienados); este órgão foi transferido para o Departamento Nacional de Saúde Pública do recém-criado MESP, conforme Decreto 19444/1930. Esta designação, contudo, não foi mantida. Um ano depois, é decretado o desligamento da Assistência aos Psicopatas do Departamento Nacional de Saúde Pública, ficando o mesmo diretamente designado à estrutura maior do MESP, nos termos do Decreto 20889/1931. O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública teria seu nome alterado para Ministério da Educação e Saúde em 1937.

Nova redação à temática da saúde mental é dada pelo Decreto 24559/1934 acrescentando elementos aos decretos citados acima (em especial o 1132/1903 e suas atualizações). Este decreto versa sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (Brasil, 1934). Este decreto atualiza, de acordo com o desenvolvimento da psiquiatria da época, a linguagem anterior, o que pode ser visto nas terminologias adotadas: profilaxia mental, clínica psiquiátrica, higiene mental, doentes mentais, toxicômanos, psicopatas crônicos, entre outros. Podemos ver esta aplicação no artigo 3º:

Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doentes com disturbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas secções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio,

observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas. (Brasil, 1934, artigo 3º)

Retomando as alterações que ocorriam na psiquiatria, aplicava-se paulatinamente a substituição do discurso do alienismo pineliano para o discurso psiquiátrico, demonstrando-se uma transformação do pressuposto de tratamento: o que era um tratamento de base moral passa a ser um tratamento de cunho biológico, biomédico, definido – neste momento histórico – por Caponi (2012, p. 56) como um pensamento “degeneracionista”⁴, fazendo alusão à teoria que Benedict Morel (1809-1873) desenvolveu no século XIX e fazia eco na ciência brasileira do início do século XX.

A psiquiatria passará, nesses cinquenta anos que separam Pinel de Morel, do privilégio concedido ao poder disciplinar do interior do asilo para uma biopolítica psiquiátrica das populações consideradas perigosas. Então (...) as normas que regem a instituição psiquiátrica passarão a conviver com os novos discursos referentes a populações consideradas medicamente perigosas. Serão estudadas lesões orgânicas que se transmitem por gerações, novas estratégias de prevenção e antecipação de desvios mentais, ampliando-se o espaço de ingerência da psiquiatria (Caponi, 2012, p. 56).

Neste sentido, esta normativa amplia o rol dos serviços psiquiátricos de internação, inserindo categorias antes não legisladas. A ideia de uma psiquiatria que se ampliava para outros setores que não apenas o manicômio está aí inserida.

⁴ A “teoria da degeneração ou degenerescência” era uma teoria etiológica que tinha, entre seus pressupostos, a ideia de uma progressiva degeneração mental ao longo de gerações, o que faria com que nervosos gerassem neuróticos, que por sua vez gerariam psicóticos, e assim por diante. Foi sistematizada por Morel, no seu *Tratado das Degenerescências*, publicado em 1857 (Oda, 2001). No Brasil, essa teoria serviu de proposta de higienização e disciplinarização da sociedade, considerando certa hierarquia racial, na qual o ápice seria a raça branca (Antunes, 2007).

São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social (Brasil, 1934, artigo 4º).

Além da inserção de novos estabelecimentos considerados psiquiátricos, o decreto em tela reforça a função de fiscalização destes serviços, reiterando ações punitivas, e cria a figura da Comissão Inspetora, incumbida tanto da efetiva fiscalização dos serviços, quanto da aplicação de punições na forma pecuniária. Também se observa a corrente ideológica aí colocada que associa a loucura ao perigo, com artigos que citam a periculosidade social como critério de internação. Vemos isso nos artigos 19 e 21, na forma que se demonstra abaixo:

Art. 19. Ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

(...)

Art. 21. Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) Pela pessoa que pediu a internação;
- b) Por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;
- c) Por curador ou tutor. (Brasil, 1934, artigos 19 e 21)

Este decreto é de extrema importância para a estruturação dos serviços de saúde mental: suas definições e seus efeitos enquanto legislação só perderão força em 1990, sendo a diretriz para todo este período subsequente, relevadas as alterações pontuais em artigos, caso apontado na sequência do texto. O decreto tem função estruturante, portanto, por um período de 56 anos.

Em 1944 seria criado o Centro Psiquiátrico Nacional, no Distrito Federal (Rio de Janeiro), pelo Decreto Lei 7055/1944, o qual ainda extingue o Conselho de Proteção aos

Psicopatas e a Comissão Inspetora, criados em 1934. A extinção, nesse caso, significa que estes serviços passam a ser função da Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, este último regulamentado concomitantemente (os dois foram assinados no mesmo dia) pelo Decreto 17185/1944.

A criação do Centro Psiquiátrico Nacional tinha como função “assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, e realizar pesquisas e estudos sôbre as psicopatias” (Brasil, 1944). Este Centro unifica administrativamente vários serviços do então Distrito Federal, entre eles o Hospital Pedro II, o Hospital Gustavo Riedel e o Hospital de Neuro-Sífilis, os quais passam a ter as denominações de Hospital Psiquiátrico, Colônia Gustavo Riedel e Instituto de Neuro-Sífilis, respectivamente. Neste contexto, é possível observar o início de organização do atendimento em saúde mental, principalmente no que se refere a “distribuir doentes mentais”, iniciando um processo que seria efetivado a partir de 1946, com a interiorização de serviços. Se a legislação anterior modernizava a linguagem e estabelecia a fiscalização, este Decreto 7055/1944 trazia uma organização acerca dos prestadores de serviço, no âmbito do então Distrito Federal, o que significava, na prática, um decreto de âmbito nacional, que teria influência para ações em outros Estados brasileiros.

No mesmo sentido de organização de serviços e ampliação das possibilidades de atendimento foi publicado, dois anos após, decreto autorizando a celebração de convênios entre a União e os Estados, “visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional” (Brasil, 1946). Este decreto, de número 8550/1946, busca a ampliação destes serviços, sob organização do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (que veio em substituição à organização anterior, a Assistência aos Psicopatas).

A legislação em questão previa autorização de crédito para construção, instalação e funcionamento de hospitais e serviços psiquiátricos nos Estados, obedecendo às seguintes bases:

- I – Caberá ao Estado, quando fôr o caso, dar terreno para as edificações;
- II – Os projetos de construção serão aprovados pela União;
- III – As despesas de construção e instalação serão custeadas pela União e pelo Estado, na proporção que fôr fixada;

- IV – As despesas de funcionamento ficarão sob a exclusiva responsabilidade do Estado;
- V – A União fiscalizará a execução dos Acôrdos;
- VI – A contribuição de uma das partes contratantes sòmente poderá, ser movimentada depois que a outra parte houver depositado a sua contribuição (Brasil, 1946).

Estas bases acima citadas permitem e, em especial, incentivam a construção de serviços psiquiátricos públicos, a serem geridos pelo Estado. E se a gestão fica por conta do Estado, a União fornece parte da verba da construção. Esta legislação fortalece sobremaneira a construção de serviços psiquiátricos, ampliando a estrutura existente.

Um Ministério para a Saúde

A organização de serviços, interiorização, ampliação da rede de atendimento na área da saúde como um todo se torna mais diretiva a partir do início dos anos 1950. Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde é desmembrado, passando a ter suas atividades regidas em dois Ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura. A criação do Ministério da Saúde ocorre pela Lei 1920/1953. Em seu artigo 3º, esta legislação efetiva a transferência, para a recém-criada pasta, de “todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum” (Brasil, 1953).

A Lei 1920/1953 foi regulamentada pelo Decreto 34596/1953, que traz especificações sobre a estrutura administrativa do Ministério da Saúde. No que interessa a este estudo – a área de saúde mental –, esta regulamentação cria o Departamento Nacional de Saúde, que tem por fim, entre outros:

- a) promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sôbre as condições de saúde, sôbre as questões de saneamento e higiene e bem assim sôbre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;
- b) superintender a administração de serviços federais destinados à realização das atividades mencionadas na alínea anterior e, ainda, das que tenham por objetivo

promover, de quaisquer maneiras, medidas de conservação e melhoria de saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças (Brasil, 1953b).

À estrutura deste departamento está submetido o Serviço Nacional de Doenças Mentais, mantendo-se assim o formato que já era apresentado na legislação de sete anos antes (Decreto 8550/1946), mesmo com a divisão ministerial. Deste dado depreende-se que esse Serviço Nacional de Doenças Mentais teve por objetivo a superintendência de serviços de saúde mental, bem como a profilaxia e tratamento nesta área.

Estabelecida esta organização em âmbito ministerial e com a presença de superintendência específica para a área de saúde mental, o trabalho a ser feito, de acordo com as legislações, passa a ser a interiorização, aqui entendida como ampliação e capilarização (aumento de unidades em locais ainda não providos) da rede de serviços, seguindo o norte dado em 1946 e vigente neste momento.

Reflexos de Reformas em esfera internacional

As mudanças em esfera internacional, elaboradas em discussão com a Organização Mundial da Saúde, apontavam para um pensamento na área de saúde mental que inovaria a forma de atenção: as definições de atenção primária, secundária e terciária na área de saúde mental apontavam para a alteração de um modelo asilar e curativo para a ênfase na prevenção, baseados, principalmente, na obra do psiquiatra estadunidense Gerald Caplan. A corrente desenvolvida por Caplan encontra base na história natural das doenças, trazendo conceitos desta para a psiquiatria, tais como crise e desadaptação social, bem como o conceito de desvio. Amarante (2007) entende que essa corrente representou um processo de medicalização da ordem social.

Fora do Brasil, na década de 50, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) criada após a II Guerra Mundial com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo, passou a definir saúde como “bem-estar físico, mental e social”. Baseada em estudos que revelaram o custo excessivo da “doença mental”, recomendou o “investimento em ações de saúde mental” e a adoção do termo

“saúde mental” ao invés de “doença mental”. Dessa forma, a referência tradicional da saúde como abordagem curativa passou a integrar a concepção “primária, secundária e terciária” da assistência, incorporando assim a assistência psiquiátrica à Saúde Pública e constituindo-se na Psiquiatria Comunitária (Costa, 2003, p.9).

Este modelo preventivo soma-se aos movimentos europeus nascentes neste período e que se caracterizam como proposição reformista, tendo como exemplos a Comunidade Terapêutica inglesa, a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Democrática italiana (Amarante, 2007; Passos, 2009). A partir da proposta da OMS, é possível entender que em todo o mundo a ideia de tratamento psiquiátrico será influenciada por estas mudanças. No Brasil, o movimento reformista (ainda não existente nesta época) viria a agregar vários conceitos tanto da psiquiatria preventiva quanto das correntes europeias. Ainda assim, nesse momento, a visada estadunidense da psiquiatria preventiva é a mais influente.

Esta significativa mudança de perspectiva, que prevê uma atenção voltada para a prevenção e promoção de saúde mental afetaria as ações em território nacional. A estruturação prevista pela OMS – baseada no tripé envolvendo atenção primária, secundária e terciária em saúde – bem como o direcionamento que se subentende da norma, que leva a psiquiatria para fora do hospital psiquiátrico, necessitariam de aplicação na estrutura de saúde pública brasileira. Pouco antes, em 1948, foi exposta ao mundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como resultado da formação da Organização das Nações Unidas, e onde a OMS baseia suas orientações (ONU, 1948). No entanto, várias críticas eram feitas a este modelo e direcionamento adotados, como por exemplo, à sua vinculação com as ideias higienistas e de limpeza social, deslocando o problema ao invés de enfrentá-lo (Puchivailo, Silva e Holanda, 2013).

Entretanto, ainda que com críticas, o modelo estava em crescimento. A Lei 2312, de 1954, a qual dispõe acerca de “Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde”, é a lei orgânica da saúde brasileira naquele momento. Nesta lei, em seu artigo 22, vemos a direção dada ao tratamento na área aqui estudada.

Art. 22. O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata.

§ 1º As casas de detenção e as Penitenciárias terão anexos psiquiátricos (...)

§ 2º O Governo criará ou estimulará a criação de instituições de amparo social à família do psicopata indigente, e de centros de recuperação profissional para alcoolistas e outros toxicômanos (Brasil, 1954, artigo 22).

Nesta lei, vemos a aplicação da psiquiatria ampliada e preventiva, com foco não apenas no “doente nervoso ou mental”, mas também voltada para a família; não apenas voltada para o hospital psiquiátrico, mas também para outras instituições de cunho “para-hospitalar”. O hospital psiquiátrico continua a ser o centro de um sistema pensado para o tratamento da doença mental, mas as alternativas começam a aparecer.

Cumprido referir que a psiquiatria, nesta época, desenvolve-se de modo revolucionário: nos anos de 1950 são desenvolvidos os primeiros psicofármacos. Até então, o desenvolvimento científico deste período (dos anos de 1930 até os anos de 1950) havia sido marcado pela intensificação e desenvolvimento de técnicas na psiquiatria havia sido marcado pela intensificação e desenvolvimento de técnicas na psiquiatria, como a eletroconvulsoterapia e o choque insulínico, sendo que as lobotomias e o asilamento ainda eram frequentes, segundo Sidrim (2010). Consoante com esta assertiva está Stockinger (2007, p. 29) quando traz que “nas décadas de 1940 e 1950, presenciou-se uma enorme ênfase no tratamento institucional na base da eletroconvulsoterapia e lobotomias”.

A medicação psiquiátrica, os primeiros antipsicóticos, tornam o tratamento psiquiátrico mais acessível, tanto quanto aproximam a psiquiatria cada vez mais dos outros campos da medicina, o que revolucionaria a profissão do médico psiquiatra, bem como teria consequências na atenção em saúde mental desde então (Balz, 2011). Vemos a seguir relato da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre este momento criação das técnicas e da medicação psiquiátrica:

A partir de Jauregg o avanço foi rápido, passando pela Insulinoterapia de Manfred Sakel (1932), pelo Choque Cardiazólico de Ladislav von Meduna (1936) e pela

Eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti (1938) e chegando aos psicofármacos na década de 50, uma verdadeira revolução na assistência ao doente mental. Com estes avanços, a atenção religiosa e policial dedicada ao doente mental começou a ceder lugar para a atenção médica. No Brasil, isto é mais claramente percebido a partir de meados do século XX (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006, p.11).

Este momento é marcante na psiquiatria, com a entrada do uso dos medicamentos, o que alteraria definitivamente a possibilidade de tratamento. O uso de medicação não ensejava, necessariamente, a contenção e isolamento, sendo, ademais, substituto destes dispositivos em muitos casos.

Os anos seguintes seriam marcados, então, por um maior crescimento e alcance dos serviços psiquiátricos. A possibilidade de atenção por meio de serviços “para-hospitalares” estava prevista desde 1954, mas os psicofármacos já eram utilizados de modo corrente e a interiorização de serviços prevista desde 1946.

