ELEONORA HADDAD ANTUNES

**SAÚDE MENTAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Medicina.

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lafetá Novaes

SÃO PAULO
1998

Cancel

MARIA APARECIDA DE L. CASTRO SANTOS
Bibl. Sup. Iv. Saúde - CRB-02004
Seção de Indexação Publ. Terc. Ciências
Serv. Bibl. Doc. - Fac. Medicina USP

65- Grad. FMUSP
de saúde

W4.D138
Sol. V50'
FM-1
A 642 sa

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Antunes, Eleonora Haddad
Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo / Eleonora Haddad Antunes. -- São Paulo, 1998.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientador: Ricardo Lafetá Novaes.

Descritores: 1.SAÚDE MENTAL/história 2.CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE/tendências 3.PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA/história 4.POLÍTICA DE SAÚDE/tendências 5.MEDICINA SOCIAL

USP/FM/SBD-58/98

*Para José Aldo, Arthur e Leila,
companheiros de todas as horas.*

*Para meus pais,
presença constante.*

A PALAVRA MÁGICA

Carlos Drummond de Andrade

*Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.
Como desencantá-la?
É a senha da vida
a senha do mundo.
Vou procurá-la.*

*Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.
Se tarda o encontro, se não a
encontro,
não desanimo,
procuro sempre.*

*Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ricardo Lafetá Novaes, que com sua precisão conceitual e seu amor à história, foi além de orientador, mestre. In memorian.

À H. Maria D. Novaes que, com muito carinho, acolheu as minhas dúvidas, apontando caminhos. Grata pela confiança e pelo exemplo de vida.

À Lygia M. de França Pereira que, com sua generosidade e amizade, fez observações e questões que me ajudaram a irromper em palavras mais claras e precisas.

À Ana M.F. Pitta, pelas sugestões e incentivo.

Aos amigos do Programa de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola “S. B. Pessoa”, pelo apoio às minhas ausências, pela torcida e pela qualidade da convivência intelectual e afetiva. Em especial, a Sylvio Giordano Jr., in memorian.

À Edmara Rodrigues pela confiança e apoio.

À Miriam, Érica e Ivaldo, do Laboratório de Informática, pela ajuda imprescindível.

À Dodó e Djanira, da secretaria da pós-graduação, pela simpatia e disposição em ajudar.

Aos funcionários das Bibliotecas das Faculdades de Medicina, de Saúde Pública da USP e do Centro Técnico de Documentação da Secretaria Estadual de Saúde, pela solicitude.

A José Cesário, por ter possibilitado que eu fosse à luta.

Ao meu pai, Nagib Haddad, pela sua dedicação ao ensino e à pesquisa, exemplo de honestidade e sabedoria, que sempre tive a me orientar.

À minha mãe, Darci Emília, que cedo me incentivou o gosto à leitura e ao conhecimento, pelo carinho dedicado a mim e aos meus filhos, nas minhas constantes ausências.

Ao meu marido, José Aldo Antunes, que me ensinou a batalhar pela vida, por tudo o que temos vivido juntos, por seu amor, compreensão, incentivo e ajuda nos momentos difíceis.

Aos meus filhos, Arthur e Leila, pela alegria de viver.

RESUMO

Esta dissertação parte do pressuposto que a Saúde Mental, a Atenção Primária e a articulação entre essas, são proposições originárias de outros contextos históricos e realidades sociais, havendo portanto uma retradução nos seus processos de assimilação no Brasil e no Estado de São Paulo.

A partir disso, a investigação segue em dois eixos: a construção do campo da Saúde Mental e suas articulações com a Saúde de forma geral e à Atenção Primária; o seguimento da articulação da Saúde Mental à Atenção Primária no Estado de São Paulo.

O estudo conclui que a Saúde Mental emerge numa condição histórica de favorecimento de políticas públicas de reinclusão social, numa possibilidade de extensão assistencial populacional. Desse modo, integra proposições higiênicas e terapêuticas, mantendo-se como higiene social normativa.

A investigação conclui também que a integração das ações médicas às ações preventivas, consideradas dentro de níveis de prevenção, faz com que a Saúde Mental possa se articular à Atenção Primária e aos serviços de Saúde Pública.

No Estado de São Paulo, a emergência da Saúde Mental em Atenção Primária, de forma abrangente, realiza-se no contexto de redemocratização política, em 1982, sendo resultado da convergência da implementação das Ações Integradas de Saúde, do movimento de descentralização do Estado brasileiro e da tomada da proposta de Atenção Primária como lema democrático.

Esta implementação realiza-se de forma peculiar no Estado de São Paulo, com a alocação de equipes multiprofissionais de Saúde Mental nas redes de cuidados primários à saúde, caracterizando uma experiência de reforma psiquiátrica.

Descritores: Saúde mental/história, Cuidados primários de saúde/tendências, Psiquiatria comunitária/história, Política de saúde/tendências, Medicina social

SUMMARY

Mental Health and Primary Care in the State of São Paulo

This dissertation starts from the presupposition that Mental Health, Primary Care and their articulations are propositions originated specific historical contexts and social conditions, implying necessarily in a translation when their assimilation occurs in Brazil and the state of São Paulo.

The investigation developed along two lines: the building of the Mental Health field and its links with health and Primary Care in general and the articulation of Mental Health and Primary Care in the state of São Paulo.

The study concludes that Mental Health emerges in historical conditions which favor public policies of social inclusion, through the extension of care, In this way it integrates hygiene and therapeutic propositions, and continues to exert a normative social hygiene. The integration of preventive and medical practices, taken as part of specific levels of prevention, makes possible the articulation of Mental Health to Primary Care and public health services.

In the state of São Paulo, Mental Health in Primary Care emerges in the context of political redemocratization in 1982, as part of the implementation of specific forms of financing health care (“Ações Integradas de Saúde - AIS”), the decentralization of the governmental programs and the importance of Primary Care as a political banner.

This implementation occurs in specific conditions in the state of São Paulo, with the inclusion of multiprofessional mental health teams in public primary health care services, as an experience of psychiatric reform.

Descriptors: Mental health/history, Primary health care/trends, Community psychiatry/history, Health policy/trends, Social medicine

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - A SAÚDE MENTAL.....	11
2.1 - O “AGGIORNAMENTO”	11
2.2 - A HIGIENE MENTAL.....	18
2.3 - A REINCLUSÃO	28
2.4 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS	36
2.4.1 - AS REFORMAS.....	36
2.4.2 - SAÚDE MENTAL E A OMS	43
3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	52
3.1 - O MODELO-ORIGENS.....	52
3.2 - HIGIENE MENTAL PAULISTA	57
3.3 - SAÚDE PÚBLICA E HIGIENE MENTAL.....	67
3.4 - O EXTRA-HOSPITALAR.....	71
3.5 - AS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS	75
3.6 - A EXPANSÃO NA REDE.....	93
3.7 - CONSEQÜÊNCIAS	115
4 - CONCLUSÕES.....	122
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127

1- INTRODUÇÃO

A articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária tem seus primórdios na segunda metade deste século, obtendo uma maior sistematização teórica e prática, da década de 70 em diante. Esta articulação, de forma genérica, e a configuração desse modelo no estado de São Paulo, de forma específica, constituirá o tema deste trabalho.

Com este fim, a investigação irá apresentar duas linhas de desenvolvimento: acompanhar a construção do campo da Saúde Mental, e suas articulações com a Saúde de forma geral e com a Atenção Primária; acompanhar a história da articulação da Saúde Mental à Atenção Primária no estado de São Paulo.

O que justifica esta linha de orientação, em primeiro lugar, é um pressuposto teórico que entende o conhecimento histórico como instrumento indispensável para a compreensão de um objeto de estudo. Um conhecimento que busca ver no passado, não pré-histórias do real, mas as condições que convergiram na direção das mudanças pretéritas, como forma de entender a configuração do novo.

Esta postura supõe as transformações como decorrentes da constante atualização dos saberes sobre um objeto; e que este, modificado, vai transformando e ampliando seus instrumentos; o que se reflete nas práticas adotadas, gerando novos saberes. Ainda que isso não implique, necessariamente, numa mudança dos conceitos fundantes, e por vezes só se trate de um *aggiornamento* (atualização), como define CASTEL (1991).¹

Em segundo lugar, os projetos de saúde, discutidos ou implementados no Brasil, como de resto nos países do chamado Terceiro

¹ CASTEL (1991, p. 14) faz uma metáfora com o concílio clerical, que é “ um encontro com a história, no decorrer do qual os próprios clérigos fazem o diagnóstico da crise, convidam os fiéis de novo desposar o mundo, a transformar completamente os ritos, porém, para permanecer fiel ao espírito da doutrina.”

Mundo, têm origem nos países do Primeiro Mundo, vindos de outras realidades e contextos históricos, tornando-se necessário, para uma melhor aproximação do tema, acompanhar esse percurso de invenção e reinvenção propositiva.

A partir disso, a investigação irá percorrer as transformações ocorridas na medicina mental, que a teriam conformado de uma prática e teoria centradas no asilo e no isolamento social, em práticas (não hegemonicamente adotadas) ambulatoriais e extra-hospitalares; de um exercício profissional estritamente psiquiátrico em uma prática de inserção multiprofissional.

Esse caminho passa pelo movimento da Higiene Mental, nele se desenha e, a partir dele, se transforma. Por esse motivo, o presente estudo irá perscrutar o que foi este movimento, procurando discriminar as permanências e as mudanças em relação à Saúde Mental e as condições conceituais e estruturais que possibilitaram, à essa última, sua inserção junto aos serviços gerais de atenção à saúde, configuração não concretizada no movimento de Higiene Mental.

Em seguida, irá examinar a apropriação dessas idéias e práticas realizada no Brasil e em São Paulo, percorrendo os textos de recomendações políticas dos organismos internacionais e supranacionais de saúde, que são entendidos como tendo dupla importância no mecanismo de importação teórica: como meios de divulgação entre os profissionais da área e como diretriz política sugerida e frequentemente financiada.

A assimilação teórica e prática por outra realidade, diferente da que originou as proposições, será analisada como uma reinterpretação e reutilização contextual, que embora não descarte os marcos conceituais originais, os adapta e ressignifica.

Em consequência, a exposição seguirá descrevendo os projetos realizados no estado de São Paulo, também com duas referências: o caminho da construção do campo da Saúde Mental, com o exame do que foi a Higiene Mental; e a emergência da Saúde Mental em Atenção Primária como prática instituída no estado, buscando as conexões dentro da organização do sistema público de saúde paulista, desde as suas

primeiras propostas de *horizontalização* até a sua efetivação, caracterizando o contexto sócio-político-financeiro em que surgiu.

Torna-se necessário explicitar os pontos dos quais se parte para a compreensão do que é a Saúde Mental e a Atenção Primária.

A Saúde Mental é um campo que vem se definindo desde os anos cinquenta do presente século, ainda em permanente processo de construção. A própria idéia de campo é imprecisa, e se presta mais a uma metáfora descritiva. Ou seja, remete a uma realidade conhecida para poder instrumentalizar a compreensão de uma realidade por conhecer. Utiliza uma imagem dado que lhe faltam palavras para nomear. Torna-se difícil conceituar a Saúde Mental, porque ela não é uma teoria e nem uma prática, mas um campo teórico interdisciplinar definido dentro de um

“Conjunto historicamente determinado de práticas de saúde de natureza assistencial, voltadas ao louco e à loucura em suas diversas graduações, situadas predominantemente no âmbito das ações estatais, compreendendo intervenções com finalidades de tratamento, prevenção e respaldo à vida social, por meio de instrumentos técnicos advindos da Psiquiatria, da Psicanálise e da Psicologia, articulados a conhecimentos das Ciências Sociais, no movimento de configuração de um campo de saber de natureza interdisciplinar.” (GIORDANO JR.; PEREIRA, 1996, p.134)

O termo *saúde mental*, que no início deste século era utilizado como um substantivo por oposição à doença mental e, posteriormente, como valor positivo a ser alcançado, começa a ser uma denominação para um certo conjunto de teorizações e práticas, a partir do término da segunda guerra, em substituição ao termo Higiene Mental e em complementaridade aos saberes e práticas psiquiátricos.

A mudança não é só de terminologia. Representa alterações no universo conceitual, na delimitação do objeto, no arsenal instrumental, na organização das ações. E expressa, na sua condição histórica de emergência, as características da sociedade e de determinada formação social, que a engendraram.

A Atenção Primária é um modelo específico de assistência médica, referido a um sistema. Esse sistema pressupõe uma arquitetura de organização que prevê três níveis de cuidado assistencial à saúde, concebidos como potencialmente complementares: o primário, o secundário e o terciário. A caracterização de cada nível de assistência se dá pelo grau de complexidade dos serviços oferecidos, sendo que à atenção primária corresponderia o menor nível de complexidade.

Em cada um desses níveis cabem ações de prevenção primária, secundária e terciária. Essas, por sua vez são definidas a partir da noção de história natural da doença no ser humano, modelo teórico que percebe na doença uma evolução previsível e uma periodização. Estes períodos são divididos em pré-patogênicos e patogênicos, respectivamente, etapa anterior à eclosão da doença, e etapa de manifestação da doença. (Faz parte dessa segunda etapa, a patogênese precoce, o estado de doença e o seu desfecho: a recuperação, a seqüela, o estado crônico ou a morte) A intervenção que interfere e age como proteção à doença em estágios pré-patogênicos é a prevenção primária; a interferência no curso da doença nos estágios patogênicos, durante a manifestação da enfermidade, é a prevenção secundária, e posterior ao estágio avançado da mesma, é a prevenção terciária. (LEAVELL; CLARK, p.14-38, 1965)

Portanto, por definição, a concepção de atenção primária está ligada à hierarquização das formas de assistência, contém potencialmente os três níveis de prevenção e faz parte de um todo que tenta dar conta da realidade do adoecer.

No entanto, esse modelo articulado de atenção à saúde, pode ser utilizado como instrumento diverso segundo o contexto em que é entendido e aplicado. SONIS;PAGANINI (1978) consideram que por ter várias significações, a atenção primária não traduz um conceito mas é uma expressão, ressignificada por várias concepções, que podem expressar desde uma possibilidade de concretização da medicina comunitária e integral até uma assistência básica “especial” “de segunda classe” para comunidades marginais .