Com estes dados, ocorreria, a partir dos anos 1960, uma modificação na estrutura de prestação dos serviços; se até os anos de 1950, a marca foi de aumento da estrutura pública, os anos que se seguiriam teriam o implemento de estrutura de âmbito privado ou conveniado ao Estado (Amarante, 1994; Sidrim, 2010). Com a mudança administrativa, prevendo a celebração de convênios e ênfase em um serviço assistencial de cunho privatista, a legislação passa a ser adaptada com este norte.

O pensamento da Psiquiatria Nacional

No ano de 1961 foram publicadas duas portarias que tratam sobre definições (plano e pensamento) da psiquiatria nacional. A primeira, Portaria 136/1961, prevê a constituição da “Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conclave do ano mundial de saúde mental” (Brasil, 1961a). Consta citar que esta portaria veio ao encontro do debate do ano anterior, que havia sido consagrado como Ano Internacional da Saúde Mental pela OMS (Costa, 2003). A segunda Portaria acerca da temática, neste ano, 16145/1961 traz o seguinte, em sua ementa:

Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos, prevendo convênios com as Santas Casas do interior do país, para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimentos da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional, Órgão Central de Pesquisas Psiquiátricas no país (ementa elaborada pela CDI/MS) (Brasil, 1961b).

A Portaria 136/1961 foi publicada em 10 de agosto, enquanto que a Portaria 16145/1961 foi publicada na data de 16 de agosto de 1961, tratando-se de legislações que se complementam. Evidencia-se neste momento a tentativa de definir a alteração de ênfase na assistência em saúde mental em esfera nacional. Ainda, retoma a questão da capilarização dos serviços de saúde mental, prevendo parcerias do tipo convênio para a criação de novos postos de assistência. Atentamos ao dado de que a OMS refere-se à modificação de definição e nomenclatura nas políticas nacionais para o termo saúde mental, enquanto que nessa portaria a referência ainda é à “Assistência aos Doentes Mentais”, mantendo-se o termo tido como superado enquanto definição.

A sinalização para a unidade da assistência em saúde mental no Brasil tem em seu bojo a prática prevista na Portaria 16145/1961 do convênio com as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições. Estas instituições, Santas Casas, “são classificadas como hospitais filantrópicos e seus assuntos são tratados em conjunto com as demais instituições dessa categoria” (Carvalho, 2005, p.6). Constituem, portanto, pessoas jurídicas de direito privado, legislando-se então acerca da prestação indireta de serviços públicos de assistência em saúde mental, mediados por entidades que não são estatais. Destaca-se este ponto como contraditório em relação à Portaria 8550/1946, supracitada, que trata do mesmo tópico (parcialmente) e dita regras de parcerias apenas entre entes estatais neste tipo de prestação de serviço público. “A década de 1960 marcou o início de um processo amplo de privatização da saúde. O modelo privatista fora também adotado na saúde mental como subsetor. O Estado passara a comprar serviços de saúde do setor privado” (Sidrim, 2010, p.37).

Destaque-se que a transformação da saúde em produto de consumo, em mercadoria, não foi exclusividade da psiquiatria, mas parte de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário, que, por um lado estendeu a assistência médica a amplos setores da classe trabalhadora, em substituição às caixas de aposentadoria (...). Por outro, incentivou a prática privada na saúde financiada pelo erário (Yasui, 2010, p.33).

Faz-se necessário breve parêntese para referir que na mesma época, em 1962, é regulamentada a profissão de psicólogo no Brasil (de acordo com a lei 4119/1962). O psicólogo aparece, oficialmente (conforme a lei apresentada), com a missão (entre outras) de “solucionar problemas de ajustamento” (Brasil, 1962, artigo 13), em acordo com a política oficial vigente desde as primeiras legislações aqui apresentadas. O profissional psicólogo entra no campo da saúde mental para ser um especialista na relação interpessoal entre os indivíduos, na interpretação de conflitos internos destes indivíduos, situação que a medicina psiquiátrica deixa externa a seu campo de atuação.

No campo profissional da psiquiatria, e com o advento do avanço da psicofarmacologia, o psiquiatra passa a ter sua relação com o paciente mediada pela medicação. Ainda assim, não há nessa época alteração do modelo asilar de atenção na área de saúde mental, mantendo-se o hospital psiquiátrico enquanto centro, tendo a assistência em outros serviços de internação, em geral privados, paralelos às estruturas manicomiais maiores, com o mesmo modelo de atenção dispensado.

Considerações Finais

Estes redirecionamentos profissionais, trazendo profissionais novos ao campo e ampliando esse mesmo campo para o sentido de uma Saúde Pública e Saúde Coletiva, tem efeito direto na relação entre o profissional e os sujeitos que são alvo da política de saúde mental. A inclusão de profissionais voltados para o trabalho com o sujeito, com suas relações, com vivência interpessoal – o exemplo da Psicologia – expõe a dicotomia entre o tratamento médico e farmacológico com a ideia da prevenção e promoção de saúde. Isso afetaria a lógica assistencial

vindoura, após grandes disputas políticas e técnicas: uma política de saúde que mudaria o eixo do hospital psiquiátrico para uma atenção territorializada e comunitária.

Referências

- Amarante, P. (1994) Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Antunes, M. A. M. (2007) *A Psicologia no Brasil. Leitura Histórica sobre sua Constituição*. São Paulo: Unimarco/Educ.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2006) *Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: ABP. Disponível em http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf
- Balz, V. (2011) Terra Incognita: an historiographic approach to the first chlorpromazine trials using patient records on the Psychiatric University Clinic in Heidelberg. *History of Psychiatry*, 22 (86), 182-200.
- Brasil (1903) *Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903 (Reorganiza a Assistência a Alienados)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1930) *Decreto nº 19444, de 1 de dezembro de 1930 (Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1931) *Decreto nº 20889, de 30 de dezembro de 1931 (Desliga do Departamento Nacional de Saúde a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1934) *Decreto nº 24559 de 3 de julho de 1934 (Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp

- Brasil (1944). *Decreto Lei nº 7055, de 18 de novembro de 1944 (Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora no Ministério da Educação e Saúde e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1944) *Decreto nº 17185 de 18 de novembro de 1944 (Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1946) *Decreto-Lei nº 8550 de 3 de janeiro de 1946 (Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da Assistência Psiquiátrica no Território Nacional)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1953) *Lei nº 1920 de 25 de julho de 1953 (Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1953) *Decreto nº 34596 de 16 de novembro de 1953 (Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1954) *Lei 2312 de 03 de setembro de 1954 (Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=2312&tipo_norma=LEI&data=19540903&link=s
- Brasil (1961a) *Portaria nº 136 de 10 de agosto de 1961 (Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conclave do ano mundial de saúde mental)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1961b) *Portaria nº 16145 de 16 de agosto de 1961 (Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos, prevendo convênios com as Santas Casas do interior do país, para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes)*

- crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional*).
Brasília: Senado Federal. Disponível em
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1962) *Lei nº 4119 de 27 de agosto de 1962 (Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L4119.htm
- Caponi, S. (2012) *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Carvalho, C. V. (2005) *A situação das Santas Casas de Misericórdia*. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Disponível em http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1494/situacao_santascasas_viveiros.pdf?sequence=1
- Costa A, A. C. F. (2003) Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Em Brasil (2003), *Direito sanitário e saúde pública*. (pp. 135-178). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde.
- Oda, A. M. G. R. (2001) A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Psychiatry online Brasil*, 06 (12). Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1201.php>
- ONU (1948) *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas. Disponível em:
<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>
- Passos, I. C. F. (2009) *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Puchivailo, M. C., Silva, G. B., e Holanda, A. F. A (2013) Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies* – XIX(2): 230-239, jul-dez, 2013.
- Sidrim, M. I. C. (2010) *As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá.

Stockinger, R. C. (2007) *Reforma Psiquiátrica Brasileira: Perspectivas Humanistas e Existenciais*. Petrópolis: Vozes.

Yasui, S. (2010) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Artigo 3

DA CAMPANHA DE SAÚDE MENTAL ÀS REFORMAS NA ASSISTÊNCIA (1966 – 2001)

Resumo: Estudamos neste artigo a implantação da Campanha de Saúde Mental, em 1967, como conjunto de ações para a área de saúde mental realizada pela estrutura governamental brasileira. A partir dos anos de 1970 a assistência em saúde mental seria fortemente criticada por movimentos sociais ligados ao pensamento da reforma psiquiátrica italiana, tornada lei em 1978. Este processo faz eco ao de reforma sanitária, tendo as mesmas bases. Como resultado da tensão, as leis 8080/1990 (lei orgânica da saúde brasileira) e 10216/2001 (chamada de lei da reforma psiquiátrica).

Palavras-Chave: Legislação, Saúde Mental, Psiquiatria.

Introdução

O final do século XIX e o início do século XX trazem para a área de saúde mental brasileira as inovações na psiquiatria europeia, com a implantação de grandes hospitais psiquiátricos, os quais tinham por referencial de tratamento o isolamento do paciente e a descrição de sintomas, para enfim aplicar técnicas como a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e as lobotomias. Nos anos de 1950 e 1960, com o advento da psicofarmacologia, inicia-se o uso de medicações no campo da medicina psiquiátrica, marcando um novo período na relação entre paciente, psiquiatra e equipamento de saúde.

A estratégia utilizada pelo gestor federal a partir de 1966 sofre modificações, estruturando-se em ações chamadas de “Campanhas de Saúde”. A consolidação do modelo asilar, ocorrida nos anos anteriores, baseou-se na psiquiatria biomédica e no manicômio como referencial. O período aqui apontado marca a forte crítica dos movimentos de trabalhadores e a influência da reforma italiana, a partir dos anos de 1970.

A Estratégia Campanhista (a partir de 1966)

Apontaremos, na tabela que segue, a legislação pesquisada neste artigo, a partir da lei que define a estratégia das campanhas nacionais de saúde, apontando o trajeto legislativo subsequente.

Ano	Tipo e número	Ementa
1966	Lei 5026	Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências.
1967	Decreto 60252	Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências.
1987	Anteprojeto de Lei 195	Sem ementa.
1988	Constituição Federal	Sem ementa.
1989	Projeto de Lei 3657	Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória.
1990	Lei 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1991	Decreto 109	Aprova a estrutura do Ministério da Saúde e dá outras providências.
2001	Lei 10216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Tabela 5 – Legislações referentes à área de saúde mental, entre os anos de 1966 e 1991.

Nos anos de 1966 e 1967 foram editadas duas regulamentações, complementares e hierarquizadas entre si, com respeito à prestação de serviços e que trouxeram a necessidade de intensificação das atividades e da ampliação do acesso aos serviços em saúde. A Lei 5026, que estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, datada de 14 de junho de 1966, especifica o modo de ação que será dado em relação à saúde em todo território nacional, delineando o formato da política pública do Ministério da Saúde. Em sua ementa, esta lei define que o chefe do poder executivo “estabelece normas gerais para a instituição de Campanhas de Saúde Pública exercidas

ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências” (Brasil, 1966). O artigo 2º da lei 5026/1966 clarifica o objetivo e objetos das Campanhas de Saúde Pública:

A instituição e o desenvolvimento de Campanhas de Saúde Pública, na forma desta Lei, atenderão, sempre, à necessidade de se intensificar e coordenar, em todo o território nacional, ou em regiões definidas, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive tratamento e recuperação, relativamente a doenças que, por sua natureza, constituam problema de interesse coletivo e exijam, para seu atendimento, providências especiais (Brasil, 1966).

Na medida em que legislado o formato da política pública a ser implementada, as áreas específicas da atenção em saúde formularam suas regulamentações, na forma de decreto baseado no disposto na Lei 5026/1966. A área de saúde mental teve esta especificação legislada pelo Decreto 60252, publicado já em 21 de fevereiro de 1967. Este decreto implanta a Campanha Nacional de Saúde Mental, que viria a ser o compêndio das ações governamentais e de seus parceiros na área:

Art. 1º Fica instituída, no Ministério da Saúde, nos termos dos artigos 1º e 2º da Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, e de acordo com o plano aprovado pelo Ministro da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) diretamente subordinada ao Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde e destinada a intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive de tratamento e recuperação, relativamente às doenças mentais em geral, em todos os seus aspectos, graus e variedades, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência, bem como a dos estados mórbidos correlatos (Brasil, 1967).

A Campanha Nacional de Saúde Mental vem vinculada à legislação anterior e mais abrangente, como se percebe neste primeiro artigo, que cita a Lei 5026/1967. O diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, órgão responsável pela execução da assistência em saúde

mental no país, é o responsável direto pela implantação e andamento desta nova política pública, nomeado, por esta legislação, superintendente desta Campanha (Brasil, 1967). Importante salientar, nesse ponto, que o texto da Lei 5026/1966 e do Decreto 60252/1967, por consequência, preveem o fim das Campanhas somente em duas situações. O artigo 19 deste decreto expõe de maneira bastante objetiva as formas de extinção: “(...) a) pela execução integral de seu Plano; b) por ato do Presidente da República” (Brasil, 1966).

Torna-se ainda mais importante a verificação disposta na Campanha Nacional de Saúde Mental, uma vez que esta seria a política a ser desenvolvida pelo poder público, em esfera nacional, pelos vinte e cinco anos subsequentes, substituída somente quando da implementação das ações do Sistema Único de Saúde. Retornemos, então, ao estudo legislativo anterior.

As ações previstas na Campanha, para a consecução de sua finalidade, estão definidas no artigo segundo da mesma, o qual se divide em três pontos, que podem ser identificados com as definições de atenção primária, secundária e terciária em saúde, citadas anteriormente (Costa, 2003). Passamos a estas ações, observando-as uma a uma:

I - Medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público (Brasil, 1967).

Neste ponto da definição legal das ações da Campanha vemos colocada a disposição acerca da atenção terciária (o nível de complexidade responsável por ações do tipo curativa, o mais complexo do sistema) nos termos de estruturação e prestação de serviços. Entende-se que também está aqui colocada a centralidade do tratamento hospitalar, bem como existe a percepção da possibilidade de divisão das responsabilidades da prestação dos serviços com entes não governamentais. Este apontamento já constava nos termos da Portaria 16145/1961 e mantém seu conteúdo, permitindo a participação das esferas privadas neste contexto assistencial.

II - Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo (Brasil, 1967).

Aqui a legislação traz definições que dizem respeito à atenção primária e secundária (promoção de saúde e prevenção em saúde). As modificações teóricas na área de saúde mental, que apontam no sentido da prevenção, a partir dos anos de 1950, deslocam a centralidade da clínica médica para o sentido da atuação comunitária em saúde pública. Isso se coloca neste ponto, quando dispõe acerca de “contínua atividade de psiquiatria preventiva”.

III - Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos (Brasil, 1967).

Neste terceiro item, vemos definidas, pela primeira vez em lei, as questões relativas à educação em saúde, ainda que esta esteja apontada apenas no que se refere ao alcoolismo e dependências químicas.

Este Decreto 60252/1967, em resumo, abrange questões de tratamento, prevenção e promoção em saúde mental; aponta para a educação em saúde e mantém intenções anteriormente legisladas como a capilarização dos serviços e a possibilidade de participação de entes privados na prestação dos serviços. A CNSM foi um

(...) instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade na administração pública. A Campanha Nacional de Saúde Mental era um instrumento apropriado para a obtenção de recursos extra-orçamentários, possibilitando convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos e também autorizando a execução de serviços e obras (Jorge, 1997, p. 44).

Este decreto geraria, também, críticas à possibilidade da implantação de serviços conveniados, em especial com relação aos convênios de clínicas particulares, que recebiam

recursos advindos da Previdência Social para a internação psiquiátrica. Neste momento (entre os anos de 1960 e 1970) solidifica-se a assistência privada; o modelo asilar tem seu auge em número de internações psiquiátricas:

O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82% (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010, p. 277).

O número de internações por neurose é um dado que por si só demonstra o crescimento, em números, das internações hospitalares, já sob influência da política pública aplicada a partir de 1967. Contudo, este cenário fica mais esclarecido quando vemos os dados relativos aos leitos contratados, bem como a comparação entre serviços públicos e privados:

Nos anos seguintes, a escalada do número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados infelizmente não parou por aí. Nesse período, chegamos em 1971 a 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos ao longo desta década, começando a diminuir o ritmo somente a partir da redemocratização do país e início do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (Costa, 2003, p. 10).

Este crescimento observado e a sedimentação do modelo de asilamento, isolamento e centralismo no manicômio, que já vem como política desde o início da legislação acerca do tema e confirmados pela Campanha Nacional de Saúde Mental, gerariam consequências nos campos teórico e prático, entre profissionais de saúde mental e suas teorias, com caráter indissolúvelmente político.

É importante ressaltar que a esta época se vivia a implantação do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), que teve sua primeira versão no início dos

anos de 1950 e foi revisado em 1968. O DSM é a classificação elaborada pela American Psychiatry Association, que visa à unificação de critérios descritivos com fins de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais. Da primeira versão, de 1952, às mais recentes há um gradual deslocamento na compreensão do distúrbio mental no sentido de relegar a presença de elementos simbólicos da concepção psicossocial em favor de explicações de cunho biológico, pretensamente empíricas e a-teóricas (Barreto, 2005), bem como um significativo aumento do número de patologias registradas, representando uma pulverização do entendimento da complexidade do campo, além de outras consequências, tais como um declínio cada vez maior do próprio ensino de uma avaliação clínica cuidadosa – desde o DSM-III, na década de 1980 –, levando a um afastamento cada vez maior dos aspectos subjetivos e psicossociais do sofrimento mental e ao que se chamou de “morte da fenomenologia da América” (Andreasen, 2007).

Neste sentido, o viés de uma psiquiatria biomédica se fortalecia. O modelo asilar e sua aplicação crescente geram também novos contingentes de usuários, admitidos pelo discurso em vigência:

(...) mais dois novos tipos de crônicos chegam à soleira dos novos serviços: o cortejo de pessoas históricas, que novamente se avoluma depois de um tempo de banimento a que poucas podiam escapar pelo funil dos consultórios de psicanálise e que agora, depois de implodida a fortaleza da histeria nas novas versões do DSM, voltam aos serviços, nos quais são frequentemente rediagnosticadas pelo novo discurso psiquiátrico como deprimidas ou distímicas, com transtornos de personalidade mais ou menos imprecisos ou, mais raramente, como portadoras de vagos distúrbios somatoformes de ansiedade (Barreto, 2005, p. 48).

Neste sentido, a estratégia campanhista foi efetiva e em paridade com a psiquiatria biomédica, ampliando os serviços e vagas em locais destinados a internação. É importante ressaltar, ainda, que o momento político brasileiro era de um regime militar, onde o discurso dominante centrava-se na ordem e na hierarquia. Assim, a estrutura institucional do país, onde se encaixam os hospitais psiquiátricos e serviços de internação, estava voltada para este discurso; como ressalta Delgado (2008), o período da ditadura consolida o modelo asilar – descrita como

sua “idade de ouro” – mesmo que camuflado por uma “aparente modernização que substituiu o asilo psiquiátrico público por hospitais privados financiados pelo governo nas grandes e médias cidades do país” (p. 62). Essa expansão da privatização do hospital psiquiátrico se estabelece desde 1966, com “(...) a unificação, na estrutura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, até 1981, quando foi interrompido pela chamada ‘crise da Previdência’” (Delgado, 2008, p. 62). Stockinger (2007) resume esta posição, da seguinte maneira:

Tais fatos geraram como características marcantes deste período a criação de um grande complexo médico assistencial de base hospitalar e uma prática médica orientada em termos da lucratividade, numa evidente capitalização da medicina através do privilegiamento do setor privado em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social. (...) Nos anos 80, tendo alcançado o ápice de déficit financeiro e operacional, e influenciado pela crítica oriunda de movimentos sociais emergentes, tal centralismo autoritário começa a ceder (p. 61-62).

A extinção das Campanhas de Saúde Pública se deu, oficialmente, apenas em 1991, com a entrada em vigor das legislações que vieram a embasar o Sistema Único de Saúde (SUS). O texto que traz a extinção das Campanhas é o Decreto 109/1991, o qual “aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências” (Brasil, 1991). O ato de extinção das Campanhas consta da seguinte maneira:

Art. 21. São extintas as Campanhas de Saúde Pública de que trata a Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, consoante o disposto na alínea “b” do art. 19 do mesmo diploma legal.

Parágrafo único. Os programas desenvolvidos através das Campanhas de Saúde Pública referidas no art. 21 serão absorvidos pelo SUS.

O Movimento pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica (1978-1987)

No contexto do aumento de número de internações e serviços, bem como da privatização dos serviços, está o nascimento de questionamentos e alternativas ao sistema vigente, com

movimentos dentro da psiquiatria e áreas afins (capitaneadas por personalidades diversas como Basaglia, Szasz, Laing, Cooper e outros). Na década de 1970 começam a surgir, portanto, possibilidades de modificação do sistema centrado na internação e segregação. Em 1972, por exemplo, houve um encontro de ministros da saúde das Américas, organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde, do qual se firmou o Plano Decenal de Saúde para as Américas, o qual estabelecia recomendações para os países. Na área de saúde mental recomendava:

- Prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental;
- Criação de serviços para diminuir a tendência de aumento de alcoolismo e fármaco-dependência;
- Planejamento de leitos psiquiátricos para cada 1.000 habitantes;
- Priorizar o atendimento ambulatorial e hospitalização breve, de preferência em hospitais gerais;
- Criação de Centros Comunitários de Saúde Mental em cidades com mais de 100.000 habitantes e estimular a participação da comunidade em torno deles;
- Modernização da legislação psiquiátrica;
- Modernização dos tratamentos, utilizando especialmente técnicas grupais;
- Estimular o ensino de saúde mental em escolas de medicina e de outras escolas que formam profissionais de saúde (Yasui, 2010, p.35)

Estas recomendações iam ao encontro das proposições reformistas brasileiras na área da saúde mental, que encontram no pressuposto teórico da Psiquiatria Democrática Italiana seu maior ponto de apoio. Franco Basaglia, principal psiquiatra desta tradição, esteve no Brasil no final dos anos 1970. Esta linha de contribuição teórica é indicada também entre estudiosos estadunidenses, como por exemplo em Sheldon Korchin, que propõe como caracterização da atuação de profissionais de saúde mental, uma forma prioritariamente comunitária, destacando uma maior eficácia de ações produzidas na proximidade dos ambientes nos quais aparecem os problemas, e a necessidade dos clínicos trabalharem em ambientes familiares, na proximidade das pessoas demandantes; ou, em suas palavras:

As clínicas da comunidade deveriam ir ao encontro dos clientes, antes que ficar passivamente à espera de que eles o procurem profissionalmente. Sua atuação profissional deveria ser flexível, facilmente acessível no local e tempo onde a necessidade surge e oferecida numa atmosfera que reduza, ao invés de aumentar, a distância social entre o profissional e a pessoa ajudada. A ajuda deveria ser acessível àqueles que dela necessitam e não só aos que a procuram (Korchin, citado por Andery, 1984, p. 206).

A mobilização social e os desdobramentos teóricos eram crescentes neste período histórico. Os encontros e congressos se multiplicavam, com destaque para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (realizado no Rio de Janeiro, em 1978), o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (em São Paulo, 1979) e o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1980, em Salvador. A importância desses encontros se deu pela participação de figuras importantes do pensamento crítico contemporâneo – como Felix Guattari, Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, presentes no Rio de Janeiro, em 1978 –, ou por “(...) favorecer articulação desse movimento com outros movimentos sociais organizados, como aqueles em prol da anistia política [o segundo evento]; e o terceiro, por favorecer o aparecimento da defesa dos direitos humanos dos pacientes, tendo como porta-voz grupos de direitos humanos, atores ainda inéditos neste processo” (Sidrim, 2010, p.39).

A insatisfação dos profissionais da saúde mental, em especial no Rio de Janeiro – a partir do Centro Psiquiátrico Pedro II – com a política então adotada e com questões trabalhistas (fundamentalmente relacionadas a condições precárias de trabalho e baixa remuneração) acabaria por gerar, no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, marcando o início do movimento conhecido como “reforma psiquiátrica brasileira”, que incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico e às precárias condições de trabalho e tratamento, bem como à privatização da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995). O movimento pela reforma sanitária estava em seu auge, e teria, em 1986, importante momento na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A reforma sanitária é um conjunto de princípios técnicos e políticos, e seu relatório final serviu de base para a política brasileira de saúde que seria implementada em 1990 (Amarante, 2007). A reforma sanitária brasileira objetiva um sistema de saúde igualitário, descentralizado,

universal, com os serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada. A integralidade e a participação social são princípios fundamentais, coerentes com o conceito de saúde como direito inerente à cidadania (Alves, Seidl, Schechtman & Correia e Silva, 1994). O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde traz, em seu texto, esta indicação:

(...) deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- A caracterização da saúde de cada indivíduo como interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- A caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (Brasil, 1986, p. 8-9).

Entre estes princípios podemos citar que a reforma sanitária priorizava a difusão de uma nova consciência sanitária, alterações em leis visando um sistema único de saúde e a democratização de práticas institucionais. Neste processo social e político, o campo da saúde mental e sua nascente “reforma” encontram-se contemplados. Dentro um processo maior na saúde, a saúde mental segue os mesmos passos. A mobilização dos trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, politizou a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural (Yasui, 2010).

A reforma sanitária tem grande importância para o processo da reforma psiquiátrica, sendo a segunda complementar e parte da primeira. Não haveria a reforma nos serviços de saúde mental sem as discussões e a politização que ocorreu na Saúde como um todo. Os atores

envolvidos nos processos de conferências e das mobilizações paralelas a estas foram fundamentais para estabelecer as bases sólidas das reformas em saúde e que se tornariam princípios de política pública.

Dentro do processo de discussão e de reforma é inaugurado, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, pensado como dispositivo substitutivo ao modelo asilar predominante. O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido também como CAPS da Rua Itapeva, no município de São Paulo, iniciou seus serviços em março daquele ano. O CAPS Luiz Cerqueira foi organizado a partir de técnicos advindos de ambulatórios do município e ao longo de sua formação incorporou profissionais que participavam da plenária de trabalhadores de saúde mental, iniciada no ano anterior, e que tinham experiências nascentes de transformação institucional na assistência em saúde mental (Yasui, 2010, p.42).

Na mesma época, serviço semelhante havia sido inaugurado na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). A cidade de Bauru, dispendo de momento progressista no campo da saúde, priorizando as reformas sanitária e psiquiátrica, foi escolhida para sediar a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em dezembro de 1987. A temática desta I CNSM foi bastante incisiva: “Por uma sociedade sem manicômios”, que marca posição política bastante reformista tanto na Saúde quanto em outras áreas. Esta Conferência desenvolveu-se em três temas (Brasil, 1988), a saber:

Tema I	Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre saúde e doença mental.
Tema II	Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.
Tema III	Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Tabela 6 – Eixos temáticos da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Na leitura do relatório final observa-se que o direcionamento iniciado pela movimentação social de reforma sanitária foi mantido em sua totalidade, com propostas aprovadas, por exemplo, de ampliação do conceito de saúde (tema I); a formação de um sistema único de saúde pública, incentivo à participação popular e formação de rede de atendimento extra-hospitalar e

multiprofissional (tema II); e promoção de saúde mental como forma de prática cidadã (tema III). Este texto final ainda apresenta “Recomendações à Constituinte” e proposta de “Reformulação das leis ordinárias” (Brasil, 1988, p. 21-27). O relatório apresenta estas propostas de maneira significativamente ideológica e politizada, enfatizando as relações de poder e se colocando de forma antimanicomial.

Este movimento visava à desconstrução do modelo adotado, marcando momento histórico em 1987, quando são realizadas a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (II CNTSM), na esteira dos movimentos de redemocratização do país, que visavam, na área de saúde, à reforma sanitária, à implantação de um sistema único e público de saúde e à reforma da atenção em saúde mental. O resultado do II CNTSM é publicado em carta aberta, denominada “Carta de Bauru” (local onde ocorreu o Congresso). Entre seus pontos vale ressaltar:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. (...) Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos, 2007).

Este documento fundamenta os apontamentos políticos contrários ao manicômio, prevendo uma reforma na atenção em saúde mental. Ainda envolto em pensamentos reformistas em outras áreas, defende a reforma agrária, a sindicalização, entre outros. Na esfera política, em fevereiro de 1987 estava formada a Assembleia Nacional Constituinte, composta por 559 membros entre deputados e senadores, com vistas à discussão e aprovação, pelo Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal) de uma nova Constituição para o país, após 21 anos de ditadura militar (Brasil, 2010).

A Assembleia Nacional Constituinte contava com Comissão da Ordem Social, a qual era derivada numa subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente. A subcomissão emitiu Anteprojeto de Lei acerca dos três temas. Na seção reservada à saúde, neste documento, estavam presentes 14 artigos (Brasil, 1987), dos quais se entrevê princípios do que viria a ser um sistema único de saúde brasileiro.

A Concepção de Saúde Pública na Constituição de 1988

O resultado final dos 20 meses do processo da Assembleia Nacional Constituinte foi a promulgação, em cinco de outubro de 1988, da nova Constituição Federal da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), feita em ambiente de comoção política e dos meios de comunicação, trazida a público com a conotação de “constituição cidadã”.

No seu capítulo II, que se refere à seguridade social (que abarca as áreas de saúde, assistência social e previdência social), o texto constitucional assevera, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Os artigos que seguem – artigos 197 a 199 –, trazem os princípios de um sistema único de saúde, como se vê, especificamente no artigo 198:

Capítulo II – Da Seguridade Social (...)