Os mesmos autores adotam a postura de que a Atenção Primária não é uma especialidade médica, nem outra concepção de medicina, nem uma medicina especial, mas a entendem como uma

“*função* que deve se completar, em um sistema de atenção à saúde organizado racionalmente, para concretizar uma política de cobertura total da população. Não é possível conceber racionalmente a assistência primária se não estão organizados os níveis secundários e terciários de maior complexidade, e assegurados os encaminhamentos respectivos para a melhor assistência à população.” (SONIS; PAGANINI, 1978, p. 342)

Nesse sentido, a Atenção Primária poderia se caracterizar como tendo a função de porta de entrada, um primeiro contato com os serviços de saúde, como o sistema de saúde desenvolvido, a partir de 1948, na Grã-Bretanha. Neste, forma-se uma rede pública extensiva de assistência médica, através da assistência dos médicos generalistas. Outra função seria a de ser um meio para as ações preventivas e curativas e facilitador da participação da comunidade. Outro uso, ainda, seria sua utilização junto a outros serviços de atenção das políticas de bem-estar social. (SONIS; PAGANINI, 1978) Nas propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) todas essas noções parecem se fundir.

A Atenção Primária torna-se um modelo a ser seguido por todos os países, a partir da assinatura dos mesmos às proposições da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, em 1978, sob os auspícios da OMS.

A Conferência Internacional tem como objetivo a promoção do conceito de atenção primária à saúde em todos os países. Com esse fim, a mesma realiza intercâmbios de experiências, e informações, acerca da organização da atenção primária à saúde, dentro da perspectiva dos sistemas e serviços nacionais de saúde. A reunião internacional avalia a situação de saúde e de assistência sanitária em todo o mundo, a partir da relação com a atenção primária à saúde e define os seus princípios, assim como seus meios operativos, a fim de superar os problemas práticos para o desenvolvimento deste tipo de atenção. Em Alma-Ata, define-se a função dos governos e das organizações nacionais e internacionais, de cooperação técnica e de ajuda, para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, através das recomendações formuladas. (OMS, 1978b)

A assistência primária à saúde foi definida como:

“a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando, o mais perto possível, a atenção em saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária ... Assim se fará realidade o objetivo de conseguir a saúde para todos no ano 2.000.” (OMS, 1978b, p. 460)

Dessa definição pode-se apreender que a assistência primária à saúde é concebida como uma estratégia para se atingir vários objetivos: a extensão de cobertura sem grande aumento do gasto público; a melhora dos indicadores de saúde das populações nacionais; a universalização do direito à saúde.

Pretende-se também que seja uma célula propulsora de atenção à saúde e de desenvolvimento econômico, ou seja, não tão somente uma porta de entrada aos níveis de maior complexidade do sistema de serviços de saúde, mas parte integrante do desenvolvimento econômico-social, “dentro do conceito moderno de desenvolvimento, [no qual] o social e o econômico estão estreitamente entrelaçados e são interdependentes.” (BRAVO, 1982, p.15)

A proposta de implementação dos cuidados primários de saúde parece ter a pretensão de fomentar desenvolvimento econômico através do estímulo à satisfação dos chamados direitos sociais pelas políticas

sociais, num movimento de inclusão, trazendo a participação da comunidade como elemento fundamental. De acordo com a crítica de BELMARTINO; BLOCH (1984), essa proposição funde a ideologia desenvolvimentista², peculiar à OMS desde a década de 50, à necessidade de propor estratégias capazes de reduzir o déficit fiscal, e à soluções contra o aumento de custos dos serviços de saúde. A *participação comunitária* tenta ser uma saída nessa direção.

“A comunidade pode participar de muitas maneiras ... Essa cooperação compreende a aceitação pelo indivíduo de um alto grau de responsabilidade em sua própria assistência sanitária, por exemplo adotando um estilo de vida higiênico, aplicando princípios plausíveis de nutrição e higiene, ou utilizando os serviços de imunização ...” (OMS, 1978b, p. 458)

“A responsabilidade por melhorar as condições de vida da população carente translada-se do Estado para as comunidades, e a ênfase se desloca da transformação das condições estruturais para a mudança de hábitos e condutas, e para o esforço individual.” (BELMARTINO; BLOCH, 1984, p. 13)

Nesse sentido, a participação da população na proposta de atenção primária à saúde parece funcionar como um elemento preferencialmente discursivo, na direção do que se entende, genericamente, por higiene social - normativa. (NOVAES, 1976)

Por outro lado, analisar a possibilidade de uma atenção primária em saúde mental, é investigar a história da construção dessa articulação; é recuperar as marcas das características e das mudanças, como anteriormente definidas, da Higiene Mental e da Saúde Mental, dentro do *saber*, do *fazer* e do *acontecer histórico* da medicina mental, que puderam concretizar esta possibilidade de aproximação. Não se trata de abranger campo tão vasto, de forma sistemática, mas de construir um percurso, a partir das diferenças detectadas na forma de apreensão do objeto, que informe sobre as possibilidades do presente.

² Aqui, entende-se por desenvolvimentismo, a concepção que classifica os países segundo o seu desenvolvimento econômico e social, e entende as causas do “atraso” dos países chamados subdesenvolvidos como internas à sua própria constituição e não como consequência da dinâmica entre o capitalismo central e o dependente.

Por um lado, interessa acompanhar o processo de *desalienação* do alienado e de sua incipiente incorporação como cidadão; e por outro lado, a incorporação do cidadão como objeto do discurso e terapêuticas mentais. Movimentos que ora se complementam, ora se rivalizam.

Este trabalho procura ao lado de outros que vêm se produzindo há mais de uma década, introduzir o olhar da Saúde Coletiva na compreensão do universo da Saúde Mental, perscrutando a relação entre saúde e sociedade e *loucura* e sociedade.

Esta dissertação tem também como objetivo, realizar uma narrativa que leve à uma reflexão sobre as alternativas de acolhimento ao adoecer psíquico, reconstituindo alguns fios da história extra-hospitalar do cuidado mental. Isto se justifica, pela importância que as alternativas ao hospício trazem ao contexto da assistência mental.

Nesse sentido, diante da escassez de trabalhos reflexivos sobre a Saúde Mental em Atenção Primária e pela importância que essa tem na introdução da Saúde Mental no estado de São Paulo, esta investigação pretende ser uma contribuição para o estudo e aprofundamento da questão.

A relevância dos acontecimentos passados para a formação e informação dos movimentos do presente são as outras justificativas. Até porque o conhecimento histórico, ao introduzir os fatos do passado, surpreende a realidade do presente, favorecendo a percepção de que o conhecimento e a prática são datados, contemporaneamente herdeiros de uma época. E que o *hoje*, na sua contínua reinvenção da roda, a inventa com as marcas de seu tempo.

Especificando, esta dissertação terá como objetivos:

- 1- estudar e melhor compreender os movimentos, que no interior do campo da Saúde, resultaram em propostas de Saúde Mental e de Saúde Mental em Atenção Primária.

2- historiar e analisar dentro destes movimentos, a enunciação de proposições discursivas alternativas ao hospital psiquiátrico e sua correspondência com as práticas.

3- historiar e analisar a inclusão da Saúde Mental no modelo de atenção primária à saúde, através das proposições políticas de saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no período de 1972 a 1986, e sua correspondência com as práticas.

Para estes fins foram realizados:

- levantamento e revisão bibliográfica de livros, teses e artigos de periódicos sobre história da psiquiatria; história da psiquiatria francesa, brasileira e paulista; higiene mental; história da psicanálise paulista; psiquiatria social; psiquiatria comunitária; saúde mental; assistência psiquiátrica ambulatorial; atenção primária; atenção primária em saúde mental; história da saúde pública paulista. Foram consultados periódicos brasileiros e paulistas representativos da produção científica em psiquiatria, como Arquivos de Neuro-Psiquiatria; a seqüência temporal dos periódicos do órgão estadual de assistência psiquiátrica,³ os Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo (de 1936 até 1937); Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (de 1938 a 1941); Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (até 1951); Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (até 1965); Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (até 1982); Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo (a partir de 1982); Arquivos Brasileiros de Higiene Mental; Arquivos Paulistas de Higiene Mental; Revista Brasileira de Saúde Mental; Revista Brasileira de Psicanálise; Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco; Jornal Brasileiro de Psiquiatria; Arquivos de Higiene e Saúde Pública; Bibliografia Brasileira de Medicina, vol. V (1953 a 1956). Não foi realizada uma pesquisa extensiva em todas as publicações, mas uma procura por tema, autor ou período histórico. Foram consultadas as publicações da OMS, principalmente a Série de Informes Técnicos e a Crônica de la OMS, relativas ao tema de higiene mental e saúde mental, e dentro da cronologia proposta; Bibliografia da Biblioteca da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, unitermo “saúde mental” (existente após 1984).

³ Esta publicação inicia-se como Memórias do Hospital de Juqueri (de 1924 a 1935).

- levantamento e análise de documentos pertinentes do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social (somente os referentes a proposições de psiquiatria comunitária), da atual Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Desta última, os documentos da Coordenadoria de Saúde Mental, das décadas de 70 e 80.

2- SAÚDE MENTAL

2.1- O “Aggiornamento”

A *loucura* é observada e nomeada na relação com o *outro*; é a variação da norma, o desvio que aparece, evento contraposto ao padrão normativo social construído historicamente. As teorias que surgem para compreendê-la são decorrentes da interpretação cultural do fenômeno. Além de ser recortada pelo social, o lidar com loucura foi-se tornando objeto de administração pública, à medida que a organização social foi ficando mais complexa. Com o surgimento do alienismo, na virada para o século XIX, a loucura, que já era um problema do Estado, e não somente das famílias, passa a ser objeto da Medicina, de uma “medicina especial”. Essa medicina mental segue sofrendo atualizações e acomodações, realizando um “aggiornamento”. O “aggiornamento” como diz CASTEL (1991) é uma atualização e não necessariamente uma transformação. Uma incorporação do novo pelo antigo, que vai tomando novas roupagens, sem no entanto alterar a coluna de sustentação de suas teorias. Na história da Psiquiatria isto é muito presente, até mesmo porque não houve superação do seu papel social de cuidadora empírica de loucos.

É com esse pressuposto teórico que as modificações do Alienismo, da Psiquiatria Científica, da Higiene Mental e da Psiquiatria Compreensiva e dos movimentos da Saúde Mental são acompanhados neste trabalho.

Embora criticado desde o início, o Alienismo foi a corrente hegemônica, primordialmente na primeira metade do século XIX. A partir da segunda metade do referido século, as forças que levaram a esta preponderância começam a mudar.

As críticas da sociedade francesa à lei de 1838 sobre os alienados - que serviu de modelo a muitos países - e ao asilo começaram a partir do questionamento da arbitrariedade das internações.

A pressão exercida pela cientificidade necessária para afirmação do Alienismo dentro da Medicina, ao que os alienistas não tinham se voltado, mas que a partir de então, com os progressos obtidos com a Clínica Médica e a Patologia Geral, vai se tornando mais e mais necessário, porque paradigmático; acrescida da crítica nascida da prática mesma dos alienistas aos métodos usados, entre eles o isolamento, tudo isso vai provocando acomodações que irão trazer modificações nas teorias e nas práticas.

Dessa forma, em suas discussões mensais na Sociedade Médico-Psicológica, os alienistas franceses discutiam outras experiências de lida com os doentes. Uma delas, a da cidade de Gheel, na Bélgica, que recebia alienados desde os tempos medievais em regime de liberdade parcial e os mantinha sob responsabilidade de famílias camponesas. Esse tipo de prática é rejeitada, até que, por fim, é digerida para dentro do sistema.

“Assim, Moreau de Tours emite um julgamento positivo sobre Gheel, que é percebido por ele como meio de aperfeiçoar o quadro asilar, de lhe propiciar, se podemos dizer assim, ar puro, anexando-lhe um sistema de colônias agrícolas.” (CASTEL, 1991, p. 256)

Ao lado da crítica às práticas, a teoria do alienismo e seu tratamento (moral) também começam a ser criticados. Morel, no seu tratado sobre a degenerescência⁴, rejeita o modelo descritivo em favor do modelo evolutivo-causal, procurando aproximar a alienação mental da medicina geral, sem romper com o tratamento moral, mas fazendo “emergir de seu estudo uma aplicação mais profunda e mais universal do tratamento moral” (CASTEL, 1991, p. 262)

A obra de Morel, que é representante de um pensamento em ascensão à época, introduz uma ruptura no modelo alienista. Ao se aproximar de uma explicação física para os fenômenos mentais, afasta-se da teoria das paixões como fonte única explicativa para a alienação.

⁴ MOREL, B. A. . *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales à l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Paris, J. B. Baillière, 1857 apud BIRMAN, 1978.

Na primeira metade do século XIX, o Alienismo constituía-se, em seus aspectos externos e internos⁵, numa higiene, já que entendia a alienação como tendo uma causalidade social e moral, unificando a um só tempo prevenção e cura.

“Num primeiro plano esta higiene moral se identificava com um conjunto de medidas utilizadas para o tratamento dos alienados. Poderíamos considerá-la como a condição de possibilidade para a existência do tratamento moral, constituindo-se como o seu primeiro ponto.” (BIRMAN, 1978, p. 258)

A partir da segunda metade do mesmo século, a idéia de degenerescência, ou por outro lado, a idéia de causalidade física somada à de desencadeamento social, aproxima o Alienismo da Medicina, dicotomizando a higiene e o tratamento, já que este último irá gradativamente virar o século na direção da busca dos tratamentos “somáticos” e das classificações fundamentadas na racionalidade evolutiva, e não mais somente descritiva. (GIORDANO JR., 1989)

E a higiene moral, *pari passu*, irá se aproximando da Higiene, na direção da higiene social. Ou seja, ao supor causalidades degenerativas cerebrais, pode-se então, discursivamente, se colocar em complementaridade à Higiene das causas naturais, como a Higiene fundamentada na bacteriologia, que vai se tornando hegemônica do final do século XIX para o início do século XX.