Seção II

Da Saúde (...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

Decorre da Constituição Federal toda e qualquer legislação posterior a esta, estando, portanto, toda legislação na área de saúde submetida aos princípios nela apresentados. A partir desse marco legal estão estabelecidas as diretrizes para a lei orgânica da saúde e para a

constituição do Sistema Único de Saúde, que viriam a ser regulamentados pela Lei 8080 de 1990. A lei 8080/90 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990, ementa) e apresenta os princípios anteriormente apontados (nas conferências, na constituinte) em seus três primeiros artigos:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Brasil, 1990)

Com esta seara política e com a realidade do modelo assistencial colocado em prática desde 1841, abre-se caminho para as modificações que virão a partir da implantação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, que marca o nascimento de um Sistema Único de Saúde, em 1990.

O Projeto de Lei 3657/1989 e seu Trajeto de Aprovação: a Lei 10216/2001

Entre a promulgação da Constituição e a aprovação da lei do Sistema Único de Saúde houve importante projeto na área de Saúde Mental: no ano de 1989 foi apresentado projeto de lei que tratava da temática da Reforma Psiquiátrica, assim faz-se necessário breve retorno cronológico para apresentar este PL.

O Projeto de Lei 3657/1989 foi apresentado pelo deputado federal Paulo Delgado, vinculado ao Partido dos Trabalhadores pelo estado de Minas Gerais, e trazia em sua ementa disposição acerca da “(...) extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989). O Projeto de Lei representa a tentativa de se legislar o que fora proposto, especificamente com relação à assistência em saúde mental, na I CNSM de 1987.

O texto do projeto de lei apresentado é fortemente influenciado pela lei italiana 180 de 1978, que extinguiu os hospitais naquele país (Amarante, 2007). O deputado federal que apresentou o PL fazia parte de movimentação social antimanicomial, adepto da teoria do psiquiatra italiano Franco Basaglia, este último responsável pela construção e aprovação da lei italiana, bem como principal teórico da Psiquiatria Democrática. Não foi por acaso, mas por semelhança ideológica e pressuposto teórico, que o projeto do deputado Paulo Delgado traz elementos que estavam já legislados na Itália, desde onze anos antes. A ideia de extinção do manicômio havia sido conquistada pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana por ações políticas, ideológicas e acima de tudo com práticas renovadoras da atenção em saúde mental.

Traremos os três primeiros pontos do Projeto de Lei 3657/1989, num comparativo com algumas alíneas presentes na Lei italiana 180/1978, buscando as semelhanças e referências entre o texto legislativo brasileiro e seu similar italiano:

	PL nº 3657 de 1989		Lei Italiana nº 180 de 1978
Artigo 1º Caput	Fica proibido, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.	Artigo 7º §7º	É absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas.
Artigo 2º Caput	As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.	Artigo 6º §2º	A partir da entrada em vigor desta lei, os tratamentos sanitários para doenças mentais que comportem a necessidade de internação hospitalar e que estejam a cargo do Estado ou de órgãos e instituições públicas, serão efetuados, com exceção do disposto no artigo 8, nos serviços psiquiátricos mencionados nos próximos parágrafos.
Artigo 3º Caput	A Internação psiquiátrica compulsória devera ser comunicada, pelo medico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.	Artigo 3º §1º	O decreto citado no artigo 2, com o qual o Prefeito determina o TSO em regime de internação hospitalar, acompanhado do parecer médico referido no ultimo parágrafo do artigo 1 e da ratificação citada no ultimo parágrafo do artigo 2, dever ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal.

Tabela 7 – Comparativo entre o PL 3657/1989 e a Lei italiana 180/1978.

A evidente relação entre o projeto de lei 3657/1989 e a Lei 180/1978 colocou este projeto como demasiado revolucionário no momento em que foi apresentado. A temática de proibição de novos hospitais psiquiátricos, bem como o tempo de aplicação da lei projetada, foram itens que, ainda que apoiados pelos movimentos sociais acima citados, não encontraram suficiente acolhimento no Congresso Nacional. A tramitação deste projeto iniciou em 1989, na Câmara dos

Deputados e foi encaminhada ao Senado Federal, em 1991. Ficou estagnada nesta Casa até o ano 1999.

Neste período (e por conta da estagnação do PL), parlamentares favoráveis ao projeto de lei encaminharam, em sete estados e no Distrito Federal, projetos similares que foram aprovados nas Assembleias Legislativas estaduais/distrital, aprovando, portanto, leis de caráter reformista na saúde mental, com abrangência nos entes federados. As leis aprovadas preservam semelhanças entre si e com o PL 3657/1989. Estas leis foram aprovadas entre 1992 e 1996 (Brasil, 2004, p. 28-66) de acordo com o demonstrado a seguir.

Ano	Estado	Lei Estadual/Distrital
1992	Rio Grande do Sul	9716/1992
1993	Ceará	12151/1993
1994	Pernambuco	11065/1994
1995	Rio Grande do Norte	6758/1995
1995	Minas Gerais	11802/1995
1995	Paraná	11189/1995
1995	Distrito Federal	975/1995
1996	Espírito Santo	5267/1996

Tabela 8 – Leis reformistas nas UF por ano.

Para exemplificar a semelhança entre estas leis, citaremos três delas no aspecto específico da aplicação de um sistema substitutivo/alternativo de assistência em saúde mental, apoiados em leis dos estados do Rio Grande do Sul, Ceará e Paraná, as quais coincidem em apresentar este ponto em mesmo artigo das leis:

Art. 2º: A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais

de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (Rio Grande do Sul, 1992).

Art. 2º: A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o Conselho Estadual, as comissões municipais, locais e as secretarias municipais de saúde estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1º do artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos (Ceará, 1993).

Art. 2º: O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (Paraná, 1995).

Estas legislações possuem, inclusive, textos muito similares, indicando o direcionamento do legislador local com o projeto de lei federal. Este movimento político, de caráter nacional, também levou o Ministério da Saúde a publicar a primeira portaria em que aparecem serviços de saúde mental indicando “uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental” (Brasil, 2004, p. 245), a portaria 224/1992, a qual “teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como regra mínima, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País” (Brasil, 2004, p. 252).

No âmbito do controle social, houve a formação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde (pela resolução 93/1993), substituída em 1999 pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (resolução 298/1999). Fazia-se necessária aprovação de lei federal para que as iniciativas dos entes federados se fizessem válidas em território nacional, tanto quanto que as portarias, resoluções e outras regulamentações tivessem lei a qual fossem subordinadas juridicamente.

O projeto de lei 3657/1989 foi apresentado na Câmara dos Deputados no final de 1989, foi encaminhado ao Senado Federal em 1991. O Senado, por sua vez, apresentou um substitutivo ao projeto original, apenas em 1999, quando a tramitação na Câmara é retomada e o substitutivo vem a se tornar norma jurídica, em abril de 2001 (Brasil, 1989). A lei aprovada, 10216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, reflete a possibilidade de ajustamentos que um projeto substitutivo apresenta: se por um lado redireciona o modelo assistencial, por outro perde as características do projeto inicial com relação ao fim dos manicômios, já que não apresenta texto nesse sentido. A lei elenca direitos básicos dos “portadores de transtornos mentais” e regulamenta a internação, avançando ao incluir o Ministério Público como ator indispensável nos casos de internação involuntária; avança ainda quando define que a internação deverá ser utilizada como tratamento somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, artigo 4º).

Considerações Finais

A estratégia campanhista afere à assistência em saúde mental maior abrangência geográfica, com ampliação quantitativa dos serviços. A alteração do foco de uma prestação de serviço que era essencialmente público para um viés privatista do mesmo foi alvo de críticas de teóricos e de trabalhadores da área de saúde mental. Esta crítica vem, principalmente, com a compreensão de que houve, com esta mudança, um enviesamento para a obtenção de grande lucro dos serviços privados com a internação de pacientes psiquiátricos.

O processo de reestruturação da assistência em saúde mental, em andamento no Brasil, tem suas origens nas reformas ocorridas em outros países, com importante influência da psiquiatria democrática italiana, a qual teoriza que os hospitais psiquiátricos não são necessários

para a estrutura de prestação de serviços em saúde mental, e que o internamento de prazo prolongado não encontra justificativa científica.

A crítica ao modelo vigente durante os anos de 1970, com o fato de que os hospitais eram ambientes pouco produtivos de tratamento efetivo, leva ao enfrentamento do modelo centrado no hospital. Esta tendência se radicaliza com as movimentações sociais reformistas na área da saúde, a partir do movimento de reforma sanitária. A reforma sanitária se estabelece, legalmente, com a implantação da lei orgânica da saúde (lei 8080/1990). Nos mesmos moldes, a movimentação por uma mudança de modelo significativa na saúde mental cresce e toma corpo com o projeto de lei (federal) 3657/1989 e com as leis estaduais que foram criadas com base neste. Este projeto, tornado lei em 2001, com significativas alterações, incorpora aos tratamentos de saúde mental as bases para um cuidado efetivado em ambiente outro que o do hospital psiquiátrico, reconhecendo, ainda, os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Referências

- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Alves, D.S.N., Seidl, E. F., Schechtman, A., & Correia e Silva, R. (1994). Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. Em Paulo Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 197-203). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Andreasen, N.C. (2007) DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 108-112.
- Barreto, J. (2005) *O umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF.
- Brasil (1966) *Lei nº 5026 de 14 de junho de 1966 (Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5026-14-junho-1966-368616-normaatualizada-pl.html>

- Brasil (1967) *Decreto nº 60252 de 21 de fevereiro de 1967 (Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1986) *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- Brasil (1987) *Anteprojeto de Lei, volume 195, de 23 de maio de 1987*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-195.pdf>
- Brasil (1988) *Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf
- Brasil (1988) *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil (1989) *Projeto de Lei número 3657/1989 (Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória)*. Brasília: Câmara Federal. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
- Brasil (1990) *Lei número 8080 de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil (1991) *Decreto nº 109 de 2 de maio de 1991 (Aprova a estrutura do Ministério da Saúde e dá outras providências)*. Brasília: Senado Federal. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75656&norma=102420>
- Brasil (2004) *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
- Brasil (2010) *Portal Brasil: Portal do Governo Federal*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/constituicao>

- Caponi, S. (2012) *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ceará (1993) *Lei Estadual nº 12151 de 29 de julho de 1993 (Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências)*. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.
- Delgado, P. G. (2008) Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. Em Silva Filho, J. F. (org.) *1968 e a saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos. *Carta de Bauru* (1987). Disponível em http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4290
- Guimarães A. N., Fogaça M. M., Borba L. O., Paes M. R., Larocca L. M., Maftum M. A. (2010) O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enfermagem* (Florianópolis), 19(2): 274-82.
- Paraná (1995) *Lei Estadual nº 11189 de 9 de novembro de 1995 (Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais)*. Curitiba: Assembleia Legislativa do Estado do Paraná.
- Rio Grande do Sul (1992) *Lei Estadual nº 9716 de 07 de agosto de 1992 (Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências)*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.
- Yasui, S. (2010) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

DISCUSSÃO

Quando alguém que esteve internado no manicômio sai e volta à sociedade, cria-se uma nova contradição que tende a devolver essa pessoa novamente ao manicômio. Nesse momento, é importante uma nova tomada de consciência que pode nascer na comunidade. (Basaglia, 1979, p. 20)

Para iniciar a discussão, encaminhando a uma conclusão deste trabalho, optamos por breve retomada do exposto até aqui.

Historicamente, é tido como nascimento da psiquiatria o significativo gesto de Philippe Pinel (1745-1826), marca de um rompimento com a tradição em que vivia o alienista francês. A psiquiatria nasce de uma reforma (reforma de legislação, atuação profissional e costumes), no bojo das influências de uma França pós-revolucionária. Aquele gesto (Pinel libertando os loucos de suas amarras) é simbólico da fundação de um novo local para o louco – é a marca da inauguração do manicômio e do alienismo. Trata-se de uma importante reforma, uma vez que insere novo padrão de tratamento e pensamento na área; quebra uma tradição anterior e inicia sua proposta inovadora.

O hospital psiquiátrico, o manicômio, vem com a proposta de dar um “lugar” ao louco: este passará de objeto de ação meramente policial, judiciária, para o campo da medicina, ainda que esta transição não tenha sido completamente realizada na época e nem ainda nos nossos dias.

O alienismo é incluído na medicina, torna-se ramo: Pinel funda e Esquirol (1772-1840) desenvolve o método clínico, nova tradição que estuda, o desvio que as paixões causam à razão, tornando o sujeito (o louco) um alienado. Os textos de Pinel (Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania) e Esquirol (As Doenças Mentais consideradas a partir de uma perspectiva Médica, Higiênica e Médico-Legal) são os grandes marcos teóricos do alienismo.

O tratamento moral (baseado nas técnicas do isolamento e tutela/control) tem no asilamento e no alienista seu fundamento e estrutura. Pinel aplica seu método em Bicêtre, e depois, juntamente com Esquirol o aperfeiçoam em Salpêtrière, ambos hospitais parisienses. (Pinel, 1809/2012; Esquirol, 1805/2012). O texto de Esquirol traz cinco razões justificando o isolamento: assegurar a segurança pessoal e da família; libertá-los das influências exteriores;

vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e impor novos hábitos intelectuais e morais (Esquirol, 1805/2012; Caponi, 2012).

A loucura passa a ser objeto desta psiquiatria nascente; a psiquiatria nasce nessa relação diádica. O tratamento moral pineliano não busca no corpo do doente a causa da doença, de forma direta. Sua busca é com hábitos, comportamentos, tanto quanto em outros fatores: educação, família (origem), vícios. Situações que tem caráter social, que podem incluir questões fisiológicas, hereditárias, emocionais. Sua postulação sobre a epistemologia da loucura é, necessariamente, multicausal.

Para dar conta desta multicausalidade, o tratamento é moral: visa à dominação das paixões e à retomada da razão, utilizando-se da estrutura do poder disciplinar institucional, do isolamento e da figura do alienista para ser exercido. Acredita que se há uma direção de retomada de razão é porque reside, no alienado, uma chance, um resquício da razão outrora perdida.

Pinel considera indispensável ficar-se atento a esses pequenos momentos de lucidez que aparecem em toda loucura, pois essa seria a hora de intervir. É tomando como ponto de partida o resto de razão que existe em toda loucura que se poderá iniciar a tarefa terapêutica. Assim, pouco a pouco e com a aplicação dos instrumentos mais variados, desde as duchas às ironias, passando pelos desafios verbais e os interrogatórios, poderá ser reestabelecida a razão perdida. (...) Vemos que o tratamento moral faz parte, como o presídio, dos grandes sonhos iluministas. Em ambos os casos, se os criminosos e os loucos podem ser recuperados, é porque eles não perderam inteiramente a razão. A psiquiatria de Pinel se refere a seres racionais que estão em contradição com eles mesmos (Caponi, 2012, p. 50).

A teoria pineliana encontraria resistência e contrariedade na teoria das degenerações, que tem por principal nome Bénédict Morel (1809-1873). Morel, em 1857, traz a ideia de herança e degeneração para a psiquiatria, utilizando-se do avanço científico da época, com base na anatomopatologia. Apresenta descrição de causa mista para a doença mental, tendo os fatores físicos e morais presentes. Entende, no entanto, que situações sociais podem desencadear

degenerações físicas, deixando marcas no organismo; temperamentos e comportamentos indesejados poderiam causar disfunções orgânicas. Morel coloca como ponto central em sua teorização a função de lesão localizada no cérebro como causa de doença mental, relaciona o funcionamento do órgão à personalidade, temperamento, transmitido de forma hereditária. Traz que a hereditariedade faz do louco o elo mais degradado de uma cadeia de degenerações familiares, sendo muito difícil falar-se em cura ou recuperação; aponta o louco degenerado como um condenado ao asilo e à doença. (Caponi, 2012).

Com este posicionamento teórico, oferece à disciplina nascente um fundamento biológico e organicista capaz de aproximar, de vez, a psiquiatria à medicina da época. Como o conceito passa a ser de que o louco é incurável, é um condenado à sua loucura, o projeto terapêutico possível torna-se outro que o tratamento direto do alienado: a psiquiatria passa a ter um discurso voltado para a prevenção, estende seu alcance para fora do manicômio, tratando da possibilidade de evitação da loucura. Esta prevenção visa à sociedade como um todo, tratando de antecipar a loucura, com base em pródromos de desvios. Fora do manicômio, existe a possibilidade da prevenção, com ambicioso projeto de higienização e moralização; dentro, os casos ditos incuráveis. A época era do higienismo, o mesmo que seria defendido no Brasil, anos depois, por Gustavo Riedel, com a fundação, em 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental.

À continuação da evolução do modo de se tratar em saúde mental percebemos que, ainda que o modelo se proponha a ser preventivo, a função do manicômio se fortalece enquanto de diagnóstico e de separação entre a sociedade dita sã e os sujeitos ditos loucos. O manicômio serve de modo eficaz às teorias de cunho higienista em voga neste momento. A proposta de Morel tem sua evolução com Emil Kraepelin, identificado como pai da psiquiatria moderna.

No âmbito do estudo apresentado ao longo deste trabalho, é possível identificar a legislação brasileira na área da saúde mental evoluindo justamente no caminho que vimos acima, com certo hiato temporal próprio da época. Inicia-se com a instalação de manicômios, valendo-se da tradição pineliana, que se mostra presente entre 1841 e o início dos anos de 1900. As alterações em legislação dentro deste período são meramente administrativas, ampliando as funções do hospital psiquiátrico e do alienista ali presente, bem como criando a possibilidade de implantação de hospitais psiquiátricos em grandes centros, como Fortaleza, Porto Alegre e Recife.

A legislação passa a se adaptar às mudanças propostas pela tradição de Morel e de Kraepelin a partir da virada do século, com ênfase importante nos anos de 1920 e 1930, quando a psiquiatria brasileira passa a contar com a Liga Brasileira de Higiene Mental e com seus pressupostos apontados nas legislações de 1927 e 1934, que já são tomadas por terminologias de uma psiquiatria biomédica, com ampliação de quadros de diagnóstico sintomático.

A consolidação deste caminho teórico com a prática brasileira de tratamento em saúde mental se daria a partir dos anos de 1930, com o intenso movimento de criação de hospitais e serviços psiquiátricos em centros populacionais menores, visando à interiorização destes serviços; a interiorização data já dos anos de 1940 e 1950.

Ainda que percebamos, neste recorte, o aumento quantitativo e distribuição dos serviços, a questão qualitativa dos mesmos se dá na medida do fortalecimento do dispositivo de internação e isolamento, como sustentação lógica e teórica de uma psiquiatria que veria, em 1952, a primeira edição do DSM e no final da década a introdução dos psicofármacos.

Os serviços de saúde mental brasileiros sofrem modificação estrutural com a estratégia aplicada a partir dos anos de 1966-1967, quando a saúde pública (e suas ramificações) são geridas na forma do que se chamou de Campanhas. Para a área da saúde mental esta Campanha Nacional de Saúde Mental resultou na inversão da lógica público/privada nos serviços, diminuindo a quantidade de internos em hospitais públicos e ampliando em clínicas e serviços de internação privados. Esta modificação tem a marca do regime político de exceção em vigência desde 1964. Diversos autores apontam que este momento foi de mudança de uma visão da utilização das práticas psiquiátricas pelo Estado (e da saúde como um todo), com a implantação administrativa-financeira de uma prática privada na saúde, financiada, subsidiária do poder público.

O modelo de classificação axial proveniente da implementação do DSM, o momento político, a privatização do sistema de saúde, a inserção da psicofarmacologia: estes pontos, somados ao modelo hospitalocêntrico, permitem um desregrado crescimento do número total de internações psiquiátricas no país, da ordem de 20 vezes em cerca de 40 anos (Yasui, 2010). Esta situação levaria aos questionamentos surgidos dentro dos próprios serviços de atenção em saúde mental, a partir da década de 1970 e 1980, com eco em teorias e práticas advindas de correntes da psiquiatria existentes na Europa e Estados Unidos, como a Psiquiatria de Setor (França), as

Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria (Inglaterra), a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos) e, sobretudo, da Psiquiatria Democrática (Itália). Inúmeros eventos e discussões acerca da modificação do modelo de atenção se deram nessa época e foram ampliados com o advento da redemocratização do país. O tema da liberdade e da aplicação de modelos alternativos eram o cerne das discussões. Franco Basaglia, grande nome da psiquiatria democrática esteve no Brasil à época; em sua passagem asseverou:

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura (Basaglia, 1979, p. 72)

Os debates, somados às experiências internacionais de modelos alternativos, gerariam movimentações sociais que culminaram na Conferência de Saúde Mental de 1987, a qual requereu, em seu relatório final, a modificação do modelo de atenção para o campo da saúde mental. A Constituição de 1988, embasada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), traz um modelo de saúde que tem por princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. O PL 3657/1989, que posteriormente viraria a lei 10216/2001, já contempla estes princípios; a legislação (em saúde) posterior à Constituição Federal deve ser submetida hierarquicamente a ela. Desta forma, fica estabelecida meta de substituição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico por um modelo que viria a ser chamado de psicossocial, de caráter territorializado e aberto, invertendo, em lei o centralismo anterior do modelo de atenção em saúde mental.

Entendemos que há inevitáveis avanços com a alteração de modelo, e que a legislação aqui apresentada, bem como as teorias apontadas no decorrer dessa história, alicerçam uma reforma dos serviços de atenção em saúde mental, em vigência.

Foi digna de nota a importância que o ano de 1987 assume para as reformas então vindouras, concentrando naquele ano a finalização da Assembleia Nacional Constituinte, a inauguração do primeiro CAPS e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi redigida

a “Carta de Bauru”. Também é importante ressaltar a estratégia política utilizada no período em que não havia lei nacional no campo da saúde mental: as leis estaduais, provocadas nas Assembleias Legislativas de oito dos 27 entes federados ampliaram a visibilidade da temática. Estes eventos são significativos para a sequência de acontecimentos que culminou na aprovação da lei 10216/2001.

Restam, necessariamente, questões que apontaremos a partir de agora.

Ao processo ocorrido, pode-se chamar de Reforma Psiquiátrica? O modelo de atenção certamente foi direcionado para outro sentido que não o do centralismo no hospital psiquiátrico, no manicômio. Mas a psiquiatria foi reformada ou os serviços mudaram administrativamente? A substituição que surge é de um modelo dito psicossocial, que nos geraria outra questão: o que significa, no contexto dos serviços de atenção em saúde mental, o conceito “psicossocial”? Estas questões introduzem uma pergunta mais significativa. A alteração do modelo, as modificações em tratamento propostos ao longo do tempo histórico estudado, permitem definir uma clínica especificamente direcionada para estes serviços de atenção?

Interrogamos para refletir: se a psiquiatria apontada como biologicista, localizacionista é severamente criticada pelos ativistas de uma reforma psiquiátrica, qual é a práxis que a tornaria obsoleta, desnecessária? A contradição da psiquiatria biomédica é citada, por exemplo, em Barreto (2005):

(...) exposta a contradições é a presença da atual orientação de cunho fisicalista da chamada psiquiatria biológica na paisagem atual dos serviços e programas de saúde mental. (...) Limite-me a indagar sobre a incidência da imagem de sujeito (de indivíduo) subjacente a esta vertente teórica no plano da “nova clínica”. A metáfora da máquina, cujo funcionamento (ao menos projetivamente) pode ser esmiuçado pelo conhecimento da intimidade dos circuitos neuroquímicos, pressupõe uma concepção finalista tributária de uma assunção da física que vai além das analogias (Barreto, 2005, p. 135).

Ao apontar esta contradição, o autor traz que a “nova clínica” ainda não é conclusa, e para que haja uma síntese, no sentido de construção, é condicionada à “suposição da inevitabilidade (ou da probabilidade) de uma virada paradigmática que reconcilie a psiquiatria

com teses humanistas que não impliquem abdicar das conquistas da ciência neuroquímica e da biologia molecular” (Barreto, 2005, p. 137). É complementar a conclusão e retomada histórica que faz Caponi (2012):

Compreender a saúde mental como a capacidade de dar respostas às infidelidades e dificuldades que o meio impõe, e não como o resultado de médias estatísticas, cálculos e medições, pode ser um bom ponto de partida para revisar as pretensões que, há mais de um século, estão depositadas na localização cerebral do normal e do patológico (Caponi, 2012, p. 202).

É-nos compreensível que a pergunta sobre qual a clínica de um serviço de atenção em saúde mental não surge com a reforma administrativa e legislativa dos serviços que a esta definição se destinam. As propostas de tratamento historicamente verificadas tem o contraponto de tipo “fisiológico” *versus* tipo “comportamental”, entendidos aqui, à guisa de metáfora, do que se pretende lidar com o corpo em oposição a lidar com alterações mentais, de hábitos, de modo de ser. Isso é passível de observação em tempos transcorridos como vimos na modificação do tratamento moral de Pinel para a inserção do localizacionismo de Morel e Kraepelin; a teoria da psiquiatria científica clássica de Kraepelin foi posteriormente questionada por correntes como a Psiquiatria democrática, de tradição fenomenológica, apontando para outros rumos, no sentido de um tratamento compreensivo. Ainda que haja momentos em que uma teoria e a prática que dela advenha sejam dominantes, não há, historicamente, unanimidade; não há também conforme observado, teoria, até o momento, que não tenha sido alvo de forte crítica e contradição.

Lembramos, novamente, que o alienismo de Pinel surge justamente em um momento de efusiva mobilização popular por alterações no funcionamento político de um país. A aplicação do alienismo é fruto de uma reforma de grande porte. O estudo acerca deste tema nos permite maior entendimento e compreensão, em termos de processo histórico, da reforma que se nos coloca agora, no campo da saúde mental. O retorno a um dos pontos nodais de nossa história nos relembra que o modelo implantado, o asilar, teve sua importância e ainda perdura enquanto ideia, não podendo ser desvalorizado teoricamente ou tomado como intervenção desrespeitosa ao indivíduo internado, sem se levar em conta o contexto de época.

Desta maneira, o caminho da concordância e, principalmente, soma dos modos de pensar colocados acima pode prevalecer, desde que eliminados os radicalismos da dualidade (corpo x mente) e enfrentadas as dificuldades que se colocam no cotidiano de uma prática clínica complexa. Este é o pedido da estrutura administrativa colocada em lei, pensada para funcionar em rede, de modo intersetorial, multidisciplinar, buscando a integralidade nas ações de um sistema de saúde. O desafio atual é o da aplicação de serviços inseridos na cidade (Abou-Yd, 2008), em um processo de transição que ainda se encontra incompleto (Dias, 2013) e que rotaciona o eixo de atenção, do equipamento para o sujeito.

A síntese supracitada, que indica uma composição entre as conquistas de uma ciência biomédica com as teses humanistas, nos parece um bom início para a construção de uma clínica possível em saúde mental, que tenha a composição entre os saberes e as profissões envolvidas no processo saúde/doença, tanto quanto de uma estrutura administrativa derivada de marcos legais que seja suficiente para dar conta da demanda de um público-alvo crescente no país.

Referências

- Abou-Yd, M. (2008) *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Barreto, J. (2005) *O umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF.
- Basaglia, F. (1979) *A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática – Conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates.
- Caponi, S. (2012) *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Dias, M. K. (2013) *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Edunp.
- Esquirol, J. D. (1809/2012) Las pasiones consideradas como causas, síntomas y médios curativos de la alienación mental. In: *El nacimiento de la psiquiatria*. Buenos Aires: Polemos.
- Pinel, P. (1809/2012) Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental. In: *El nacimiento de la psiquiatria*. Buenos Aires: Polemos.

Yasui, S. (2010) *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

ANEXO:

Artigo “A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico”

ARTIGO - ESTUDOS TEÓRICOS OU HISTÓRICOS

A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico

Brazilian mental health reform and linkages with the phenomenological thinking

Reforma de salud mental en brasil y vínculos con el pensamiento fenomenológico

Mariana Cardoso Puchivailo^I; Guilherme Bertassoni da Silva^{II}; Adriano Furtado Holanda^{III}

^IMusicoterapeuta pela Faculdade de Artes do Paraná (FAP), Psicóloga e Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pós-graduada em Psicologia Analítica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCP-PR). Endereço Institucional: Mestrado em Psicologia. Praça Santos Andrade, 50 (2º Andar), Sala 216. Curitiba, PR. E-mail: marianapuchivailo@yahoo.com.br

^{II}Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Especialista em Saúde da Família/Saúde Coletiva e em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Vice-Presidente do Conselho Regional de Psicologia (8ª Região). E-mail: silvapsi@hotmail.com

^{III}Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB) e Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); Professor Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR); Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LabFeno/UFPR) e Primeiro-Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Fenomenológica (ABRAPFE). E-mail: aholanda@yahoo.com

RESUMO

A reforma na saúde mental brasileira teve como grandes diretrizes, a experiência de desinstitucionalização italiana e do pensamento de Franco Basaglia. Estes, por sua vez, possuem bases e fundamentos em discussões e posições derivadas do pensamento fenomenológico (na filosofia) e de perspectivas da Psiquiatria fenomenológica, a partir de autores como Jaspers e Minkowski. O objetivo deste artigo é demonstrar as vinculações do pensamento fenomenológico na concepção da reforma da atenção à saúde mental brasileira. Para isso foi articulado teoricamente o pensamento destes autores na compreensão da saúde mental.

Palavras-chave: Reforma na Saúde Mental brasileira; Fenomenologia; Psiquiatria.

ABSTRACT

The reform of mental health had as major guidelines, the experience of Italian deinstitutionalization and Franco Basaglia's intellectual legacy. These, in turn, have bases and foundations in discussions and derivative positions of phenomenological thought (in philosophy) and phenomenological perspectives of Psychiatry, from authors such as Jaspers and Minkowski. The purpose of this article is to demonstrate the linkages of the phenomenological approach in the designing of the Brazilian reform of mental health care. Therefore was theoretically articulated the thought of these authors in the understanding of mental health.