O termo Higiene Social é proposto, na França, por Rocoux, em 1838, para designar ações legais e administrativas, para se contrapor à Higiene Individual - que deveria ser deixada por conta dos próprios indivíduos.⁶ Em 1848, Guérin propõe o termo Medicina Social como expressão que realizasse a síntese da Medicina relacionada aos negócios

⁵ “Quando a Medicina mental visava o espaço externo denominava-se higiene moral, e quando operava no espaço interno denominava-se tratamento moral. No primeiro nível, o seu objeto de preocupação era o grupo, a Sociedade global com suas leis, regimes e instituições civis, e no outro visava cada paciente na sua anomalia, procurando recuperá-lo do seu mundo ilusório. Não se trata de uma simples oposição entre métodos individuais e coletivos, já que o tratamento moral tinha um aspecto marcadamente coletivo quando a sua prática se identificava com todo o aparelho asilar.” (BIRMAN, 1978, p. 257)

⁶ Pode-se reinterpretar o termo higiene social, neste período, como a proposta de uma higiene coletiva contrapondo-se à uma individual.

públicos. Essa Medicina Social compreenderia a Fisiologia Social, a Patologia Social, a Higiene Social e a Terapia Social. (NOVAES, 1976)

Na mesma época, de modo diferente, na Alemanha, Virchow corporifica um movimento de Medicina Social, que entende um estreito relacionamento entre sociedade e doença, propõe a investigação científica das condições econômicas e sociais das enfermidades e determina medidas tanto médicas como sociais para promover a saúde e combater a doença. (NOVAES, 1976)

Em um ensaio que tratava da terapia etiológica das doenças infecciosas, em 1893, fica clara a clivagem entre o pensamento representado por Virchow e o da Higiene bacteriológica. Como conta ROSEN (1980, pp. 78-9), Behring, neste ensaio, cita um relatório de Virchow sobre uma epidemia de febre tifóide, em que a irrupção era atribuída a um conjunto de fatores econômicos e sociais; faz restrições a essas idéias e afirma que “... com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social.”⁷

Contemporaneamente a esse declínio dessa Medicina Social, surge, com Grotjahn, a teorização de uma Higiene Social, complementar à Higiene “físico-biológica”. Esta ciência teria dois grandes ramos, o descritivo e o normativo. A Higiene Social Descritiva trata das condições que afetam a difusão de hábitos higiênicos e a Normativa trata das medidas que visam difundí-los. Grotjahn indicou que “um dos principais problemas da higiene social seria o da degeneração física e social. Tendo este aspecto em mente, enfatizou a importância de um programa de eugenia.” (ROSEN, 1980, pp. 116-9)

A higiene moral do primeiro Alienismo aproxima-se mais da medicina social *virchowiana*, quando toma o social como explicação para o indivíduo e para a coletividade. Além disso, seu objeto, mesmo quando é o indivíduo alienado, é de natureza coletiva. O Alienismo, através da prescrição do *isolamento*, propõe proteger a sociedade de seus

⁷ É preciso lembrar que entre 1856 e 1865, Pasteur formulou sua teoria e a aplicou na prevenção de enfermidades contagiosas; Koch, posteriormente, fez suas descobertas de causalidade microbiana. No início do século XX, surgiram nos Estados Unidos, instituições sociais de saúde pública que aplicavam esses conceitos.

loucos, e proteger os loucos da sociedade que os adoeceu. Ainda tem a conotação de medicina social, no sentido *foucaultiano* do termo, ou seja, sendo veículo para a intervenção estatal, no processo de medicalização da sociedade.

A higiene da degenerescência toma o indivíduo na sua substância corpórea como explicação para o individual e para o coletivo. O seu objeto é o indivíduo, mesmo quando trata de normatizar a coletividade. Não rompe com o papel social do Alienismo, de proteger a sociedade dos loucos, porém desloca, para uma concepção *natural*, a causalidade de seu adoecer. Acentua sua característica de medicalização da sociedade, na medida que seu discurso tende a se afinar ao discurso médico anátomo-patológico contemporâneo, embora não se confundindo com esse. Desta forma, parece proceder como Higiene Social Normativa (no sentido de Grotjahn).

É preciso destacar que a separação entre as proposições higiênicas e as curativas, que se principiam no Alienismo, durante a segunda metade do século XIX, parecem se diferenciar da situação similar entre a Saúde Pública e a Medicina - esta última entendida como medicina curativa. Enquanto que entre a Saúde Pública e a Medicina a separação se dá em termos do objeto de intervenção - e seus instrumentos - a saber, respectivamente, a coletividade e o indivíduo; as proposições higiênicas mentais pós-morelianas, embora tenham como objeto de discurso a coletividade, têm o indivíduo como objeto de intervenção, da mesma forma que as proposições curativas da incipiente psiquiatria, com a distinção que as primeiras se ocupam do indivíduo *são* e as segundas, do indivíduo *enlouquecido*.

A título de esclarecimento, impõe-se a explicação de que esta apresentação das transformações dos saberes estão caracterizadas como grandes tendências, analisadas em extensos períodos temporais, sendo uma redução, portanto, do que foram os acontecimentos históricos em seus detalhes, justificada pelo esforço de síntese teórica a que se propõe.

A Medicina Social, aqui emblematicamente chamada de *virchowiana*, também aponta causalidades sociais para o adoecer psíquico, propondo uma correlação entre fenômenos sociais e doença mental. ROSEN (1974, p. 210) ao citar Belgrave - que em 1867, percebia um aumento da loucura e da melancolia na população dinamarquesa, e o associava ao sentimento nacional de pessimismo em relação aos destinos do país - assinala que dessa declaração se depreendem três concepções: a

de etiologia social dos transtornos mentais, de sua associação com a incidência de psicose e a utilização da emergente estatística de doenças como instrumento para a compreensão desses processos.

“De fato, no século XIX já se haviam empreendido tarefas deste tipo. Uma linha geral de desenvolvimento era o estudo das conexões entre civilização e psicoses; a outra consistia numa tentativa de estabelecer uma teoria da enfermidade epidêmica sobre uma base histórica, teoria que tinha também em conta as epidemias psíquicas.” (ROSEN, 1974, pp. 210-1)

ROSEN, em trecho imediatamente subsequente, refere-se à uma frase de Virchow, escrita em 1849, que comparava a enfermidade como uma expressão da vida individual em condições desfavoráveis e as epidemias como sintomas de transtornos graves da vida social.

Este movimento de busca de associações causais entre enfermidades mentais e sociedade constitui um esboço primordial de uma “Psiquiatria Social”, no mesmo sentido de uma Medicina Social da época. Distintamente dos conceitos de Morel, que levavam a uma concepção de desadaptação individual ao meio.

Assim, mais ou menos como a medicina social de Virchow sucumbe às teorias de causalidade bacteriológicas na virada do século, as teorias de causalidade social do sofrimento mental não conquistam espaço hegemônico. As teorias da degenerescência, que trazem suas explicações a partir do plano do indivíduo, se prestam a recortar um objeto que, em tese, pode ser instrumentalizado pela medicina - o comportamento humano.

A partir da metade até o fim do século XIX, vão se constituindo saberes que, do começo do século XX em diante, darão substrato para as teorizações do movimento de Higiene Mental: a noção de degenerescência de Morel (que algumas décadas mais tarde é acrescida dos conceitos da Genética Mendeliana e serve de base teórica para a concepção eugênica dentro da medicina mental); a crítica aos asilos; a crítica aos preceitos do Alienismo com a chamada Psiquiatria Científica iniciada com Kraëpelin; a estatística; as teorias de causação social da doença mental (que retornam bem mais tarde, na segunda metade do século XX, modificadas, com a Psiquiatria Social); o surgimento de

serviços sanitários; e ainda, a Psicanálise, cujo surgimento e expansão também se dá neste período.

Em relação às práticas, as concepções de um processo evolutivo da doença mental, trazem importância à diferenciação entre agudos e crônicos, fazendo surgir uma tecnologia diferenciada para ambos, com “a construção de pequenas clínicas para agudos dentro das cidades e que constituem o germe das futuras clínicas universitárias ...” (MORÃO DIAS, 1985, p.251) Essa distinção acontece dentro do hospício, reservando-se aos crônicos as colônias agrícolas e o asilamento esvaído de sua pretensão terapêutica. Inicia-se a hegemonia da assim denominada Psiquiatria Científica.

Ao findar o século, surgem propostas e concretizações de outros modelos de manejo psiquiátrico.

“As idéas expendidas por Toulouse em 1899, da criação de clínicas livres para psychopatas, nas quaes elles pudessem entrar e sahir por espontanea vontade, elevam-no à altura de um segundo Pinel. O serviço aberto para psychopatas no Hospital Henri Roussele é um brilhante attestado da efficiencia de suas realizações. Inaugurado em junho de 1922, em Paris, é o resultado directo da propaganda de Toulouse que o organizou e dirige. Comprehende: 1º - um dispensário; 2º - um serviço social; 3º - um serviço de visitas domiciliaries; 4º - um serviço aberto de hospitalização; 5º - um serviço aberto de observação; 6º - laboratórios. 4.- O Hospital Henri Rousselle é uma das expressões typicas dos modernos e adeantados estabelecimentos de prevenção e cura das doenças mentaes. Em muitos paizes este systema foi adoptado, particularmente nos Estados Unidos, na Inglaterra, na Bélgica, na Itália, na Alemanha.” (ALVIM, 1934, pp. 226-8)

“Edward Toulouse, militante esquerdista radical, alienista, chegou a criar o primeiro hospital livre na França, o Henri Rousselle, que contava com um Centro de Profilaxia Mental, do qual Toulouse estendeu por toda Europa a crítica ao Manicômio.

Na França, o debate entre os partidários dos serviços abertos, livres, e os que defendiam o asilo, fechado, começou com o século. Foi impulsionado por Serieux, agitado por Hender e Toulouse e foi conformando uma ideologia antialienista que triunfa finalmente com a liberação do nazismo na França e a realização da política de Setor.” (GALENDE, 1990, p. 140)

O mesmo autor refere que as iniciativas de organização da sociedade civil, como os Patronatos de Ajuda ao Enfermo Mental, existem, na Alemanha, Itália, Suíça, França e Argentina, desde 1840.

Nos Estados Unidos, é criada em 1880 uma Associação Nacional para a Proteção do Insano e Prevenção da Insanidade. Dorothea Dix, também nos Estados Unidos, sai pelo país reivindicando tratamento “humano” para os insanos. Com isso, são fundados trinta e dois estabelecimentos para os mesmos. (ARRUDA, 1944) Ao final do século porém, a situação dos pacientes regrediu gradualmente até o nível custodial (WINSLOW, 1942)

Essas acomodações dos saberes e das práticas, em seu “aggiornamento”, ao findar o século, preparam o terreno sobre o qual vão surgir outros movimentos.

2.2- A Higiene Mental

Em 1900, Clifford W. Beers, recém-formado na Universidade de Yale, nos EUA, tenta, de forma grave, o suicídio, tem delírios persecutórios e fica por três anos internado em hospitais psiquiátricos, públicos e privados, sofre maus tratos e sente na pele a violência de ser considerado doente mental. Quando melhora, após os três anos, e tem alta, resolve escrever sua autobiografia, pois, considerando-se também doente mental, não concordava com os métodos de tratamento (e de não tratamento) a que o haviam submetido. Antes e depois da crise,

trabalhava na área financeira em Nova York e provinha de uma família tradicional do sul dos Estados Unidos, ou seja, pertencia a uma classe social que detinha certo trânsito nos círculos do poder .

Todos estes fatores associados ao impacto de se declarar portador de uma doença mental, fizeram com que tivesse articulações políticas e intelectuais para levar avante seu projeto de modificar a assistência psiquiátrica. (BEERS, 1942) No entanto, esse chamado de Beers só encontra eco pelas condições de desenvolvimento dentro da esfera de saberes e práticas psiquiátricas, e das condições históricas da época.

Torna-se interessante refletir que, a partir da fala de um *louco*, pertencente à classe média alta, a loucura pode ser ouvida e pode ter razão. A imagem de Beers, em vários textos, é a do homem empreendedor, “Pinel americano”, o que pode sugerir, para além da tendência personalista dos historiadores da psiquiatria, que a sua imagem tenha sido emblemática, numa época em que o indivíduo liberal, de iniciativa privada, construtor da nação, é valorizado como ideal na sociedade americana. “Capitão de indústria” como é chamado em discurso comemorativo dos vinte anos do Comitê de Connecticut. (WINSLOW, 1942)

Beers é apoiado, em seus intentos, por William James e Adolph Meyer, entre outros, e a este último é atribuída a criação do termo higiene mental.

“Em 1838, Ernest von Feuchtersleben escreveu “Zur Diatetic der Seele”- (The Hygiene of the Soul - na tradução inglesa - A higiene da Alma). Em 1834 aparece pela primeira vez a expressão “higiene mental” no livro de William Sweetzer, da Universidade de Vermont. Em 1863 Isac Ray publica em Boston o seu livro “Mental Hygiene”, no qual define higiene mental como sendo a arte de preservar a saúde do espírito contra todos os incidentes e influências capazes de deteriorar suas qualidades, impedir suas energias ou perturbar seus movimentos.” (ARAUJO,1958, p. 152)

“O termo *higiene mental* foi escolhido pelo psiquiatra Adolph Meyer, médico suíço e professor em Baltimore, ao qual se deve em grande parte a organização deste movimento científico nos Estados Unidos.” (HERRERA,1953, p.16)

“Adolf Meyer sugerira a Clifford Beers o termo de *Higiene Mental* para o movimento que êste procurava iniciar.” (BOTELHO,1956, pp. 19-20)

Beers funda em 1908 a Sociedade de Higiene Mental de Connecticut e em 1909, juntamente com Meyer e James, o Comitê Nacional de Higiene Mental, “cujo primeiro objetivo era proteger a saúde do público em geral.” (ARRUDA,1944, p. 229)

Beers juntamente com o Dr. Salmon, e com ajuda financeira da Fundação Rockefeller, procedeu a fiscalizações para reforma do sistema hospitalar e incentivou a profilaxia com um programa de “seções psicopáticas” para o primeiro atendimento dos “alienados mentais”, clínicas de pacientes externos com serviço social psiquiátrico, programas relativos aos “débeis mentais” com serviços de educação especial para os menos graves e segregação para os mais graves. (WINSLOW,1942)

O autor acima segue contando que durante a Primeira Guerra Mundial, o Dr. Simon, do Comitê Nacional de Higiene Mental, trabalhou no tratamento das perturbações mentais entre os soldados, diminuindo a porcentagem de problemas no exército dos EUA em relação aos dos outros países, fato que repercutiu internacionalmente. “Depois da guerra de 1918, a Liga das Nações criou um Departamento de Saúde com uma seção de Higiene Mental.” (YAHN,1953, p.27)

Os Comitês de Higiene Mental são criados em vários países. Em 1918 no Canadá; em 1920 na França; em 1921 na Argentina; em 1923 na Bélgica, no Brasil e na Inglaterra (neste último a assembléia inaugural é presidida por C. Beers); em 1924 no Peru ; em 1929 em Cuba; em 1938 no México.(RAMOS,1956) (HERRERA,1953) Em 1922 se constituiu o Comitê Internacional de Higiene Mental. “Homens como Toulouse na França, von Ley na Bélgica, Maurice Craig na Inglaterra, Ferrari na Itália, Sommer na Alemanha e Stransky na Áustria, foram os líderes organizadores na Europa.” (HERRERA, 1953, p.17-8)

O Comitê Internacional planejou e realizou em 1930, em Washington, o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental e em 1937, o 2º Congresso, em Paris. A terceira reunião planejada para 1940, no Rio de Janeiro, que não aconteceu provavelmente devido à situação de guerra, acabou se realizando em Londres, em 1948, já com o nome de 1º Congresso Internacional sobre Saúde Mental. Nessa mesma ocasião, foi fundada a Federação Mundial de Higiene Mental, organização não governamental. (OMS,1962)⁸ Em 1950, já tinha mudado seu nome para Federação Mundial para a Saúde Mental e reunia 59 associações em 33 países diferentes.(PACHECO E SILVA,1952)⁹

Embora o movimento de Higiene Mental tivesse seu início na primeira década do século, o seu grande impulso ocorreu após a primeira grande guerra, sugerindo que as guerras mundiais, com seu potencial destrutivo, provocam subsequente esforço de reconstrução e reorganização social, no qual o cuidado mental à população como um todo, e não somente ao doente mental, faz-se necessário.

É interessante observar também, nesse movimento, que no pós-guerra, a criação de organismos supranacionais, como a Liga das Nações, facilita e incentiva a circulação internacional de tendências, primordialmente no campo da cultura e ciência. Ainda pode-se observar a alteração da hegemonia européia nesse campo, com a introdução gradativa da preponderância americana, que se inicia após a primeira guerra, vai se solidificando no período entreguerras, para assumir sua hegemonia após a segunda guerra. Na psiquiatria, a preponderância francesa como campo dominante de saber sofre o mesmo processo, como pode ser sugerido pela observação dos textos brasileiros de higiene mental.

“Partindo dos Estados Unidos, a campanha pela Higiene Mental, só encontrou eco no mundo civilizado, cerca de 10 anos após pela intervenção francesa, que conseguiu despertar no mundo inteiro o interesse pela necessidade profilática, contra a doença mental.” (BOTELHO, 1956, p. 20)

⁸ Em julho de 1943, morre Beers, aos 67 anos, “uma grande perda para a psiquiatria e a higiene mental” (ARRUDA, 1944)

⁹ Pacheco e Silva será presidente da Federação em 1960 e 1961, durante o Ano Internacional da Saúde Mental.

Nos textos após a segunda guerra a referência americana é a preponderante, como se verá adiante. A construção e incorporação de saberes, como a Psicanálise e a Psicologia, pela Psiquiatria, que se dão no solo norte-americano, em torno do movimento da Higiene Mental, forjarão os modelos que terão penetração internacional no período posterior à guerra. É por esse motivo, também, que as considerações aqui realizadas versam sobre o que se efetua nesse país.

Adolph Meyer contribuiu para inserir o movimento psicológico na psiquiatria americana, através de seu conceito de psicobiologia. “Meyer concebia o indivíduo como resultado total da experiência de sua vida, negando assim a idéia da dualidade corpo-mente ... foi, pois um dos pioneiros do atual enfoque cultura-personalidade.” (ROSEN,1974, p.324)

“A importância que Adolph Meyer deu aos padrões totais da vida do indivíduo e na necessidade de dados biográficos para fundamentar o diagnóstico e o tratamento, fez mais compreensíveis, para o público e para os médicos, o pensamento e os dados psiquiátricos. Incorporou, também, ao interesse médico um intacto campo de aflições e angústias humanas, de tipo pessoal e social, que anteriormente se descartavam, por serem casos que não requeriam hospitalização.” (LEMKAU, 1953, pp. 17-8)

Como afirma Rosen, do resultado do trabalho de Meyer e da influência da psicanálise, resulta que

“a psiquiatria não se restringe somente ao asilo de loucos. Hoje, o psiconeurótico, o retardado mental, a criança que sofre transtornos emocionais, o psicopata, todos são considerados objeto legítimo do interesse da psiquiatria ... nos Estados Unidos, e talvez em outros países, o ponto decisivo para esta reorientação ocorreu durante e depois da primeira guerra mundial.” (ROSEN, 1974, p. 324)

Ocorre uma assimilação dos conceitos psicanalíticos e psicológicos pela psiquiatria, ao lado de uma ampliação do objeto de interesse e intervenção. Winslow, em artigo já citado, ao discursar sobre o movimento de higiene mental, em 1928, coloca bem claramente a ampliação do conceito de doença mental. A higiene mental não deveria ser entendida em termos de desvios extremos que necessitam de hospitalização, mas pelos inumeráveis mal ajustamentos mentais relativamente menores da vida cotidiana. (WINSLOW, 1942)

O surgimento e o desenvolvimento das idéias da psicanálise trouxe inúmeras contribuições à concepção da doença mental e da noção de saúde mental (aqui no sentido de ausência de doença mental). Não se pretende aqui detalhar o surgimento da psicanálise e sua extensão, mas visualisá-la inserida dentro dos movimentos aqui estudados. Nesse sentido, parece importante destacar somente alguns de seus marcos teóricos: ampliação da concepção da *estruturação* mental, através do conceito de *inconsciente*, com conseqüente ampliação da possibilidade de compreensão do comportamento humano e do objeto de intervenção dos cuidados mentais, propondo uma teoria que entende as manifestações patológicas como expressões gradativas de “estruturas” e “funções” existentes em toda mente humana; valorização do período da infância na futura saúde mental dos indivíduos; a criação de uma técnica de abordagem mental - a análise e a psicoterapia.

Mas a psicanálise não é somente uma teoria incorporada, ela está fortemente ligada a todos os movimentos de reforma psiquiátrica, sendo provavelmente a sua matriz propulsora. Isto se deve ao fato de sua teoria introduzir um elemento de ruptura - o *inconsciente* - na hegemonia da razão iluminista, abalando os pressupostos de razão/desrazão que cimentam as teorias alienistas e psiquiátricas.

Robert Castel, em artigo da década de 80, afirma:

“Ao mesmo tempo e funcionando muitas vezes em conexão com o Movimento de Higiene Mental, a psicanálise promove uma concepção dinâmica do distúrbio psíquico que transcende a oposição estática entre a doença e a saúde. Esta nova perspectiva permite que, as intervenções médico-psicológicas, conquistem novos campos de aplicação fora da

patologia “pesada” tratada nos hospitais psiquiátricos. Não contente em incorporar o vasto campo das neuroses, a psicanálise faz incursões no setor da infância em dificuldade, da justiça e da assistência social. Para além da linha de demarcação entre o normal e o patológico, ela afirma sua vocação para tomar sob seus cuidados as insatisfações cotidianas, o simples mal-estar de viver.” (CASTEL, 1986, p. 5)

Pode-se sugerir que a popularização da psicanálise e a psicologização do viver tiveram seu início pelos braços da Higiene Mental.

Para a Higiene Mental, portanto, convergem vários saberes e práticas já construídos, que constituem seu corpo disciplinar: a psicanálise, a psicologia, a genética, o estudo da caracterologia, os testes psicológicos, as classificações da “psiquiatria científica”, a pedagogia, a história de caso, a psicoterapia, as clínicas de orientação infantil, a educação escolar.

As relações entre a Higiene Mental e a Higiene ou Saúde Pública são de vizinhança e contiguidade, mas não de integração. Embora suas proposições higiênicas objetivem o coletivo, as formas de intervenção continuam divergindo. Assim como divergem a Saúde Pública e a Assistência Médica. Como observa NOVAES (1976): o movimento americano de saúde se desenvolveu em duas correntes distintas desde o século XIX, tornando evidente a dicotomia: prevenção versus cura e saúde pública versus cuidado médico.

Entretanto, entre os norte-americanos, ao final da década de 40, já se nota uma tendência à introdução do cuidado individual pelos serviços de Saúde Pública, devido à necessidade de controle das doenças degenerativas, que já são mais prevalentes que as enfermidades infecciosas, naquele país. (LEMKAU, 1953) Em acréscimo, a partir da década de 50, o problema do custo dos serviços atribuídos à intensa instrumentalização e especialização da prática médica, estimula o surgimento da Medicina Preventiva com disciplina no ensino médico, como alternativa à essa super especialização (NOVAES, 1976) e como teoria e prática que integra as ações preventivas e curativas, como se

verá adiante. Antes, porém é preciso retornar à primeira metade do presente século, para algumas considerações.

A denominação Higiene Mental abarca um campo teórico-prático que inclui a *higiene* e as *práticas curativas*. Como *prática curativa*, a Higiene Mental amplia o seu objeto de intervenção, que continua sendo o indivíduo, porém não somente o *enlouquecido*, como também o possuidor de agravos *menores* e o *são*; diversifica seus instrumentos com as psicoterapias e, também, os novos tratamentos somáticos surgidos no decorrer da década de 30 (choque cardiazólico, coma insulínico e eletroconvulsoterapia), além de utilizar os ambulatórios - que geralmente se denominam ambulatórios de higiene mental, indicando uma quase sinonímia entre os dois termos- em acréscimo à utilização hospitalar e manicomial; amplifica o cenário profissional do cuidado mental, com a inclusão dos assistentes sociais, dos psicólogos e dos enfermeiros. Como *higiene*, segue tendo a função de higiene social, definindo a coletividade como seu objeto de sistematização teórica e o indivíduo como objeto de intervenção. Utiliza como instrumentos palestras e divulgação impressa sobre conhecimentos provenientes da psicologia e psicanálise sobre formação da personalidade, educação infantil e também conhecimentos vindos da biologia e eugenia; parece chegar à concretude de sua formulação de atingir o coletivo através do individual, com a proposta de esterilização dos deficientes mentais.

A proposição de esterilização dos degenerados é muito discutida à época e sugerida por vários higienistas americanos. Por outro lado, segundo ROSEN (1974,p.330) “a denominação ‘higiene mental’ nunca foi um conceito claro e significava uma coisa diferente para cada pessoa...”. A abordagem em relação aos “débeis mentais” esclarece um pouco isso. Nos Estados Unidos, Winslow afirma acreditar que o débil mental de tipo mais alto¹⁰ seja talvez elemento necessário e desejável para a realização de tarefas rotineiras antipáticas aos indivíduos intelectualmente ativos (WINSLOW, 1942)

Parece ficar claro que, numa nação em pleno desenvolvimento industrial, comercial e financeiro, a função da psiquiatria, através da higiene mental, é de reconhecer e reabilitar “os doidos” que podem ser

¹⁰ Esta expressão, que consta na tradução brasileira, parece se referir ao deficiente mental com coeficiente de inteligência mais alto, com menor nível de comprometimento, em comparação aos de coeficientes mais baixos.

“cidadãos úteis”, expressão que o autor utiliza vinculando a idéia de cidadania ao direito ao trabalho.

A Eugenia, teoria idealizada por Galton, que preconizava o fortalecimento das nações através da purificação das raças, tem na Higiene Mental, como em muitas outras disciplinas da época, uma possibilidade de execução. Calçadas nesses princípios estão as propostas de esterilização dos deficientes, defendidas por muitos higienistas de vários países, e executadas na Alemanha nazista.

Há divergências em relação aos métodos utilizados com fins eugênicos, como conta HERRERA (1953), educadora cubana e higienista mental, ao comentar o debate havido, em 1939, no Primeiro Congresso Internacional para a Educação da Criança Deficiente, em Genebra. Há os partidários da esterilização dos anormais e dos enfermos mentais e os que se posicionam a favor de ações educativas, embora nas duas haja o raciocínio da eugenia. Assim se afirma que as leis de Mendel aplicadas ao homem não devem ser consideradas como leis civis ou populares, para servir para a proteção da comunidade da população. E a justificativa apontada é de que ao se esterilizar os enfermos manifestos, o número dos indivíduos *portadores sãos* de deficiências aumenta na população, a menos que fossem esterilizados também, o que significaria dizimar a humanidade. A partir deste raciocínio biológico e eugênico se contesta a esterilização e se fundamenta a prática da higiene mental através da pedagogia terapêutica. A autora, neste livro da década de 40, comenta:

“atualmente somos testemunhas de uma luta entre duas influências opostas em medicina social. Os princípios científicos são diametralmente opostos¹¹. Segundo uma opinião, o objeto principal da atenção é o *indivíduo*; o meio de profilaxia é a *educação* curativa; a maneira de conseguí-lo é a *humanitária* e a *indulgência*; o objetivo social é a conservação da *liberdade pessoal*. Os que seguem o outro critério crêem que o objeto primordial é a *população* e seu aporte hereditário; o meio de profilaxia é a *esterilização*; o modo de obtê-lo é a *dureza* e o ponto de vista social é a *restrição da liberdade*

¹¹Essa é a opinião de Herrera, com a qual discordamos, pois são os mesmos princípios científicos, conforme exposto.

individual em favor da comunidade.”(HERRERA, 1953, p.109)

Fica claro que a pedagogia ou educação terapêutica - educação sanitária em higiene mental - parte dos mesmos princípios eugênicos, e igualmente é uma forma de higiene social, que parte do indivíduo para objetivar a coletividade, também como forma de controle social, somente servindo a uma ideologia diferente - a liberal .

“Os portadores são constituem um perigo para a comunidade, não só no sentido eugênico, e também nas suas manifestações individuais (vagabundos perigosos, folgazões inúteis, revolucionários insatisfeitos e antisociais, narcômanos, subcriminosos, delinqüentes e neuróticos) ... a educação terapêutica, em seus aspectos da atenção ou cuidado psíquico e a orientação profissional, é chamada a guiar as tendências perigosas latentes nos portadores, canalizando-as dentro dos limites dados para uma direção positiva no sentido social.” (HERRERA, 1953, p.124)

Pode-se observar que a educação pedagógica preconiza a educação sanitária como forma de transmitir valores sociais como o trabalho, a não participação política, a utilidade, a preservação da ordem social, de forma bem explícita, peculiar à época e que posteriormente irá se sofisticando. Trata-se de reproduzir o ideário liberal, que após o término da 2ª Guerra, terá sua hegemonia representada principalmente pelos Estados Unidos e difundida pela OMS, em outro patamar, como veremos adiante.

As teorias eugênicas, que atualmente causam espanto em quem as lê, não parecem estar exclusivamente ligadas a fascistas e nazistas como por vezes se faz crer. Essas teorizações afiguram-se enraizadas profundamente nas ciências biológicas da época como ideologia científica que desse conta de explicar as diferenças sociais ignorando a distinção entre as classes sociais e seus conflitos, e colocando-as em nível de diferenças raciais. A transformação do discurso eugênico após a segunda grande guerra, a ponto dessas proposições relativamente recentes - cinquentenárias - causarem estranheza, associa-se à ruptura cultural trazida pela guerra e pela extinção dos regimes nazistas e fascistas, que as haviam adotado e concretizado intensamente. A mudança do termo Higiene Mental para Saúde Mental ocorre

internacionalmente três anos após o término do conflito mundial, sugerindo que possa ter sido uma iniciativa para alterar a sua conotação.