Keywords: Brazilian Mental Health Reform; Phenomenology; Psychiatry.

RESUMEN

La reforma a la salud mental tuvo como grandes directrices, la experiencia de desinstitucionalización italiana y el pensamiento de Franco Basaglia. Estos, a su vez, tienen bases y fundamentos en los debates y posiciones en derivados del pensamiento fenomenológico (en la filosofía) y las perspectivas fenomenológicas de Psiquiatría, de autores como Jaspers y Minkowski. El propósito de este artículo es demostrar la vinculación del enfoque fenomenológico en el diseño de la reforma de la atención de la salud mental para el brasileño. Para ello se articula en teoría el pensamiento de estos autores en la comprensión de la salud mental.

Palabras-clave: Reforma de la Salud Mental en Brasil; Fenomenología; Psiquiatría.

1. O processo histórico de reforma na saúde mental brasileira

No Brasil, a reforma da atenção à saúde mental tem como marco a Lei 10.216 aprovada em abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). O direcionamento dado por esta Lei é o de uma atenção em Saúde Mental preferencialmente comunitária, com equipamentos territorializados, seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessa proposta, diversos serviços e equipamentos foram implantados visando atendimento substitutivo ao Hospital Psiquiátrico: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os Ambulatórios de Saúde Mental e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais (Ministério da Saúde, 2005).

A reforma na atenção à Saúde Mental brasileira foi formulada e desenvolvida tomando como referência diferentes reflexões teóricas e experiências práticas e, uma de suas principais fontes foi a da "Desinstitucionalização" Italiana, que Amarante (2007) divide em três períodos. O primeiro deles surge das críticas à estrutura dos hospitais psiquiátricos, que se institui após o término das duas grandes guerras mundiais. Principalmente depois do nazismo, existia certo desconforto mundial a todos os tipos de confinamento. Além disso, no período das guerras, muitos europeus morreram e vários voltaram para suas casas com "doenças mentais". Concomitantemente, havia uma busca por força de trabalho, logo, existia a necessidade de que os soldados pudessem ser tratados (Amarante, 2007).

Um dos exemplos dos processos de desinstitucionalização deste período são as Comunidades Terapêuticas, que surgem na Inglaterra nos anos 50 e 60 como alternativa e complemento ao tratamento em hospitais psiquiátricos (Robortella, 2000), visando liberdade de comunicação e reaprendizagem social. Este sistema receberia críticas da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática por ainda manter os hospitais psiquiátricos, e não questionar a exclusão e a responsabilidade junto a toda comunidade (Amarante, 2007). Segundo Robortella (2000), a concepção de Comunidades Terapêuticas contribuiu para a ideia da desinstitucionalização italiana, devido a sua característica de não hierarquização entre médicos, pacientes e auxiliares que participavam no tratamento da doença mental.

O segundo período se caracteriza por uma procura por soluções diferentes e substitutivas ao hospital psiquiátrico (e, portanto, à ideia de manicômio), baseada na prevenção e promoção da saúde (Amarante, 2007). Nasce, nos Estados Unidos, a Psiquiatria Preventiva, que tinha como objetivo reduzir as doenças mentais privilegiando a prevenção; o objeto da psiquiatria passa, então, a ser a Saúde Mental. Jardim & Dimenstein (2007) colocam que os tratamentos eram realizados através de medidas "terapêuticas de urgência", porém estas, segundo os autores, não viabilizavam novas configurações, mas apenas um enquadramento às regras já instituídas causando, frequentemente, mais sofrimento e iminentes reedições da crise.

Na psiquiatria preventiva, a situação de risco é entendida como um prenúncio do agravamento ou desencadeamento de uma suposta doença mental. Este conceito está atrelado à ideia da medicina preventiva, já que nasce a partir do cálculo estatístico da probabilidade de surgimento de alguma doença com o intuito de preveni-la. A medicina preventiva é herdeira do movimento higienista que buscava não o combate ao problema, mas apenas um deslocamento, uma limpeza social (Jardim & Dimenstein, 2007).

O terceiro período surge com uma proposta de ruptura do paradigma psiquiátrico (Amarante, 2007). Tem-se, neste período, a Antipsiquiatria como possibilidade de desinstitucionalização na qual o papel da psiquiatria é posto em cheque e é reforçada a ideia de que a loucura é produzida na relação com a família e a sociedade.

A Antipsiquiatria - movimento constituído em torno de uma contestação geral das práticas psiquiátricas tradicionais (o termo foi cunhado por David Cooper, em 1967¹) - propunha um questionamento desse modelo tradicional em múltiplas dimensões.

Numa perspectiva "epistemológica", ou seja, no que se refere à construção do saber em relação à patologia, a Antipsiquiatria apontava que a psiquiatria clássica estaria apoiada numa representação objetiva de "doença mental", entendida como entidade mórbida, de fundo orgânico ou "mental", criando assim uma dicotomia organicismo *versus* mentalismo, sem contudo superá-los. Deste modo, a psiquiatria clássica estaria retida num modelo empiricista que não questionaria nem a essência nem as condições de possibilidade dos fenômenos psicopatológicos (Laing & Cooper, 1964/1976; Laing, 1979).

Decorre disto uma concepção "antropológica" da noção de loucura que desconstitui o sujeito (Szasz, 1961/1982; Laing, 1989), o desqualifica enquanto experiência - pois a "doença" ou é do corpo (cerebral) ou da mente (um suposto psiquismo subjetivista) -; o que tem repercussões "políticas": esta noção faz com que o "louco" seja destituído de cidadania e, ao ser segregado em hospitais - aqui comparados a outras instituições totalitárias - leva-o a diversos modos de mortificação, como o alheamento, o despojamento material, a degradação da autoimagem, a violação da intimidade e a desqualificação de seu próprio ser no mundo, dentre outras (Goffman, 1961/1993; 1963/2003).

Por fim, promove um questionamento aos modos de "tratamento", centrados na hospitalização e no manicômio (por um lado), e na farmacoterapia como principal ferramenta (por outro), pondo em cheque, inclusive, os interesses da indústria farmacêutica na constituição de demandas de terapêutica (Szasz, 1961/1982; Cooper, 1967/1989). Tudo isto teria como consequência, o que comumente passou a ser chamado de "psiquiatrização do social", ou seja, o fato de que, sob o prisma dessas apropriações, todos os aspectos da vida humana passariam a ser objetos "psiquiatrizáveis". Decorrente disto tudo, a Antipsiquiatria acaba por propor novas formas de entendimento de todas essas dimensões.

A tudo isto, contrapõe a ideia de um sofrimento psíquico não mais centrado no orgânico ou na interioridade de um sujeito, mas como um problema construído socialmente: a "doença mental" passa a ser um mito (Szasz, 1961/1982) e retomam-se os determinantes sociais da loucura (Laing & Cooper, 1964/1982; Cooper, 1967/1989). Ainda nesta direção, faz-se um grande questionamento em relação às classificações psicopatológicas - nosológicas e nosográficas - como meras rotulações, propondo a loucura como uma linguagem (Cooper, 1979; Laing, 1979), e uma certa dialética, pautada na continuidade entre saúde/doença ou normal/patológico. No campo político, faz uma crítica social à psiquiatria, na direção de um resgate da cidadania do "louco", priorizando a dimensão política e social do tratamento da loucura. E, finalmente, à dimensão do tratamento, faz uma negação do modelo hospitalar, propondo serviços substitutivos; e um questionamento mordaz ao tratamento farmacológico - entendido como uma "camisa de força química" - propondo transformações sociais como fundamento para a modificação da loucura (Szasz, 1961/1982; Laing & Cooper, 1964/1982).

De todas essas críticas, resulta o clássico questionamento sobre a existência ou "realidade" da "doença mental" - mais claramente expresso na obra de Thomas Szasz (1961/1982), particularmente no *O Mito da Doença Mental* - e a construção de uma série de conceitos e ideias que falam do "sujeito" da psicopatologia, como a noção de "estigma", desenvolvida por Erving Goffman (1963/2003). E tudo isto, junto, leva ao Movimento Antimanicomial.

No que nos interessa particularmente a este texto, é que - do ponto de vista filosófico - a Antipsiquiatria encontra boa parte de seus alicerces conceituais na Fenomenologia, em especial no que direciona para o rompimento com as lógicas determinísticas, apoiando-se particularmente nos pensamentos de Jaspers e Sartre (Schneider, 2009; Spohr & Schneider, 2009) - mas tendo Sartre como interlocutor direto ou, como afirma Delacampagne (2004), "de Sartre à Antipsiquiatria, a via foi direta" (p. 27) - tendo, contudo, outros autores da fenomenologia como apoio, como Scheler, Merleau-Ponty e o próprio Husserl, que Laing (1981) ter lido após conhecer o *Ser e o Nada*, de Sartre².

Já na Itália, a reflexão acerca do enfrentamento aos manicômios e a mudança na forma da atenção em Saúde Mental, surge com Franco Basaglia e seus colaboradores. Goulart (2007) aponta que a principal experiência, enquanto momento fundante do movimento antimanicomial e das mudanças subsequentes, foi a da cidade de Gorizia, no qual Basaglia atuou como diretor do hospital psiquiátrico, no início da década de 60. O grande impacto dessa experiência foi a de que o encontro com o doente mental só seria possível se ele e todos os membros da comunidade, incluindo médicos, enfermeiros, entre outros, se encontrassem em um plano de liberdade e responsabilidade (Goulart, 2007). Enquanto a experiência de Gorizia foi o início de uma geração de profissionais de Saúde Mental que questionava os manicômios, a experiência seguinte, da cidade de Trieste, foi o local de consolidação de uma prática que influenciou diversos modelos de reforma, incluindo a brasileira. A experiência de Gorizia deu origem ao livro "A instituição negada" (Basaglia, 1968/1985), com relatos dos procedimentos e discussões que resultaram na gradativa abertura do hospital psiquiátrico.

Basaglia chegou a Gorizia, com uma concepção fenomenológico-existencial da relação médico-paciente, baseada na antropofenomenologia de Binswanger e de Minkowski, e na filosofia de Sartre (Goulart, 2007). Esta influência pode ser percebida em suas ideias e em seus textos, como nos seus *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*, nos quais cita, além dos autores supramencionados, Foucault, Goffman, Husserl e Scheler, dentre outros (Basaglia, 2005). Tal concepção dizia de um outro olhar à doença mental e suas formas de cuidado. Basaglia discorre sobre a importância de se colocar entre parênteses a doença como categoria dada, para compreender o sujeito que se encontra à sua frente. Basaglia (2005) traz uma crítica à ciência, mais especificamente à ciência médica no campo da Psiquiatria, que caminha em busca de explicações para a "doença mental" numa posição metafísica dogmática, sob a égide da qual teve de confirmar suas hipóteses no corpo do próprio doente: encaixá-lo em suas hipóteses construídas.

Segundo Goulart (2007), Basaglia liderou uma passagem do movimento filosófico antropofenomenológico e existencialista para um movimento social e politizado. Sob a crítica do movimento filosófico e epistemológico da Fenomenologia, Basaglia questionou um fazer, uma situação social dentro de um contexto político. Pode-se compreender a crítica de Basaglia como uma metáfora da crítica de Husserl ou Dilthey ao modelo das ciências naturais, aplicada às ciências humanas. O que Basaglia traz, em sua crítica, é que ao tornar o doente mental um corpo objeto no qual se aloca uma doença, perde-se todo o contato com o sujeito em sofrimento, perde-se também o olhar atento ao fenômeno que se coloca.

Ao invés desse olhar atento, há um olhar que é perpassado e direcionado por uma concepção teórica a respeito da doença mental.

Que a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, esquivando-se da verificação que - através daquela realidade - poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo "literatura", elaborando suas teorias, enquanto o "doente" se via pagando as consequências dessa fratura - encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação (Basaglia, 2005, p. 69).

O que Basaglia alerta é que, ao compreender e tratar os sujeitos com esta forma de sofrimento, criam-se outras questões que marcaram o sujeito como um sujeito que não sabe de si, sem liberdade nem responsabilidade sobre si. Esse isolamento é metaforicamente e fisicamente representado nos muros do manicômio.

A questão é que, mesmo a ciência tratando seu objeto de pesquisa como um objeto que pode ser compreendido por meio do afastamento subjetivo do pesquisador, o pesquisador, ainda sim, influencia seu objeto. Segundo Basaglia (2005), a consequência da ciência ter se ocupado da pesquisa ideológica da doença mental ao invés de se dedicar ao sujeito doente, ou em sofrimento, foi a "coisificação" do "doente mental", sua exclusão, sua intimidação e "docilização". As formas de tratamento manicomial que foram uma consequência do olhar para o sujeito em sofrimento como um objeto que não possuía autoridade sob si mesmo nem voz para falar de si, tornaram este, um ser imóvel, sem objetivos, sem futuro nem interesses.

Uma das principais posturas preconizadas nessa nova compreensão fenomenológica, na qual se baseia Basaglia, é a de escutar o sujeito sem pressuposições e representações a respeito de suas possíveis patologias, na expectativa de superar os pré-julgamentos tradicionais e os estigmas derivados dessas representações. Nas palavras do autor:

Uma instituição que se pretende terapêutica deve tornar-se uma comunidade baseada na interação pré-reflexiva de todos os seus membros; uma instituição na qual a relação não seja a relação objetificante do senhor com o servo, ou de quem dá e quem recebe; na qual o doente não seja o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos de uma vez por todas pelo mais forte; na qual todos os membros possam - mediante a contestação recíproca e a dialetização das recíprocas posições - reconstruir o próprio corpo próprio e o próprio papel (Basaglia, 2005, p. 89).

Basaglia lutou por uma modificação no olhar que se tinha da loucura, para que pudesse ser vista como sofrimento existencial e social. O movimento social que surge com Basaglia e seus colaboradores, decorrente de suas experiências práticas de desinstitucionalização, seria denominado de Psiquiatria Democrática (Robortella, 2000).

A Reforma na assistência à Saúde Mental brasileira se baseia neste modelo italiano de desinstitucionalização. Então, como se verifica nas bases que norteiam a Reforma, ela é mais do que uma simples modificação física dos equipamentos de atenção em Saúde Mental; ela é o resultado de complexas discussões a respeito da compreensão sobre o conceito e os múltiplos sentidos com respeito à "loucura".

2. Atenção à saúde mental: contribuições da fenomenologia

Para a realização dessas discussões e reflexões a respeito da "doença mental" e da reforma dos modos de sua atenção, estaremos retomando o embasamento teórico da Fenomenologia, pois "[...] a maior parte das concepções atuais de saúde mental - em especial as críticas à formalização e aos tradicionalismos psiquiátricos - ali encontra apoio e estímulo" (Holanda, 2011, p. 120). A Fenomenologia influencia novos caminhos da compreensão da "loucura" na atualidade, tendo reverberação particular nos movimentos da Antipsiquiatria e da Luta Antimanicomial que ali encontram um alicerce teórico para suas propostas (Schneider, 2009; Holanda, 2011).