Ainda assim, pode-se encontrar afirmações como essas de um professor de Higiene Mental da Universidade de John Hopkins, retiradas de seu livro escrito em 1949:

“Houve um tempo em que se considerava elegante entre as famílias da alta sociedade ter um grande número de filhos. Esta moda seria muito desejável hoje em dia e deve ser estimulada. Em contraste, o controle da natalidade deveria estender-se a toda a população, em vez de estar limitado às classes altas, como ocorre agora em elevada proporção. Aos mais inferiores, social e intelectualmente, os que não podem sobreviver sem proteção, deveriam ser esterilizados para impedi-los de se reproduzir. ... É tão recente a experiência de controle oficial da população na Alemanha e assumiu aspectos tão horríveis, que há a tendência a ligar o fascismo a todo intento de regular a população. O execrável uso da técnica a serviço de malévolas idéias políticas nos indis põs com a aplicação da eugenia em ampla escala.” (LEMKAU, 1953, p.93-4)

Porém a reconstrução das nações e de suas economias no pós-guerra, a *divisão* do mundo em blocos socialistas e capitalistas, os sofrimentos mentais a que foram expostas, diretamente, as populações, faz com que os governos dos estados capitalistas assumam subvenções à saúde, entre outras, num movimento de reinclusão social, de prover a satisfação dos direitos sociais. Nesse contexto, o direito à saúde, e à saúde mental é valorizado politicamente, assim como as práticas que o viabilizam e seu discurso higiênico.

2.3- A REINCLUSÃO

A primeira Guerra havia demonstrado a utilidade da higiene mental, tanto na seleção dos exércitos quanto no tratamento dos quadros

psiquiátricos desencadeados pelo estresse do combate. Na segunda isto ficou mais evidente.

Na seleção pré-guerra mais de um milhão de americanos foram rejeitados por incapacitação mental e no pós-guerra o aumento da demanda por serviços psiquiátricos suscitaram duas linhas de recomposição: a psiquiatria social neo-reformista, de iniciativa federal, na qual se inscrevem o Instituto Nacional de Saúde Mental (1949) e os Centros de Saúde Mental Comunitários (1963) e as novas psicoterapias. (KOVEL,1980 apud GIORDANO JR, 1989)

“Apesar de seleção tão rigorosa, 382.000 combatentes, representando 34% do total desligado por motivo de saúde, tinham como causa de sua incapacidade definitiva um diagnóstico neuro-psiquiátrico. As psiconeuroses foram a causa individual do maior número de incapacidades no exército.” (BLAYA,1961, p. 315)

Além disto, durante a própria guerra ocorre uma valorização dos conhecimentos e práticas psiquiátricos, psicológicos e psicanalíticos, porque esses são usados como armas de guerra.

“Uma das características da presente guerra é a de ser, mais que qualquer outra, uma guerra psicológica. Embora o emprêgo dos recursos psicológicos como arma de guerra não constitua em si nenhuma novidade, nunca êle assumiu, como agora, um papel de tão alta importância.” (MARCONDES,1944, p. 239)

As razões disso, segundo o autor, que cita um artigo de Morris Krugman, se conformam no fato desta guerra ser considerada uma *guerra total*, isto é, não está circunscrita aos soldados, mas toda a nação participa; seja pelo envolvimento no combate; seja pelas privações, ou pelo esforço produtivo, pela mecanização altamente tecnológica dos instrumentos usados; seja pelo fato de não existir uma linha definida de *front* devido à possibilidade dos bombardeios aéreos, em qualquer parte do território de um país combatente.

Além disso, o fato da Alemanha nazista ter utilizado os conhecimentos psicológicos para fomentar o nacionalismo em seu povo e lidar com os soldados, provoca uma organização na contra-ofensiva.

“ ... *‘assim como os aviões devem ser combatidos com aviões e tanques com tanques, assim os métodos psicológicos precisam ser combatidos com técnicas semelhantes e talvez ainda mais aperfeiçoadas’*. É tarefa dos psicologistas e psiquiatras das Nações Unidas estudar e oferecer às autoridades os meios de ação para êsse fim.” (KRUGMAN, 1942 apud MARCONDES, 1944, p. 244)

É a essa tarefa que se lançam as proposições higiênicas da Saúde Mental. No pós-guerra, a Higiene Mental (termo que é substituído por Saúde Mental) estabelece-se como um discurso higiênico social que, paralelamente ao das ciências sociais, dá suporte a um certo “coletivismo” democrático, em oposição e em opção, aos “coletivismos” fascista, socialista e comunista.

Uma “superação” através do discurso técnico-científico fortemente colorido com tintas *sociais*, das desigualdades sociais entre as classes e entre as nações. Ou seja, através da ciência e das práticas ditadas por ela, “não seria mais preciso”, recorrer ao socialismo para tentar solucionar as desigualdades sociais, e ao mesmo tempo manter as concepções democráticas de assistência não-caritativa. Situação distinta das primeiras décadas do século, como a relatada por Rosen, em relação ao médico americano que foi um dos precursores do movimento de criação de centros de saúde nos anos 20.

“Phillips era então membro do Partido Socialista, a que se associou porque *‘não conhecia naquela época outra forma de expressar minha opinião de que a pobreza podia e devia ser abolida - e que não podia ser abolida através da caridade.’* ” (PHILLIPS, 1940 apud ROSEN, 1980, p. 383)

Esta passa a ser a fala das Nações Unidas, capitaneadas pelos Estados Unidos que emergem como a primeira potência mundial. Trata-se de obter técnicas de combater desigualdades, seja pelas dificuldades encontradas pelos americanos internamente em relação aos grupos marginais (levando à criação de um plano de oportunidades econômicas

que resultaria, entre outros, no movimento de Medicina Comunitária, reacendendo a criação dos centros de saúde); seja pela ascensão da social-democracia ao poder, na Inglaterra e França através de eleições, nos anos posteriores à guerra, e o surgimento das políticas de bem-estar social.

Na guerra fria, o discurso higiênico da Saúde Mental se faz também com o estudo da *psicologia das massas*.

“Os americanos, extremamente preocupados em reagir contra a ‘campanha de ódio’ alimentada pela Rússia em relação aos Estados Unidos, mostram-se dispostos a uma enérgica contra-ofensiva, para que a guerra ideológica e a propaganda soviética não acabem por triunfar ... A ciência já nos permite analisar, tanto no estado normal como no patológico, a forma pela qual uma idéia germina, cresce, se avoluma e domina o espírito do indivíduo. Numa coletividade o mesmo se verifica: quando as idéias malsãs brotam e se propagam, os princípios sadios são suplantados e dominados pelo processo mórbido. Daí a razão porque a psiquiatria social ocupa hoje papel de relêvo no grupo das ciências sociais”.(PACHECO E SILVA, 1957, p.39)

As proposições higiênicas da Saúde Mental se distinguem daquelas da Higiene Mental. Não no seu objeto de sistematização, que continua sendo a coletividade, mas no seu objeto de intervenção, que deixa de ser o indivíduo e o seu corpo, e passa a ser o coletivo com o processo da psicologização dos valores normativos sociais. Aí parece residir uma primeira diferença entre os dois movimentos. Renova-se a higiene social, embora mantenha a mesma função.

O discurso eugênico transmuda-se. Não pode mais se sustentar depois do destino dado pelos alemães a essas idéias. A higiene social das raças, ideologia assumida, hegemônica, que naturaliza as diferenças sociais e de classe, não tem mais lugar neste “novo” mundo. É substituída. As guerras, e mais fortemente a segunda, abalaram as raízes dessas idéias. A utilização de grandes contingentes populacionais como combatentes, “elevando” todos à condição de cidadãos com deveres com

a pátria faz com que, ao término da guerra, esses cidadãos com deveres passem a exigir os seus direitos. Como falar em raças inferiores se todos foram “igualmente” chamados para servir ao país.

É interessante observar a mutação desse discurso, como vimos acima com os autores brasileiros citados, e com este artigo publicado nos Arquivos da Assistência aos Psicopatas de S.P., uma conferência realizada pelo “antropologista” do Hospital de Juqueri, no Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo.

“No momento em que a guerra mundial chega a seu término tôdas as atenções estão voltadas para a reorganização do mundo de amanhã . Neste sentido estão se movimentando os estadistas e cientistas e dentre êstes os sociólogos e antropólogos, para chegarem à solução transcendental do problema máximo que é o reajustamento social da humanidade.

“Não foi sem razão que Artur Ramos, uma das maiores expressões da ciência brasileira, frizou, com sabedoria, as relações íntimas existentes entre a antropologia cultural e a psiquiatria evidenciando a necessidade de uma união mais acentuada entre antropólogos e psiquiatras ... Os desastres das guerras são muitas vezes devidos ao fanatismo mórbido próprio de uma personalidade desajustada apresentada por indivíduos ocupantes de cargos diretivos. Assim sendo, o Psiquiatra ao lado do Antropólogo terá que mobilizar todos os seus recursos afim de aplicar ao homem as medidas convenientes e salvadoras das catástrofes sociais. Vêde, senhores, quão importante é a função dêsses dois especialistas na organização e orientação de um povo.

“Mas para isso é preciso que todos os grupos étnicos diferenciados apenas pelos seus característicos somáticos e culturais sejam irmanados no mesmo sentimento de humanidade, pois todos os homens são iguais, originaram-se de um mesmo sangue ... Ainda hoje, senhores, vemos

referências feitas por autores estrangeiros e até nacionais pouco recomendáveis aos nossos patrícios mestiços ... Porque menosprezarmos o negro e o mestiço? Não há razão para isso. Tal procedimento é injustificável tanto mais se considerarmos que êsses elementos humanos muito contribuíram para a civilização e progresso da humanidade. Ainda agora, ao lado dos soldados que se batem pela liberdade dos povos e salvação do mundo, lá está o negro representado nos exércitos americano, inglês, brasileiro e nos de vários outros povos amigos.” (ALVES, 1944, p.237-41)

Predomina o discurso humanitário e liberal. Para enfrentar as desigualdades entre as classes e entre os países, sem de fato alterá-las, reafirma-se um ideário, respaldado pela técnica e pela ciência, de igualdade de direitos; da extensão dos benefícios a todos; e entre estes a saúde e o acesso a serviços de saúde. Essa igualdade se propagandeia pela igualdade de direito ao consumo, patrocinada pelas políticas de saúde. (DONNANGELO, 1979)

Para além de estender o consumo dos benefícios sociais como forma de garantir a reprodução da força de trabalho, cabe ao Estado regulamentar o que está fora do mercado. Citando OFFE; LENHARDT, (1984, pp. 18-24):

“... a política social não é mera ‘reação’ do Estado aos ‘problemas’ da classe operária mas contribui de forma indispensável para a *constituição* dessa classe. A função mais importante da política social consiste em regulamentar o processo de proletarização. ... somente a “estatização” daqueles subsistemas periféricos [família, escola, instalações da assistência à saúde] permite controlar as condições de vida e as pessoas às quais é permitido o acesso àquelas formas de vida e de subsistência situadas fora do mercado, e que com isso são dispensadas (temporariamente ou para sempre) da pressão da venda [da força de trabalho] no mercado de trabalho. O ponto-chave desse argumento consiste no fato de que não somente por causa dos pré-requisitos da reprodução “material” mas também, e na mesma

medida, para assegurar o controle sobre o trabalhador assalariado, é necessário definir, através de uma regulamentação *política*, quem pode e quem não pode tornar-se trabalhador assalariado ... Se, quando e por quanto tempo um indivíduo se encontra em uma situação em que a participação no mercado de trabalho não é permitida, se alguém está velho, jovem, inválido, se tem direito à participação nas medidas educacionais ou à ajuda social - nenhuma dessas decisões pode depender das necessidades individuais nem das oportunidades de subsistência existentes fora do mercado; elas precisam ser regulamentadas politicamente, de forma definitiva, porque em caso contrário haveria uma tendência incontrolável a que os trabalhadores assalariados se evadissem do mercado de trabalho, refugiando-se em um dos subsistemas. ... A socialização não ocorre somente através do mercado, pois este necessita da sanção de uma associação política de dominação - do poder estatal. O proprietário de força de trabalho somente se torna trabalhador assalariado *enquanto* cidadão.”

Trata-se do momento da tendência à reinclusão, da reafirmação dos ideais liberais burgueses de igualdade, liberdade, fraternidade, pelos estados nacionais. Promove-se a reincorporação das raças, das populações marginalizadas¹², dos loucos, dentro do padrão normativo e discursivo social. É hora de “refazer” o Contrato Social. As práticas, embora não correspondam plenamente à essa reinserção, apontam para esse horizonte ético.

A tendência reinclusiva opera-se no cuidado mental de duas formas: no processo de *desalienação* dos alienados e sua incipiente incorporação como cidadão e na introdução do cidadão como objeto do discurso e terapêuticas mentais no âmbito das políticas estatais de saúde. É através dessa estatização do cuidado mental à população - e não somente ao *enlouquecido* - que se expressa a segunda distinção entre o movimento da Higiene Mental e o da Saúde Mental, diferença percebida em nível das proposições *curativas*.

¹² Para uma abordagem da teoria da Marginalidade vide NOVAES, 1976, pp. 167-9.