Fenomenologia é uma palavra de origem grega, *phainómenon*, que significa "aquilo que vem à luz", que "se mostra", que se manifesta. Este termo foi utilizado por diversos pensadores como Kant e Hegel. Porém, a Fenomenologia, a que nos referimos, a que produziu uma revolução paradigmática, é a de Husserl (Holanda & Freitas, 2011) e é a esta que aqui nos reportamos.

A Fenomenologia surge com Husserl no início do século XX como um questionamento sobre os rumos e fundamentos da ciência positiva. Toda a vida filosófica de Husserl é marcada por um sentimento de crise da cultura, e a própria Fenomenologia surge em meio à crise da ciência e da filosofia, sendo este um tema que acompanha o pensamento husserliano desde suas primeiras obras - como temos, por exemplo, em *A Filosofia como Ciência de Rigor* (Husserl, 1910/1965) - até seus últimos escritos - como em *A Crise da Humanidade Europeia e a Filosofia*, por exemplo (Husserl, 1935/2006). Essa crise diz respeito ao objetivismo da ciência, o mesmo ao qual Basaglia também se reporta, como mencionado anteriormente; crise de uma ciência fundamentada na positividade do conhecimento, mais especificamente na sua objetividade ao abrigo das construções subjetivas, que não deu conta da complexidade da vida, especialmente da vida humana (Husserl, 1935/2006; Dartigues, 2008). Paul Ricoeur (1986/2006), ao discutir a crise da humanidade europeia, discorre sobre a compreensão de Husserl de que esta crise está relacionada à significação das ciências para a vida.

Não se pretende com isto, realizar uma destruição da ciência positiva, visto que esta tem e deve ter seu espaço garantido. Carl Sagan (1995/2006) relembra a importância da ciência em seu livro *O mundo assombrado pelos demônios*, ressaltando a importância da atitude científica de não acomodação em "verdades" ou hipóteses. O cientista deve compreender as limitações do ser humano em sua busca pelo conhecimento. Sagan (1995/2006) recorda que a ciência é construída por perguntas, e que o bom cientista é aquele que sempre se questionará sobre sua verdade. O próprio Husserl (1910/1965) faz uma defesa importante da necessidade de um saber "rigoroso", tendo a ciência como referência.

Porém, em meio a uma cultura positivista, as ciências do espírito³ se debatiam com as exigências da ciência naturalista que ditava todo o pensamento e aceitação da época. Assim, a psicologia busca se adequar criando uma psicologia explicativa que funciona por lógicas causais, segundo o princípio de causa e efeito. Ao considerar o homem, bem como toda a natureza, matematizável, ou seja explicado por sistemas formais, a ciência compreende o funcionamento psíquico tomando como referência o modelo físico. Segundo Ricoeur (1986/2006), tanto a separação entre físico e psíquico como o naturalismo psicológico atestavam uma perda da subjetividade do homem.

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu "psiquismo", eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência [...] eu sou a fonte absoluta; minha experiência não provém de meus antecedentes, de meu ambiente físico e social, ela caminha em direção a eles e os sustenta (Merleau-Ponty, 1945/1999, p. 3).

Começam a ser feitas críticas à adequação desse modelo de ciência à compreensão do ser humano. Wilhelm Dilthey é um exemplo dentre diferentes pensadores que questionam a universalidade do entendimento da ciência positiva. Em seu livro *Idéias acerca de uma psicologia descritiva e analítica*, de 1894, defende a impossibilidade das ciências do espírito funcionarem da mesma forma que as ciências naturais. Dilthey (1894/2008) coloca que as ciências do espírito, em oposição às ciências da natureza, não podem ser explicativas, somente compreensivas, já que seu objeto parte do homem, de dentro, como uma conexão viva.

A Fenomenologia surge na tentativa de dar conta desse desafio, buscando uma "terceira via" entre o raciocínio das ciências positivas, que considera apenas os aspectos objetivos do mundo e o discurso especulativo da metafísica, que acabava por produzir teorias "descoladas" do mundo e que se encerram em si mesmas (Dartigues, 2008). Para isso ela não se enfoca apenas no sujeito ou apenas no objeto, mas na relação entre eles. Ela se dá pela apreensão das relações do homem com o mundo. O mundo para a Fenomenologia é um objeto intencional, ou seja, que é referido por um sujeito e que faz referência a um sujeito. O homem também não é homem sem o mundo e, dado que a consciência é uma consciência intencional, é sempre uma consciência no mundo e voltada para o mundo, sempre direcionada ao mundo (Ricoeur, 1986/2006).

Husserl declara que fenômeno é tudo aquilo que se reporta a uma consciência. E o fenômeno subjetivo tem como característica central o fato de ser consciência-no-mundo e em relação, o que constitui como sendo necessariamente intersubjetivo, já que não pode ser considerado destacado do mundo, pois aí sim estaria fechado sobre si mesmo (Husserl, 1931/1980; Merleau-Ponty, 1945/1999; Drummond, 2007). O mundo não é apenas uma representação de uma consciência, mas é compartilhado. Por ser um fenômeno intersubjetivo, só o poderemos compreender, ou seja, co-apreender. Para que haja uma compreensão do fenômeno é necessário ir às coisas-mesmas, ou seja, ao fenômeno, à relação entre uma consciência e o mundo. A compreensão parte da descrição do fenômeno, de como ele se apresenta à percepção, e é preciso que esse contato seja sem prévias representações ou significações, para que se consiga uma descrição fiel (Holanda, 2009).

Husserl foi aluno de Brentano e traz em sua obra a influência deste. Uma das heranças diz respeito à construção de uma Psicologia Descritiva (Holanda & Freitas, 2011). O entendimento de que a descrição deve preceder a explicação nas ciências do espírito também está presente na obra de Dilthey (1894/2008).

Para a realização de uma psicologia descritiva e analítica é necessário buscar expor a realidade integral da vida psíquica pela descrição, e quando possível, analisá-la. Para isso não é possível ir de encontro ao fenômeno com hipóteses, estas devem ser realizadas após o encontro com o próprio fenômeno (Dilthey, 1894/2008). Para compreender, conhecer, se aproximar de um fenômeno é necessária uma *atitude de redução*, ou seja de se colocar de lado pressuposições a respeito do fenômeno para vislumbrá-lo enquanto tal. É, como relata Basaglia, colocar o conceito de doença mental entre parênteses para se encontrar com o

sujeito que se encontra a sua frente. A compreensão é um processo integrativo, não dissociativo, no qual toda perspectiva é válida pois nos auxilia a compreender diferentes aspectos do fenômeno.

Neste sentido, não mais falamos em "revelar" o mundo, oculto de algum modo, mas em des-velar sentidos, naquilo que o mundo se apresenta para uma consciência, não mais como "coisa", mas como fenômeno e, portanto, como dotado de um conjunto de significados que incluem - de modo inalienável - todos os elementos da equação: sujeito, ato e mundo de fenômenos (Holanda, 2009, p. 88).

A Fenomenologia se estabelece como uma epistemologia enquanto crítica e teoria do conhecimento; mas é também uma filosofia, no sentido clássico do termo, enquanto reflexão sobre a realidade, e uma metodologia dessa mesma realidade. Além disso, é uma ciência, um conhecimento atento e aprofundado de alguma coisa (Holanda, 2009). A Fenomenologia é um marco na história da filosofia e influenciou diversas áreas do conhecimento (Holanda & Freitas, 2011).

A revolução realizada pela Fenomenologia possibilitou uma nova forma de acesso ao mundo, especialmente o "mundo humano", recuperando as relações intersubjetivas e recolocando a subjetividade num contexto histórico e mundano. Recoloca-se o sujeito da ciência como ator; o homem é o centro, já que tudo que é percebido no mundo é referente a uma consciência e esta ligação entre mundo e consciência é colocada como enfoque (Holanda, 2011). É justamente na recolocação do homem como referência num contexto histórico e mundano que se dá fundamento para repensar a "doença mental". É contraditório para a Fenomenologia pensar em uma ciência centrada na patologia ao invés de estar centrada no ser. O enfoque não está na explicação das causas da doença, mas na com-preensão do significado que ela tem para o sujeito na experiência presente (Stockinger, 2007).

3. Psiquiatria, psicopatologia fenomenológica e saúde mental

Muito do que se entende hoje como "psicopatologia" se constrói alicerçado em fundamentos fenomenológicos (Schneider, 2009; Holanda, 2011). Ao longo da história podem ser encontrados alguns importantes psiquiatras fenomenólogos que contribuíram para a psicopatologia e para a compreensão da "doença mental". Compreendese nesta pesquisa a psiquiatria como profissão prática e a psicopatologia como ciência propriamente dita, como caracterizou Karl Jaspers (1913/1987).

Apesar da Psicopatologia ser um campo anterior a Jaspers, é sua obra de 1913 - *Psicopatologia Geral* - que funda e marca o início da chamada Psicopatologia Fenomenológica (Holanda, 2011). Esta obra realiza uma ampla discussão a respeito da Psicopatologia e descreve os fenômenos psicopatológicos. Jaspers é quem inaugura uma forma de se pensar as psicopatologias do ponto de vista fenomenológico, em uma posição epistemológica voltada à apreensão da transformação nas psicopatologias, em oposição à posição de enfoque na estabilidade (Messas, 2004).

Outros grandes nomes da psicopatologia fenomenológica que podem aqui ser referenciados são Ludwig Binswanger, Eugène Minkowski, Henri Ey, Viktor Emil von Gebsattel, Erwin

Straus, Henricus Cornelius Rümke, Janse de Jonge, L. Van der Horst, Frederik J.J. Buytendijk e J.H. Van den Berg, dentre outros (Van den Berg, 1966/1994; Messas, 2004; Holanda, 2011). Deste rol, escolhemos Jaspers e Minkowski como autores para demonstrar a relação entre Psicopatologia, Psiquiatria e Fenomenologia. Não serão realizados aprofundamentos em seus trabalhos, mas será apresentada como a atitude fenomenológica os perpassa.

Jaspers, em sua *Psicopatologia Geral* (1913/1987) discorre a respeito de algumas posições que tomam frente ao desafio do psicopatologista. Seu objetivo não é criar uma compêndio de classificações didáticas e de fácil memorização, mas o de exercitar o pensamento psicopatológico dentro de um saber estruturado e de uma experiência metodológica que possa abranger a complexidade desse fenômeno. Logo na introdução, Jaspers realiza diversas discussões a respeito da tarefa de construção de uma psicopatologia geral, apontando que o objeto da psicopatologia é o homem como um todo. Mas alerta para os limites dessa ciência, pois não se pode reduzir o sujeito aos conceitos psicopatológicos: "Sempre o homem é algo mais do que se pode conhecer" (Jaspers, 1913/1987, p. 63). Por isso a atitude científica fundamental é estar aberto a todas as possibilidades de investigação empírica. Há de se esforçar para conhecer a vida psíquica por todos seus lados e por todas as vias.

A influência da Fenomenologia aparece em diversas partes de seu trabalho, como por exemplo, na compreensão da consciência enquanto relação intersubjetiva com o mundo; uma totalidade de um mundo interior e um mundo ambiente. Jaspers não considera a consciência como objeto, mas enquanto fluxo, herança da compreensão de William James. Ele também ressalta que trabalha com o que é vivenciado, com a vida psíquica imediatamente dada. Jaspers alerta acerca dos preconceitos, ou seja, conceitos anteriores que anuviam nosso olhar ao fenômeno. Um dos exemplos trazidos pelo autor é o preconceito teórico, pois corre o sério risco de se voltar somente ao que confirma a teoria em questão. Também critica a naturalização da vida psíquica, colocando como tarefa constante a abstração das teorias e outros preconceitos em busca de um acolhimento dos dados.

Com respeito ao diagnóstico, coloca que este é o menos essencial no trabalho do psicopatologista, e que, apesar de fazer parte do processo, é a última compreensão em um caso. Realiza também uma discussão a respeito dos métodos, abrangendo várias possibilidades metodológicas, sempre se perguntando como cada um pode ampliar, aprofundar, alargar a experiência, levando em conta sua relevância e seus limites. Ele também aponta a importância das outras ciências, com diferentes métodos e conceitos. Em suas palavras: "A consciência metodológica nos mantém frente à realidade que deve ser apreendida sempre de novo. A dogmática do ser nos tranca num saber que, como um véu, se antepõe a toda nova experiência" (Jaspers, 1913/1987, p. 58).

A história da Psicopatologia Fenomenológica remonta também à figura de Dilthey (Holanda, 2011). Segundo Van den Berg (1966/1994), pode-se verificar em Jaspers a influência de Dilthey em seu trabalho e o fato de ter sido o primeiro a introduzir na psiquiatria suas ideias. Para Jaspers o método explicativo também será utilizado para a compreensão da psicopatologia, porém, esse não abarca a complexidade deste fenômeno, defendendo o método compreensivo como aquele capaz de acolher a subjetividade.

Tal qual outros psicopatologistas fenomenólogos (Minkowski, Van den Berg, entre outros), Jaspers irá discorrer a respeito da importância dos casos raros para compreender os casos triviais. Ele defende que muitas vezes o aprofundamento em um caso particular ensina o

que é geral para outros casos. Não há necessidade de exemplos de série, visto que a compreensão da psicopatologia não está na quantidade, mas na qualidade dos casos estudados. Um exemplo disto é o livro *O Paciente Psiquiátrico* de Van den Berg (1966/1994), no qual se descreve a condição de um paciente. Ele escolhe um só sujeito, pois acredita que um paciente pode englobar toda a psicopatologia.

Minkowski é um psiquiatra francês de grande influência na história da Fenomenologia e na psiquiatria da França. No início do século XX introduziu a obra de Husserl em seu país; foi membro fundador e primeiro presidente do grupo *Évolution Psychiatrique*, em 1925.

Minkowski trabalhou com Bleuler em Zurique (entre 1912 e 1914), e conviveu durante este período com Binswanger, Jung e Rorschach (Abreu e Silva Neto, 2004). Apesar de sua importância, especialmente na Psicopatologia Fenomenológica, a obra deste autor não é muito conhecida no Brasil. Nenhum de seus livros foi traduzido para o português (Abreu & Silva Neto, 2004).

A psicopatologia para Minkowski (1968/2000) constitui uma psicologia do patológico e não uma patologia do psicológico. Ou seja, a "loucura" é compreendida enquanto modo de estar no mundo, não errado ou doentio, mas apenas como mais uma forma de estar em relação com o mundo. Desconstrói-se, deste modo, a noção de "normalidade", enquanto padrão absoluto que define os "desvios mórbidos" da vida mental.

Ao conhecer a experiência humana como intrinsecamente *pática*, fundada sobre o *pathos* da paixão e do sofrimento, a psicologia do patológico tem por tarefa a descrição de formas singulares de existência e de estar-no-mundo. A psicologia do patológico se refere à descrição global da experiência vivida pelo enfermo e, global, nesse caso, implica em visão integrada do todo psíquico com o todo vivido pela pessoa. Com tal atitude metodológica, Minkowski aborda o fenômeno de *pathos* visando exprimir seu fundo existencial, antes de realizar um recenseamento de sintomas e de alterações na alma.

Minkowski procurou desenvolver uma ciência antropológica, já que buscou o homem enquanto referência. Entende-se por "antropologia" a ciência da totalidade do fenômeno humano. Uma visão antropológica da psicopatologia busca compreender as modalidades existenciais do homem, levando em conta sua singularidade com o objetivo de elucidar os sentidos dos sintomas. Nesta "visão antropológica" da psicopatologia se propõe tentar alcançar um quadro mais amplo da estrutura existencial do homem (Holanda, 2001).

Em seu livro *A Esquizofrenia*, publicado originalmente em 1927, Minkowski alega que o método utilizado não se deteve à psicopatologia, mas sim a aspectos da vida. O fenômeno psicopatológico não é delimitado por seu caráter mórbido ou doentio, nem por comparação com a normalidade, e sim por se constituir como uma outra forma de ser (Pereira, 2000). Minkowski (1968/2000) concorda com as ideias de Bergson sobre a impossibilidade de quantificar e mensurar aspectos mais fundamentais da existência, tais como a vivência de *pathos*; recorre ainda a suas próprias experiências clínicas para se aproximar de tal fenômeno.

Segundo Minkowski (1968/2000), o enfoque clínico ou teórico ao colocar seu olhar sobre o *pathos* deve separar seus processos em si das alterações nos desempenhos mentais; deve-se também abrir mão da exatidão, exigida pela ciência exata. Na Psicologia do *Pathos*, os sintomas servem a um fim (Pessotti, 2006), sendo como a carne, sangue e nervos, apenas finas camadas que envolvem um segredo invisível, uma história que mora

em nós; os sintomas são apenas a superfície que protege o fenômeno pático. "O paciente não é um caso, e sim uma pessoa, cuja linguagem da alma se expressa no corpo, no tempo do relógio e no tempo vivido" (Costa & Medeiros, 2009, p. 383).

Minkowski discorre sobre o sofrimento como um momento da existência: "O sofrimento não é absolutamente sinal de desequilíbrio, não há nada de anormal nele. Ele faz 'normalmente' parte de nossa existência [...] o sofrimento humano é o que nos revela o aspecto mais aparente, mas dramático e mais 'vivo'" (Minkowski, 1968/2000, p. 164). Na psicopatologia fenomenológica o enfoque está, pois, no "mundo-vida" do indivíduo, no significado de "ser patológico"; na compreensão das modalidades existenciais do homem, seus "modos de ser" e as "maneiras de vivenciar" as psicopatologias (Holanda, 2001). Buscase não apenas uma pura descrição dos fenômenos psicopatológicos, mas a sua essência, transcendendo suas manifestações particulares (Messas, 2004).

À fenomenologia compete apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam. (Jaspers, 1913/1987, p. 71)

A característica fundamental da psicopatologia fenomenológica é a busca pela compreensão das vivências psíquicas tais e quais realmente experimentadas pelos pacientes. "Uma das principais características da fenomenologia é que não visa à procura de uma teoria sutil, mas apenas a um plausível conhecimento íntimo" (Van den Berg, 1966/1994, p. 8). A Fenomenologia busca olhar o homem e seu sofrimento não como um entrecruzamento de múltiplas causalidades que o determinam, mas como uma singularidade que se apresenta à compreensão. A Fenomenologia da psicopatologia não irá se focar na doença, mas na expressividade, contexto e forma de ser do sujeito que se apresenta.

Já não deveríamos retroceder ante à tarefa, por extensa que esta seja, que consistiria em estudar todas as manifestações, o mesmo que todas as atividades e todos os movimento da alma, em sua variedade e em suas matrizes, que chega a fixar e a expressar a linguagem. Em todos os casos, nada nos impede de nos comprometermos a esta via. Quiçá seja essa também um meio de liberar a psicologia do cerco estreito no qual, em virtude dos princípios que ela considera científicos, se encerra, para aproximá-la novamente do humano e do vivido, para retorná-la a grande arena da vida. E a psicopatologia se beneficiaria igualmente isto. Perspectivas... (Minkowski, 1927/1960, p. 218).

Minkowski finaliza seu livro "A Esquizofrenia" com esta passagem, alertando à tarefa que é também proposta pela Fenomenologia, a de se aproximar da experiência vivida. Uma tarefa que como coloca Jaspers (1913/1987), exige esforço, mas se torna a forma mais coerente para se aproximar da complexidade do fenômeno humano.

Considerações finais

A Reforma da Saúde Mental brasileira é influenciada pelo modelo de desinstitucionalização italiano, cuja principal influência são o pensamento e as experiências de Franco Basaglia. Como pode-se observar, Basaglia possui influência da compreensão fenomenológica e de psiquiatras fenomenólogos. Igualmente a experiência de Laing e Cooper, com a

Antipsiquiatria inglesa, trouxe alternativas e reflexões de forte cunho fenomenológico e existencial para o movimento da Reforma na atenção à saúde mental brasileira.

A perspectiva de reabilitação psicossocial; de reintegração do sujeito da saúde mental em seu contexto familiar, social, econômico e cultural; a ideia de "território", devem muito ao resgate da subjetividade contextualizada propugnada por uma série de pensadores da filosofia e psiquiatria fenomenológicas. Como podemos observar igualmente na ideia de "rede", proposta pela referência aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2004, p. 11).

A influência da fenomenologia no pensamento de Basaglia e de psiquiatras como Jaspers e Minkowski está na possibilidade de colocar a doença entre parênteses para que se possa alcançar o fenômeno em si, neste caso, o sujeito. Uma aparente pequena mudança que traz grandes consequências. Uma delas é o posicionamento do sujeito como centro da questão tanto do estudo psicopatológico quanto da atenção à saúde mental. Como traz Basaglia, as formas de tratamento são consequências do olhar que se tem à doença mental.

Dilthey e Husserl discorrem a respeito da impossibilidade das formas de explicação das ciências naturais darem conta da complexidade das ciências do espírito; trazendo como alternativa o método compreensivo que pretende ir ao encontro do fenômeno e do co-apreender. Jaspers constrói sua Psicopatologia Geral demonstrando sua forma de pensar a psicopatologia, cujo objeto é o homem como um todo. Jaspers busca compreender o homem sob diferentes ângulos e ao mesmo tempo com especial cuidado às diferentes possibilidades de pré-conceitos. Minkowski busca a compreensão das psicopatologias como modos de estar no mundo, o que desconstrói a noção de anormalidade ligada à psicopatologia. Colocando o homem como centro de referência ao invés de sua doença. Tanto Minkowski, quanto Jaspers e Basaglia buscam compreender aspectos mais amplos dos fenômenos psicopatológicos: sua expressividade, contexto e formas de ser; um sofrimento existencial e social.

As discussões propostas pela leitura fenomenológica apontam mesmo para um novo questionamento sobre o que é saúde e doença - como encontramos nos clássicos pensadores da psiquiatria fenomenológica -, que encontra eco nos contemporâneos questionamentos sobre a noção de "saúde mental", por exemplo (Amarante, 2007). Mas é, fundamentalmente, uma "mudança de paradigma":

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. *A ênfase não é mais colocada no processo de "cura" mas no projeto de "invenção da saúde" e de "reprodução social do paciente".* (...) O problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1986/2001, p. 30. Grifos no original).

A "simplicidade destas mudanças ajuda a compreender como a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto

peças que sofrem, como sujeitos" (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1986/2001, p. 33). E este é um dos principais focos do pensamento fenomenológico: o resgate da subjetividade.

A fenomenologia influencia diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a saúde mental e a psicopatologia. O processo de reforma na Saúde Mental brasileira e as concepções atuais de saúde mental sofreram influências e também encontraram fundamento e inspiração nela. Espera-se que essa herança continue a ser fonte de inspiração e recurso de fundamentação para que o processo de reforma da atenção à saúde mental não se perca em aspectos meramente estruturais ou políticos. Já que como bem aponta os fenomenólogos citados ao longo do artigo, o ponto central de preocupação deve ser o sujeito.

Referências

- Abreu e Silva Neto, N. (2004). A Atualidade da Obra de Eugène Minkowski (1885-1972). *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXIV(2),50-62.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. (Vol. 1). Tradução de Sonia Soianesi e Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Editora Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico*. São Paulo: Graal (Original de 1968).
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.
- Brasil (2001). *Lei 10.216 de 6 de abril de 2001* (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). Brasília: Senado Federal. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Cooper, D. (1979). *A Gramática da Vida*. Lisboa: Editorial Presença.
- Cooper, D. (1989). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1967).
- Costa, V. E. S. M., & Medeiros, M. (2009). O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Eugène Minkowski. *Psicologia em Estudo*, 14 (2),375-383.
- Dartigues, A. (2008). *O que é fenomenologia?* Tradução Maria José J. G. de Almeida. (10 ed.). São Paulo: Centauro.
- Delacampagne, C. (2004). A contestação antipsiquiátrica. *Mental (Online)*, 2 (2),27-34.

- Dilthey, W. (2008). *Idéias acerca de uma Psicologia Descritiva e Analítica*. Tradução de Artur Morão. Covilhã: LusoSofia (Original publicado em 1894).
- Drummond, J.J. (2007). *Historical Dictionary of Husserl's Philosophy*. New York: Hardcover.
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1961).
- Goffman, E. (2003). *Estigma. Notas sobre uma manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC (Original de 1963).
- Goulart, M. S. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Holanda, A. (2001). Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo*, 6(2),29-38.
- Holanda, A. (2009). Fenomenologia e Psicologia: diálogos e interlocuções. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2),87-92.
- Holanda, A. F. (2011). Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. Em V. A. Angerami (Org.). *Psicoterapia e Brasilidade*. São Paulo: Cortez.
- Holanda, A. F. & Freitas, J. (2011). Fenomenologia e Psicologia: Vinculações. Em Adão José Peixoto, *Fenomenologia diálogos possíveis* (pp. 97-112). Campinas: Alínea Editora.
- Husserl, E. (1965). *Filosofia como Ciência Rigorosa*. Lisboa: Atlantida (Original de 1910).
- Husserl, E. (1980). *Méditations Cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*, Paris: Librairie Philosophique J.Vrin (Original de 1931).
- Husserl, E. (2006). *Crise da Humanidade Europeia e a Filosofia*. Lisboa: LusoSofia (Original de 1935).
- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia Geral*. Tradução Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Atheneu (Original publicado em 1913).
- Jardim, K. & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 13(1),169-190.
- Laing, R. (1981). *Sobre loucos e sãos. Entrevista a Vincenzo Caretti*. São Paulo: Brasiliense.
- Laing, R. (1989). A loucura. *Entrevistas do Le Monde* (pp. 137-141). São Paulo: Editora Ática.
- Laing, R. & Cooper, D. (1976). *Razão e Violência*. Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1964).

- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1945).
- Messas, G. P. (2004). *Psicopatologia e Transformação: Um esboço Fenômeno-Estrutural*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde/ OPAS.
- Minkowski, E. (1960). *La esquizofrenia: Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós (Original publicado em 1927).
- Minkowski, E. (2000). Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 3(4),156-164 (Original publicado em 1968).
- Pereira, M. E. (2000). Minkowski ou a psicopatologia como psicologia do pathos humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, III, 153-155.
- Pessotti, I. (2006). Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia*, XIV(2), Dezembro, 113-123.
- Ricoeur, P. (2006). *Na escola da fenomenologia*. Rio de Janeiro: Vozes (Original publicado em 1986).
- Robortella, S. C. (2000). *Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Rotelli, F.; De Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In Franco Rotelli, Ota De Leonardis & Diana Mauri, *Desinstitucionalização* (pp. 17-60). São Paulo: Editora Hucitec (Original publicado em 1986).
- Sagan, C. (2006). *O mundo assombrado pelos demônios*. Tradução Ephraim Ferreira Alves. São Paulo: Companhia de Bolso (Original publicado em 1995).
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2),62-76.
- Spohr, B. & Schneider, D. R. (2009). Bases Epistemológicas da Antipsiquiatria: A Influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15 (2),115-125.
- Stockinger, R. C. (2007). *Reforma Psiquiátrica Brasileira: Perspectivas Humanistas e Existenciais*. Rio de Janeiro: Vozes.

Szasz, T. (1982). *O Mito da Doença Mental*. São Paulo: Círculo do Livro (Original publicado em 1961).

Van den Berg, J. H. (1994). *O Paciente Psiquiátrico*. Campinas: Editorial Psy (Original publicado em 1966).

Recebido em 12.06.13

Aceito em 15.12.13

1 Uma nota importante a ser destacada refere-se ao conteúdo mitificado construído em torno da expressão "antipsiquiatria". Laing (1989) declara que "(...) nunca disse que eu era antipsiquiatra: os antipsiquiatras são os outros, os médicos que mancham o nome da psiquiatria com a sua brutalidade, a sua crueldade" (p. 138). Por outro lado, Cooper (1979) coloca que: "Quando comecei a usar o termo anti-psiquiatria (...) não imaginava quanto inocentes que trabalham no campo da loucura - dos dois lados da suposta divisão entre loucos e os que tratam os loucos - seriam apanhados na rede mítica e repleta de misticismo que se gerou em torno dessa palavra aparentemente simples (...). Para mim, a anti-psiquiatria era e é inteiramente suscetível de definição (...)" (p. 69). A melhor definição para esta ideia vem do próprio Cooper (1979): "A anti-psiquiatria procurar inverter as normas do jogo psiquiátrico como um prelúdio para pôr fim a esses jogos" (p. 71).

2 Sobre a importância de Sartre na fundamentação do pensamento antipsiquiátrico de Laing e Cooper, basta assinalar que é o próprio filósofo francês que faz o prefácio ao livro *Razão e Violência* (Laing & Cooper, 1964/1976), datado de 1963. Este livro, na realidade, é um ensaio sobre o pensamento sartreano, a partir de três ensaios, cada qual referente a uma de suas principais obras: *Questions de Méthode* e *Saint Gênet* (escritos por Cooper), e *Critique de la Raison Dialectique* (escrito por Laing).

3 Ciências do espírito, aqui é a expressão corrente entre os séculos XVIII e XIX, para se referir ao conjunto de ciências distintas das ciências naturais. Posteriormente, a partir do século XX, passa a denominar o conjunto de ciências do homem, que podemos atualmente circunscrever como o espectro das ciências humanas, antropológicas e sociais.

© 2014 Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia

R. 1. 128, n. 165 - Setor Marista
74175-130 Goiânia - GO
Tel.: +55 62 3941-9798
Site: www.itg.com.br



revista@itgt.com.br