No momento em que o conceito de doença mental se amplia, e que efetivamente uma parcela importante da população ativa tende a se incapacitar por problemas mentais, a oferta de serviços para casos “menos graves” se organiza mais fortemente, não mais agora de forma privada, mas através de políticas públicas, configurando uma revisão da estratégia de inclusão no mercado de trabalho e regulamentação das exclusões à ele.¹³

“De uma maneira bem esquemática, se poderia dizer que, até os anos 50, coexiste um duplo sistema: - uma organização tradicional de cuidados psiquiátricos, a partir de uma definição igualmente tradicional (médica) da doença mental, principalmente, dispensada pelo serviço público, do qual, o hospital psiquiátrico permanece a peça fundamental - e um conjunto de iniciativas diversas, que se referem a uma concepção mais aberta de saúde mental, tentando, particularmente, integrar uma perspectiva preventiva, mas que se desenvolve sobretudo a partir do setor privado ou ainda de focos de inovação marginais em relação ao conjunto do sistema público...É a partir do final da segunda guerra mundial que aparece, na França como nos EUA, uma tentativa de redefinição da totalidade da política de saúde mental, que é suscetível de ultrapassar essa dicotomia” (CASTEL, 1986, p. 6)

Neste outro momento trata-se de definir o louco-cidadão. As clínicas abertas do início do século, as internações voluntárias, a distinção entre doentes mentais alienados e não-alienados, os tratamentos ambulatoriais, as clínicas de ortofrenia para deficientes mentais, as clínicas de orientação infantil, que começam com a higiene mental, são práticas de saúde que apontam para isso. Clifford Beers parece ser mais uma vez emblemático, o louco-cidadão em pessoa.; aquele que começa a ter voz e vez, num longo processo que ainda

¹³ A situação dos ex- combatentes nos EUA que foram incapacitados por problemas mentais, e que por esse motivo passam a ser protegidos como pensionistas da Administração de Veteranos, coloca uma questão que vai tomando maiores proporções, posteriormente, na população em geral, qual seja, quem pode ser afastado do trabalho. É conhecida a influência das companhias de seguro no interesse de uma classificação psiquiátrica mais precisa.

continua. E mais uma vez emblemático por ser também a voz de uma razão capaz de refletir sobre a loucura.

As práticas alternativas posteriores, a partir da década de 50, já na constituição do campo da Saúde Mental, também apontam na mesma direção, questionando a loucura e a psiquiatria, ou afirmando a cidadania do louco, de formas mais, ou menos, radicais. Só que com uma diferença, o que na higiene mental tendia a ser um movimento da sociedade civil e de iniciativa privada,¹⁴ a partir da metade do século XX, começa a fazer parte das políticas públicas, (Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria Democrática Italiana) na medida em que vem diretamente como proposta de governo, como as duas primeiras, ou acabam incorporadas à legislação após longa luta, como a última.

2.4 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS

2.4.1 - AS REFORMAS

A Saúde Mental, trazida como política de saúde dirigida e extensiva a toda população, encontra, nos setores progressistas franceses ligados ao cuidado mental e nos esforços de contenção dos gastos hospitalares do governo do partido democrata americano, a oportunidade de realização de reformas psiquiátricas.

“Estes esforços se devem, ao mesmo tempo, a profissionais progressistas e a administradores

¹⁴ “Como dissemos antes, até há pouco mais de dez anos a maioria das atividades de higiene mental eram realizadas por organismos voluntários; só recentemente entrou em cena, em grande escala o governo federal. A aprovação da Lei de Saúde Mental Nacional em 1946, deu um grande estímulo para o planejamento desse ramo de saúde por todo país porque facilitava ajudas para a investigação, a formação de pessoal e para o estabelecimento e desenvolvimento de programas para a saúde mental da comunidade, programas cuja importância se acentua cada vez mais.” (ROSEN, 1974, p.330)

modernistas. Coordenados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental nos EUA, pela ala dinâmica do Sindicato dos Médicos de Hospitais Psiquiátricos, eles parecem impor-se no início dos anos 60. Com efeito, nesta data, o próprio Estado se encarrega desta vontade de instalar um grande serviço unificado de intervenções nos problemas de saúde mental, que não mais se contentaria em dispensar cuidados em instituições fechadas, aos doentes mais graves; mas trabalharia no seio da comunidade para informar e educar a população e, promover uma política positiva de saúde mental. Assim, na França, a circular ministerial de março de 1960 reorganiza o conjunto da distribuição de cuidados psiquiátricos em torno do “setor” (catchment area), isto é, do trabalho de uma equipe implantada na comunidade e prestando um conjunto completo de serviços desde a prevenção até a reabilitação, passando pela fase propriamente terapêutica. Nos EUA, é promulgado o “Community Mental Health and Retardation Act” de 1963, e segundo o próprio presidente Kennedy *‘os centros terapêuticos substituirão as instituições psiquiátricas de internamento. Esta nova lei nos dá a arma necessária para realizar tal operação.’* ” (CASTEL, 1986, p.6)

“Em maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180. Esta lei vem implementar o processo de desinstitucionalização praticado até então, sancionando as inovações produzidas por este processo, ou seja: a) a eliminação da internação psiquiátrica, e b) a construção de serviços na comunidade que substituíssem inteiramente a própria internação ... O doente mental é cidadão pleno para todos os efeitos, com seus respectivos direitos sociais e civis, que incluem o *direito a um tratamento.*” (KINOSHITA, 1987, 68-9)

Não se trata de nivelar as experiências, mas de encontrar um terreno comum em que puderam frutificar, tentando dar uma contribuição às respostas possíveis à questão, que CASTEL (1991) formula: porque a crítica ao asilo, que existe há cerca de cem anos, só toma a forma de uma concretização nas últimas recentes décadas.

A Psiquiatria de Setor na França, é um desses movimentos que ocorrem após a 2^a guerra e que vem conformar práticas alternativas ao hospício. Com a vitória política da Frente Popular no pós-guerra, promulga-se uma reforma sanitária e cria-se o Setor. Essas idéias nasceram com um grupo de psiquiatras,¹⁵ que participavam da Resistência Francesa e que se reuniam em Saint-Alban, hospital psiquiátrico. Discutiam, entre outras questões, as experiências que um deles, Tosquelles (psiquiatra catalão exilado devido à guerra civil espanhola) havia vivido durante o governo autônomo da Catalunha, com a criação das “Comarcas Catalãs”, em 1935, organização de territórios, que já eram, geográfica e socialmente reconhecidos como tal.

“A experiência que organizam Tosquelles, Sauret e Morin, com hegemonia anarquista, é considerada por alguns como uma política de Setor, semelhante à realizada na França dez anos mais tarde. Durante a Guerra Civil organizaram uma comunidade em autogestão aonde se reuniam enfermos, fundamentalmente vindos do *front*, junto a outros soldados do Exército vermelho, civis, etc.” (GALENDE, 1990.p.149)

As atividades da Psiquiatria de Setor na França são regidas por princípios de crítica ao asilo e repúdio à segregação, propondo em seu lugar integração do doente ao seu meio social; a subordinação do hospital psiquiátrico à rede de instituições do Setor, sendo que esta última teria autonomia de planejamento; a unificação dos cuidados dispensados dentro daquele território e a cada paciente, criando estratégias terapêuticas. (GALENDE, 1990)

¹⁵O grupo de psiquiatras era integrado por “Tosquelles, Le Guillant, Bonnafé, Daumazon, Follin, Rouart, Lebovici, Ajuriaguerra, Lacan, Duchêne, Hécœm, Paul Eluard, Tristan Tzara e outros. Tosquelles o denominava “a banda”, mas é conhecido com o nome de grupo de GEVAUDAN.” (GALENDE, 1990, p. 150).

“O movimento reformista que conduz à definição da *política de setor* associa psiquiatras de obediência teórica diferente: fenomenólogos adeptos de Karl Jaspers; *partisans* do organo-dinamismo de Henry Ey; marxistas à procura de uma etiologia social da doença mental; os primeiros psicanalistas interessados por problemas psiquiátricos. A despeito de suas divergências, eles fazem alianças para impor uma concepção renovada do fato psiquiátrico, ao mesmo tempo contra os tradicionalistas que querem reproduzir a tradição asilar e contra a corrente neuro-fisiológica, fortemente implantada na França, nos hospitais gerais e nas faculdades de medicina.” (CASTEL, 1986, p. 9)

Existiram muitos problemas que com o decorrer do tempo, foram modificando e desmontando esse novo modelo: dificuldade de aceitação de uma estrutura de organização horizontal dentro da burocracia estatal ; a “pressão centrípeta” dos hospitais psiquiátricos; a diferença de atuação entre os primeiros profissionais e os novos que iam chegando; a mudança de formas de vida da população, com migrações, ruptura das relações familiares; a mudança da situação do pós-guerra. (GALENDE, 1990)

Como disse Tosquelles:

“Eu tenho me perguntado em um processo autocrítico, se esta noção de Setor não era uma concepção que valia somente na Catalunha de 1934, ou na França do pós-guerra, ou seja, quando o cidadão médio pesava como tal, realmente, na estrutura das relações de produção” (TOSQUELLES, 1975 apud GALENDE, 1990, p. 154)

Ainda assim o panorama foi mudado, ainda segundo GALENDE. Na França, em 1979, cento e vinte mil leitos psiquiátricos convivem com setenta lares protegidos, duzentos e cinquenta hospitais-dia, cem hospitais-noite e cerca de três mil centros comunitários de Saúde Mental.

Na Inglaterra, durante a guerra, Bion e Rickman, trabalhando com os soldados, desenvolvem psicoterapias de grupo e geram conceitos que irão influenciar e fomentar as psicoterapias institucionais, com os grupos de tarefa ou grupos operativos. Maxwell Jones, trabalhando após a guerra com ex-prisioneiros, cria o modelo da comunidade terapêutica.

“Um princípio básico da comunidade terapêutica é o do aproveitamento de todos os recursos da instituição, que concebe como um conjunto orgânico, não hierarquizado, de médicos, pacientes e pessoal (enfermeiros, administradores, etc).” (GALENDE, 1990, p. 143-4)

Esta proposta tem como princípios: liberdade de comunicação; entendimento das relações institucionais através da dinâmica de grupo; criação de espaços terapêuticos grupais; espaço para a sociabilidade, como bailes, teatro; a assembléia comunitária, órgão de gestão, organização e avaliação de todas as atividades.

Ronald Laing e David Cooper, posteriormente, com a antipsiquiatria radicalizam esses conceitos. Valorizam o impacto da família na gênese da esquizofrenia, concordando com as investigações levadas em Palo Alto, Califórnia, por Bateson, antropólogo que sugere a teoria da dupla-mensagem, nas redes de comunicação familiares, situação entendida como esquizofrenogênica. (BATESON et al., 1974) Os antipsiquiatras repudiam o entendimento do comportamento diferente como uma doença que precisa ser interrompida. Para eles o que ocorre é uma experiência vital que precisa ser completada, somente acompanhada terapeuticamente, e compreendida no seu contexto, o que significa não-intervenção. Estes autores afirmam que todos estão alienados. “A humanidade está separada das suas possibilidades autênticas. Esta idéia básica impede-nos de aceitar uma perspectiva inequívoca do equilíbrio do bom senso, ou da loucura daquilo a que se chama o louco.” (LAING, 1979, p. 10)

Destas idéias, foi incorporado o conteúdo técnico, se pode ser chamado assim. Em 1953, em seu 3º Informe do Comitê de Especialistas em Saúde Mental, a Organização Mundial de Saúde recomenda a transformação dos hospitais psiquiátricos em comunidades terapêuticas. (OMS, 1953)

“O informe traz a conveniência de que o hospital psiquiátrico funcione como uma comunidade terapêutica na qual as boas relações dentro da equipe profissional deverão refletir-se na harmonia entre o pessoal e os pacientes, e entre os pacientes mesmos.” (OMS,1962, p. 86)

Nos Estados Unidos, desde o término da segunda guerra, como já descrito, cresce o movimento em torno da psiquiatria social e da saúde mental. Menninger, psiquiatra e psicanalista, que havia sido chefe do Serviço Psiquiátrico do Exército durante a guerra, funda o Grupo para o Desenvolvimento da Psiquiatria, pela Fundação Menninger. Robert Felix também pertence ao grupo e será o primeiro diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental em 1946. (GALENDE,1990)

“Nos EUA, desde sua fundação em 1946, O Instituto Nacional de Saúde Mental impulsiona programas importantes de pesquisa, de formação e de informações, que querem romper com a tradição do alienismo que domina a prática nos hospitais psiquiátricos. O financiamento para o N.I.M.H. de 1.500 programas de ensino e de reciclagem de pessoal permite passar de um número de cerca de 3.000 psiquiatras, durante a guerra, para 17.000 em 1964, enquanto que muitos milhares de clínicos gerais se beneficiam de uma formação complementar em psiquiatria. Neste programa de formação, o modelo psicoterapêutico, inspirado na psicanálise, exerce de início, influência preponderante. Ele aparece como hegemônico nos anos 50: a imensa maioria dos psiquiatras passa então, por uma formação psicanalítica; as referências à “psicologia dinâmica” inspiram a maior parte dos artigos de revistas e das discussões científicas sobre a prática e a teoria psiquiátricas.” (CASTEL, 1986, p. 7)

Neste início da década de 50, inicia-se nos Estados Unidos o ensino da disciplina de Medicina Preventiva, nas escolas médicas, objetivando a formação de novos médicos que resignificassem a sua relação com o paciente através de uma concepção integral sobre o mesmo. A intenção é

ser uma alternativa à intensa especialização e instrumentalização da prática médica. Na década de 60, no mesmo país, surge a Medicina Comunitária, impulsionada por uma política social, em nível federal, de resolução do problema das minorias. (NOVAES, 1976)

A partir do modelo introduzido por LEAVELL; CLARK, (1965), de história natural da doença e os níveis de prevenção, em 53, como já descrito, abre uma perspectiva teórica de integrar as ações preventivas e curativas.

Isto introduz também à Saúde Mental a oportunidade de incorporar esse modelo e se propor como instrumento de alcance populacional, através da integração de suas proposições higiênicas e curativas.

Caplan quando propõe, em 64, a Psiquiatria Preventiva e seus três níveis de prevenção sistematiza essa possibilidade.

Neste cenário nasce a Psiquiatria Comunitária.

O Congresso dos Estados Unidos nomeia uma comissão para estudar as práticas de saúde mental no país, que apresenta seu relatório, com o nome de *Action for Mental Health*, em 1960. Em 63 o Congresso aprova o pedido de Kennedy, da criação de um programa a nível federal de saúde mental realizado através de Centros Comunitários. É a *Community Mental Health Center and Retardation Act* ou Lei Kennedy. (GALENDE, 1990)

Na mesma obra GALENDE afirma que em poucos anos criaram-se cerca de quatrocentos destes em território americano. Cada centro deveria contar com cinco serviços: ambulatórios; serviço de urgência psiquiátrica para “intervenção na crise”; serviço de admissão; serviço de educação e consultoria para a prevenção primária na comunidade; serviços de hospitalização total ou parcial (hospitais-dia; hospitais-noite). Na década de 60, setenta por cento das intervenções psiquiátricas se realizavam pelo hospital psiquiátrico. Dez anos depois os Centros cobriam setenta por cento das demandas. Esta tendência muda com a ascensão de Nixon.

Por outro lado, CASTEL (1986, p.12) diz que a redução do número de pacientes hospitalizados “foi imposto, sobretudo, por razões econômicas e foi bastante independente das possibilidades de encargos que ofereciam (e sobretudo não ofereciam) as novas instituições comunitárias ... em 1974, uma declaração oficial da Associação Americana de Psiquiatria

afirmava a necessidade de acabar com os abusos da desinstitucionalização selvagem e de fazer reviver o hospital psiquiátrico.”

A Saúde Mental como conjunto de práticas estatais realiza a integração da terapêutica com a higiene, colaborando como elemento discursivo de adequação vinculado à assistência à saúde. Assim, o objeto de intervenção das *proposições curativas* que já na Higiene Mental havia se ampliado, abrindo o leque das doenças mentais, na era da “saúde mental” se amplifica mais, pela inclusão das *proposições higiênicas* de promoção de *saúde mental*, não mais apenas como objeto de reflexão e de intervenção higiênica como na higiene mental, mas como objeto de intervenção assistencial multiprofissional. Os objetos de sistematização e de intervenção das *proposições higiênicas e curativas* agora têm a possibilidade de convergir para a coletividade. Assim como fora no Alienismo. CASTEL (1991) afirma que, após o Alienismo, a Psiquiatria se divide em dois movimentos: o da higiene e o da psiquiatria científica, que vão se juntar, posteriormente, nas práticas da Saúde Mental.

Nesta possibilidade se fundamentam a *psiquiatrização* da sociedade ou a *psicologização* do viver, através das *práticas curativas*. A partir dos anos 70, serão estes dois últimos aspectos alvos de crítica, visando a superação desse modelo de Saúde Mental.

Também é nessa possibilidade de articulação entre as *práticas preventivas* e as *práticas curativas* que a Saúde Pública se integra à Assistência Médica, propiciando o terreno para o estabelecimento de uma Atenção Primária à Saúde. A Saúde Mental está instrumentalizada para poder seguir o mesmo caminho.

2.4.2 - SAÚDE MENTAL E A OMS

Antes de tratar propriamente do tema da atenção primária, é interessante percorrer a história da saúde mental dentro da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Desde 1907 existia o Escritório Internacional de Higiene Pública (IOPH), resultado de conferências sanitárias internacionais, que haviam se iniciado em 1851. Após a primeira grande guerra, funda-se também a Liga das Nações e, dentro desta, a Organização de Higiene. Apesar de contemporâneos, os movimentos de higiene mental e de higiene pública, não se articulam. Mesmo com a repercussão maior que teve a higiene mental após a primeira guerra.

“Em toda a bibliografia do trabalho técnico da Liga das Nações correspondente ao período de 1920 a 1945 não há mais que quatro citações sob a epígrafe de higiene mental, e se referem unicamente a certos aspectos da deficiência mental. Não deram nenhum resultado os intentos efetuados pelo Comitê Internacional para a Higiene Mental - organização não-governamental - para colaborar com a Liga e conseguir a incorporação de um psiquiatra ao pessoal da Divisão de Higiene...” (OMS, 1962)

Estes fatos parecem sugerir que a articulação destes discursos só é realizada de maneira mais abrangente, de certa forma independentemente dos avanços teóricos e práticos de cada uma, quando ocorre uma conjuntura macro-econômica favorável. Enquanto a higiene mental pertencia à esfera da organização da sociedade civil, esta junção ficaria dificultada. A partir da segunda guerra, quando a assistência à saúde mental ganha importância para os governos, não só pela sua magnitude ampliada, mas pelo sentido que ganham as políticas sociais e as políticas de saúde, a agora nomeada saúde mental ganha seu espaço público e braços para articulações nesse espaço.

Após a segunda guerra mundial, em 1945, é criada a Organização das Nações Unidas. Durante a primeira assembléia de sua formação, a proposta de criação de um organismo internacional de saúde, é apresentada pelo Brasil (por Geraldo de Paula Souza)¹⁶ e pela China. Em 1946, acontece a reunião da Comissão Técnica Preparatória da 1ª Conferência Internacional de Saúde, em Paris; e esta última, no mesmo ano, em Nova Iorque.

¹⁶ TELLES, 1962.

Após a guerra, muitos dos psiquiatras que ocupavam cargos importantes nos serviços dos exércitos “aliados”, após a guerra se destacam nos organismos de higiene mental e posteriormente, na OMS. O primeiro Congresso Internacional sobre Saúde Mental, que seria o sucedâneo dos I e II Congressos Internacionais de Higiene Mental, realizado em 1948, tem como organizador o dr. Rees, que havia sido chefe dos serviços psiquiátricos do exército britânico. O primeiro Diretor Geral da OMS, é um psiquiatra que havia estado à frente dos serviços médicos do exército canadense. O primeiro chefe da Seção de Saúde Mental da OMS havia sido “lugar-tenente” do Dr. Rees durante a guerra. (OMS, 1962)

Já na reunião preparatória em Paris, a saúde mental entra como uma preocupação. Durante a conferência em Nova Iorque, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Na 1ª Assembléia Mundial da Saúde, em 48, a saúde mental é a quinta prioridade e se recomenda a formação de um comitê de especialistas da OMS, em Higiene Mental (OMS, 1962)

Este comitê se reúne em 1949¹⁷. Pela análise de suas discussões pode-se perceber que o lugar da Saúde Mental era incipiente e que cabia aos seus representantes demonstrar que ela era uma “proposta remuneradora” (OMS, 1950). Essa demonstração se apresenta na forma de proposição higiênica no sentido de higiene social. Um argumento que utilizam é que em países não desenvolvidos, o desenvolvimento econômico é dificultado pela resistência psicológica a medidas destinadas a fomentar a saúde física e o progresso econômico social. “É preciso vencer esta resistência, por meio da educação, e aplicar os conhecimentos atuais sobre psicologia social, esforçando-se em evitar desajustes que podem acompanhar a industrialização destes países.” (OMS, 1950, p. 4)

Para justificar a necessidade da Saúde Mental citam a implicação econômica das horas de trabalho perdidas na indústria devido a transtornos psiconeuróticos, que provocam uma perda de tempo de produção superior à do resfriado comum. Os especialistas comentam também o custo por paciente das clínicas de higiene mental da Administração dos Veteranos de Guerra dos EUA, que se não estivessem sendo tratados em clínicas externas, teriam o custo de seu tratamento extremamente aumentado.

¹⁷ Tendo como membros Pacheco e Silva (Brasil), Menninger (EUA), Rodger (Reino Unido), Ch'eng (China), Govindaswamy (Índia), Hádlík (Tchecoslováquia), Hargreaves (Inglaterra).

Essa visão desenvolvimentista da saúde mental e saúde em geral, acompanha as proposições da OMS, podendo ser detectada na proposta de atenção primária, formulada em Alma-Ata, em 1978.

Os especialistas do 1º Comitê detectam disparidades entre a assistência psiquiátrica nos vários países e concluem por uma aplicação preventiva dos conceitos psiquiátricos, através de “fomentar a incorporação aos serviços de saúde pública a responsabilidade de favorecer tanto a higiene mental como a higiene física da comunidade.” (OMS, 1950, p. 5). Propõem uma educação em higiene mental para os profissionais de saúde pública, sem convertê-los em psiquiatras.

A proposta de saúde mental é aliada à de saúde pública, discursivamente, como forma de extensão de cobertura de assistência e diminuição das disparidades entre os países.

A segunda reunião do Comitê de especialistas em Higiene Mental¹⁸, em 1950, detalha os aspectos da higiene mental nas práticas de saúde pública, enfatizando as ações sobre a infância, as doenças transmissíveis, a velhice, a imigração, epidemiologia, administração em saúde pública e formação em higiene mental para o pessoal de saúde pública. Aplicando conceitos de psicanálise e psicologia social ao funcionamento dos serviços em relação aos pacientes e também na sua administração. (OMS, 1952)

Estas primeiras reuniões tratam dos diversos temas que compõem a saúde mental: hospitais psiquiátricos como comunidades terapêuticas, legislação psiquiátrica nos diversos países, saúde mental do envelhecimento, psiquiatria social, epidemiologia, ensino de psiquiatria e higiene mental a estudantes de medicina, função do médico sanitarista e do médico geral nas atividades de higiene mental; nessa ordem de cronologia, num período de oito anos.

Um aspecto desenvolvido pela OMS é a investigação epidemiológica, com incentivo a pesquisas transculturais.

Em 1962, durante a 15ª Assembléia Mundial de Saúde, o professor Arie Querido, professor de Medicina Social em Amsterdam e perito da

¹⁸ A primeira e a segunda reunião se denominam *Comitê de especialistas em higiene mental*, a partir da terceira, em 1953, *Comitê de especialistas em saúde mental*. A 2ª reunião faz questão de esclarecer os termos colocando *saúde mental* como desenvolvimento harmonioso da personalidade (utilizando referenciais psicanalíticos) e *higiene mental* como as atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental, usando o termo em sentido análogo à higiene da saúde pública, e não num sentido psiquiátrico de intervenção precoce na crise. (OMS, 1952)

OMS, apresenta um relatório, que havia sido discutido por 44 países membros, sobre Saúde Mental nos Planos de Saúde Pública.¹⁹ Sugere a inclusão da saúde mental na saúde pública, através dos profissionais desta última, com supervisão dos especialistas - o psiquiatra ou o grupo de saúde mental - o psiquiatra, um assistente social, um psicólogo. Recomenda para os países em desenvolvimento, projetos-piloto e treinamento de pessoal não especializado para “aumento da cobertura mediante o sistema de escalão” (QUERIDO, 1973, p. 11)

Em todos esses planos são sempre destacadas: a magnitude e importância dos problemas em saúde mental; a escassez de serviços de atenção à população; a impropriedade da utilização exclusiva de hospitais psiquiátricos; a inconveniência da construção de mais hospitais psiquiátricos; a necessidade dos órgãos centrais governamentais de saúde terem um departamento de saúde mental, com programas nacionais de saúde mental; a necessidade da prevenção e promoção da saúde mental; a integração da saúde mental à saúde pública, com hierarquização dos serviços.

Por várias décadas consecutivas, a cada novo projeto proposto, encontram-se os mesmos propósitos, o que sugere que os objetivos não são plenamente alcançados.

O décimo-sexto informe do Comitê de Especialistas da OMS em Saúde Mental, reunião realizada em 1974, traz como tema a organização dos serviços de saúde mental nos países em desenvolvimento. Afirmam que nos países em desenvolvimento existem cerca de 40 milhões de pessoas que padecem de transtornos mentais não tratados; que 1% da população em um dado momento ou 10% dos indivíduos em algum momento de sua vida, podem vir a ter alterações mentais gravemente incapacitantes; que grande parte da população é composta por menores de quinze anos e por outro lado, a população de idosos vem aumentando, pelo aumento da expectativa de vida, o que reflete na prevalência dos transtornos mentais da infância e da senilidade; que os transtornos psiquiátricos de modo geral representam a quinta parte das consultas em serviços gerais. Recomendam, entre outros, que os governos reconheçam os transtornos mentais como um problema de alta prioridade para o indivíduo, a coletividade, o desenvolvimento nacional e que adotem as medidas necessárias para prevenção, tratamento e reabilitação; que tenham em conta o volume de recursos disponíveis; que se realize a

¹⁹ Este relatório é traduzido e publicado pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, dez anos após, na gestão Cerqueira e é indicado como referência em vários artigos.

descentralização dos serviços de saúde mental, com integração aos serviços gerais de saúde e aumento da colaboração com organismos sociais não médicos; que se tenha um plano nacional de saúde mental e um departamento de saúde mental nacional; que se organizem a legislação, os dados epidemiológicos e as pesquisas. (OMS,1975)

Como resultado dessa reunião, foi elaborado um estudo, em 1975, coordenado pela OMS, sobre estratégias para estender a assistência em saúde mental, em sete países em desenvolvimento, com a orientação de desenvolver métodos que capacitassem trabalhadores de saúde não especializados em saúde mental, para fornecer tratamento psiquiátrico (OMS,1984). “Foi iniciado por equipes de psiquiatras, pessoal de saúde pública e outros, em quatro zonas da Colômbia, Índia, Senegal e Sudão ; posteriormente se uniram ao estudo equipes do Brasil²⁰, Egito e Filipinas” (CLIMENT et al., 1980, p. 249).

Apesar do Décimo-sexto Informe, já citado, não utilizar o termo *atenção primária em saúde mental*, por ter ocorrido antes da formulação oficial dessa política, este estudo referido, conseqüente àquela, já adota (tanto em seu informe, quanto em sua publicação) esta terminologia, não somente como denominação, mas mais ainda, como referência básica de orientação. (OMS, 1984) Os propósitos que vinham sendo colocados pela OMS, desde 1949, são então caracterizados em proposta de atenção primária.

Um *Novo Programa de Saúde Mental da OMS* é lançado em 1978, e tem em seus objetivos principais: prevenir e/ou reduzir os problemas psiquiátricos, neurológicos e psicossociais, com inclusão dos relacionados ao alcoolismo e farmacodependência; aumentar a eficácia dos serviços gerais de saúde utilizando corretamente os conhecimentos teóricos e práticos sobre saúde mental; elaborar estratégias de intervenção baseadas em um maior conhecimento dos aspectos de saúde mental que provêm das atividades e mudanças sociais. Parte de várias premissas, e dentre estas, a necessidade de reorientação das idéias sobre o problema. (OMS,1978a)

²⁰Estas investigações no Brasil são realizadas na Vila de São José do Murialdo, RS. (OMS,1984).

“As atividades relativas à saúde mental terão que incluir-se no sistema de serviços gerais de saúde e nos planos conjuntos para o desenvolvimento sócio-econômico. Esta é a única forma de solucionar a escassez de pessoal e de material, e constitui uma estratégia que pode terminar com o estigma de que a psiquiatria é uma disciplina isolada, de escasso significado para a saúde pública.” (OMS,1978a, p.66)

Em reunião realizada em 1981, um Grupo de Estudos da OMS sugere que grande parte do tratamento dos transtornos mentais considerados prioritários pode estar a cargo de trabalhadores de saúde não especializados. (OMS,1984) e propõe recomendações, dentre estas: formulação de programas nacionais de saúde mental, particularmente em relação à atenção primária; oferta de medicamentos essenciais baratos para tratamento de transtornos mentais prioritários; sistemas de informação e avaliação.

“O Grupo de Estudos também expressou sua convicção de que uma política que centre a atenção de saúde mental na comunidade, a integrando até onde seja possível, nos serviços de atenção primária, é a que oferece melhores perspectivas para organizar programas nacionais eficazes e relativamente pouco custosos, menos onerosos certamente que os programas baseados em hospitais e instituições.” (OMS,1984, p. 35)

Os serviços de Atenção Primária em Saúde Mental criados internacionalmente são concebidos dentro de uma rede de cuidados médico-gerais, na sua maioria, e desenvolvem investigações embasadas principalmente na epidemiologia, entendida essa como fundamento para a criação de uma teoria e uma tecnologia em assistência primária.

“Como pode se apreciar , para conhecer as necessidades de saúde se requer estudos de morbidade em amostras representativas da

comunidade. Este tipo de estudo apresenta diversas dificuldades, entre elas, a definição de *caso* ... Uma tendência epidemiológica, a *inglesa*, concebe um continuum entre os fenômenos saúde-enfermidade e tem proposto o estudo da distribuição de sintomas e síndromes na população, estabelecendo o limiar de *caso* psiquiátrico na presença de um sintoma chave, associado a outros sintomas relacionados, ou a presença de dois sintomas-chave. De outra parte, a escola *norte-americana* orientou-se para a busca de entidades discretas, operacionalmente definidas pelo DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*).” (CARAVEO et al., 1986, p. 504-5)

Um enfoque de epidemiologia através dos serviços é desenvolvida por Goldberg e Huxley, em 1980, que propõem um esquema de entendimento do acesso à assistência psiquiátrica em cinco níveis e quatro filtros.(CARAVEO et al., 1986)

Em 1995, Goldberg publica um trabalho em que aplica este esquema a três centros: Manchester (Inglaterra), Gronigen (Holanda) e Seattle (EUA). Comenta a disparidade da prevalência dos diagnósticos entre os diferentes países, que vem caracterizando as pesquisas epidemiológicas nos últimos 25 anos. Também se refere a estudos realizados nos centros europeus, nos quais a grande parte dos pacientes que chegam aos serviços de saúde mental²¹ provem de serviços de atenção primária, e que nos EUA não; a população, mesmo tendo acesso a serviços de atenção primária, procura diretamente os serviços de saúde mental, fenômeno que denomina *the american bypass*. O autor ainda comenta que uma parte dos que eram considerados *casos* pela pesquisa, não haviam sido considerados assim pelo médico geral, e ainda, que grande parte desses *casos*, eles próprios não se consideravam doentes.(GOLDBERG, 1995)

A Organização Mundial de Saúde publica, em 1990, como marco da realização de seu trabalho durante o decênio de 1980, *La Introduccion de un componente de Salud Mental en la Atencion Primaria*, no qual coloca os problemas da saúde mental em atenção primária; a necessidade

²¹ Esses serviços de saúde mental são os de atenção secundária à saúde, onde está a equipe de saúde mental.

de integrar-se aos serviços gerais de saúde; a importância de uma política nacional de saúde mental; a participação da comunidade; a infraestrutura para descentralização e integração; as necessidades de mudança de mentalidade na formação; medicamentos essenciais; registro de dados; custos. (OMS,1990)

A declaração de Caracas, realizada em 1990, pelos países latino-americanos, em reunião da OMS, coloca a atenção primária como ainda não alcançada e como meta a alcançar.

Em 1997, detecta-se uma tendência de focalização das ações. A OMS estabelece um programa especial denominado “Nações unidas para a Saúde Mental”, com o fim de fomentar a saúde mental em populações desassistidas, particularmente as mulheres, as crianças, os adolescentes, os refugiados e povos indígenas; concentrando-se nas seguintes áreas de importância: planos nacionais de saúde mental; direitos humanos e legislação; melhora de serviços e tratamento; programas de saúde mental com ênfase nessas populações mencionadas. (OMS,1997)

3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

3.1- O Modelo.Origens.

Investigar a integração da saúde mental à saúde pública, modelo desenvolvido no estado de São Paulo, é reconhecer a trajetória que esta última teve nesse estado. Não se trata de aprofundar em tema tão complexo, mas de traçar linhas gerais, já desenvolvidas por outros autores, e que podem fornecer pistas explicativas para a caracterização desta organização. Ou seja, compreender a experiência paulista de atenção primária, com seus pressupostos de rede de serviços organizados e de oferta de assistência médica à população, demanda um olhar retrospectivo nas origens e movimentos de saúde pública no estado.

A configuração dos modelos percorridos pela saúde pública e as concepções sobre como intervir com ações na saúde de forma coletiva conformaram as proposições da implantação da organização da Saúde Mental em Atenção Primária em São Paulo. As peculiaridades da experiência paulista de cuidados primários em saúde mental como ação assistencial ao sofrimento psíquico (entendida esta como ações terapêuticas da equipe de saúde mental) encontram explicação na já tradicional estruturação da saúde pública paulista, que desde cedo incorporara a atenção médica individual em seus quadros. Dentro desta perspectiva podem ser feitas algumas breves considerações.

Em seguida à fase conhecida como *bacteriológica* da saúde pública paulista, do final do século XIX e início do XX, em que se preconizavam ações do tipo *campanhista/policial*, sobrevem uma fase de transição que comporta várias correntes e concepções sanitárias como a do *campanhismo/vertical permanente*, a de *redes locais permanentes*, a do *vertical permanente especializado*. (MERHY,1992)

Explicando melhor, estas diferentes concepções, dentro do campo da saúde pública exprimem antagonismos sobre a duração de uma

intervenção: pontual (uma ação policial, ou seja focal, emergencial) ou ação permanente (duradoura, organizada em serviços); sobre o eixo de organização dos serviços: vertical (a racionalidade da organização é o recorte epidemiológico pelas doenças prevalentes) e horizontal (que entende a doença como consequência de uma base comum entre várias causas). (MERHY,1992)

As duas correntes que se alternam no poder público estadual paulista, entre a segunda e a quarta décadas deste século, a de *redes locais permanentes* e a do *vertical permanente especializado*, trazem uma “perspectiva de construção de serviços permanentes de Saúde Pública, nitidamente distintos dos serviços exclusivamente médico-assistenciais de cunho individual e curativo.” (MERHY, 1992, p. 101) Uma ação médica é considerada distinta de uma ação sanitária, não contribuindo para a promoção e proteção à saúde a não ser se estritamente ligada a um conjunto de ações sanitárias. “Adotava até o princípio de que só se poderiam realizar atividades médicas que estivessem ligadas a uma ação de prevenção. Apenas assim elas eram justificadas” (MERHY, 1992, p.102), embora para o movimento *vertical permanente especializado* a atividade clínica especializada fosse de capital importância. Esta diferenciação das ações médicas, em verdade, modifica-se décadas mais tarde, não somente em função da concepção de história natural da doença e possibilidades de intervenção nas várias fases da mesma, caracterizando-se a importância da prevenção secundária e terciária, mas principalmente com a ampliação do que é considerado como doença digna da intervenção de ações públicas, ou seja, de importância para o controle social. É neste cenário que as doenças mentais podem surgir como passíveis de ações de saúde coletiva, condição que se insinua no pós-guerra, mas que se inicia como prática, no estado de São Paulo, com as experiências de Psiquiatria Comunitária em 1970.

Paula Souza faz parte do grupo *redes locais permanentes*, sendo seu maior representante. Este higienista havia retornado dos Estados Unidos recentemente, país onde fora completar sua formação médica através de um intercâmbio, que havia se iniciado na década anterior.

Em 1918, é criada a cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo, por convênio entre o Governo do Estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller.²² Por intermédio deste convênio, também, Paula

²² A Fundação Rockefeller, foi criada em 1913 com o objetivo de implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, com prioridade de empreender o controle internacional da

Souza e Borges Vieira vão para a recém-criada Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University.

Neste período, contemporâneo aos primórdios da higiene mental nos Estados Unidos, ocorrem também, nesse país, as primeiras experiências de formação de centros de saúde. Em 1911, Phillips, médico socialista, cria inicialmente em Milwaukee, e depois em 1917 em Cincinnati, os primeiros centros de saúde que tinham como objetivo “promover uma organização comunitária democrática através da qual os cidadãos, como um todo, podem participar diretamente do controle dos assuntos da comunidade, utilizando ao mesmo tempo e de forma constante a melhor técnica disponível” (BURNHAM, 1920 apud ROSEN, 1980, p. 384-5)

Esse movimento, com ascensões e quedas vai se espalhando, principalmente após o apoio dado pela Cruz Vermelha Americana após o término da I Guerra, como forma de atender as populações pobres, constituídas principalmente de imigrantes em seus “bairros- guetos.” “A manifestação mais notável e típica do movimento de saúde pública da atualidade é o centro de saúde” afirmava C. E. A . Winslow, em 1919. (WINSLOW, 1919 apud ROSEN, 1980, p.390)^{23 24}

A maioria destas organizações prestavam serviços na área materno-infantil, e assistência médica apenas a doenças como tuberculose e sífilis. Há referência a consultas em saúde mental em Boston em 1916 e no estado de Nova York em 1920. Este movimento de criação de centros de saúde se expande, em 1930 já existiam mais de 1500 em todo território americano. Porém, a partir daí começam a declinar. A melhoria da escolarização dos filhos dos imigrantes, associados a sua ascensão econômica e a interrupção da imigração durante a Primeira Guerra Mundial melhoram as condições de saúde da população, para a qual estes serviços haviam sido criados. (ROSEN, 1980)

Paula Souza entra em contato com essas idéias e quando retorna a São Paulo, e assume a cadeira de higiene ,em 1922, e também a direção

febre amarela e da malária. Sua atuação no Brasil se inicia em 1916, após um relatório que diagnosticava, nos países do Cone Sul, uma carência de desenvolvimento científico para suporte de políticas públicas, ausência de treinamento médico em Saúde Pública, e organizações sanitárias estáveis. (FIOCRUZ, 1995)

²³ Winslow era professor de saúde pública e em 1928, o presidente da Sociedade de Higiene Mental de Connecticut.

²⁴ “Embora desde 1922 a saúde mental fizesse parte do currículo da Escola de Saúde Pública de Harvard e desde 1930 Winslow a houvesse incluído em Yale, apenas em 1942 graduaram-se os primeiros especialistas, refletindo a estruturação progressiva dos programas nesta matéria.” (GIORDANO JR , 1989, p.101)

do Serviço Sanitário da época, as propõe, em substituição às instituições “verticais” e de polícia médica existentes, embora não o faça de imediato. (MERHY,1992)

“As atividades locais de saúde pública seriam executadas por um só órgão, o centro de saúde, estruturado segundo o “local”. Seria a única unidade sanitária municipal ou, nas metrópoles como São Paulo, distrital, a executar todas as atividades “fins” e “meios” que podiam ser descentralizadas, tais como: higiene pré-natal; higiene infantil, pré-escolar e escolar; higiene do adulto e exames médicos periódicos; tuberculose; verminose; sífilis e doenças venéreas; nutrição e higiene dietética; lactário; laboratório local; educação sanitária; epidemiologia; estatística; saneamento ... A reforma do Serviço Sanitário do Estado, planejada em 1925, não teve continuidade de execução, como soe acontecer nos serviços públicos em nosso país” (MASCARENHAS,1951, pp.17-8)

A Assembléia Legislativa não aprova na íntegra o projeto.

“Como já vimos, o número de centros da Capital de S. Paulo ficara, logo ao tempo de sua criação, reduzido a três: o Modelo, anexo ao Instituto de Higiene, e mais dois distritais (Brás e Bom Retiro) dos oito pedidos. O centro Modelo começara a funcionar, como tal, em janeiro de 1925, o do Brás em julho e o do Bom Retiro em dezembro do mesmo ano. A população da Capital era, então, de cerca de 800.000 habitantes ... foram mais tarde desmembrados em dispensários.” (PAULA SOUZA;VIEIRA, 1944, pp. 31-2)

A proposta dos centros de saúde não vai adiante.

“A reforma sofreu cortes. Os quatro centros de saúde idealizados por Paula Souza foram reduzidos a um. Não desanimou o mestre. Com lei ou sem lei, organizou as unidades sanitárias planejadas. Paula Souza deixou, em 1927, o Serviço Sanitário. Três anos depois, com tristeza, viu os seus adversários

conseguirem extinguir os poucos centros de saúde que pudera criar. Não esmoreceu. Reorganizou, com verba do Instituto de Higiene, o Centro de Saúde mantido até então junto a êsse Instituto pelo Serviço Sanitário²⁵ ... A sua tristeza em fevereiro de 1931 foi, felizmente passageira. Humberto Pascale, em cooperação com Alvaro Camera e Adamastor Cortez então, respectivamente, delegados de saúde de São Carlos e Guaratinguetá, e com o auxílio precioso do então alto funcionário do extinto Departamento de Municipalidades, sr. Oswaldo Fonseca, semeou pelo Estado, postos de higiene municipais, núcleos futuros dos centros de saúde criados legalmente, em 1938, na reforma de Godinho.”(MASCARENHAS, 1963, p.55)

A organização do Serviço dos Centros de Saúde da Capital ocorre pelo decreto 9273 de 28/06/38. Porém, o núcleo da proposta *rede local permanente* não retorna, sendo que o ressurgimento dos centros de saúde se faz dentro da estruturação vertical, que havia se tornado a hegemônica a partir de 30. Funcionam mesmo em complementaridade aos serviços verticais e, somados a um aumento dos ambulatorios especializados, formam uma espécie de *rede local verticalizada* (MERHY,1992)

Esta rede se amplia dando conta de expandir a ação governamental estadual, estratégia política populista da época, e responder às demandas por serviços de saúde por aqueles excluídos dos serviços previdenciários. A organização pública da saúde permanecerá no modelo verticalizado até 1968, com uma rede de centros de saúde com atividades médico-assistenciais desenvolvida.

²⁵ Este centro de saúde, denominado Modelo, atualmente com o nome de Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza.

3.2 – A HIGIENE MENTAL PAULISTA

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) é fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, tendo como objetivos melhorar a assistência aos doentes mentais, através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Riedel cria um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, um serviço aberto para psicopatas, um laboratório de Psicologia e uma escola de enfermagem para a formação de monitoras de higiene mental. (COSTA, 1989)

“ O Instituto de Prophylaxia Mental de Engenho Dentro creado por Riedel em 13 de Junho de 1920, recebeu o nome de Ambulatorio Rivadavia Corrêa e foi precursor da Liga de Hygiene Mental. Esse Instituto, com o pretexto de prestar assistencia medica a população dos suburbios do Rio de Janeiro, vêm realizando os dois fins principaes da Hygiene Mental, isto é a prophylaxia das doenças mentaes e a divulgação dos principios eugeneticos. Mantendo sempre em funccionamento um serviço polyclinico, poude o Ambulatório praticar a triagem dos nervosos e psychopathas, que freqüentavam as suas várias clinicas.”(GUIMARÃES FILHO, 1926, p. 183-4)

Após essa triagem, os pacientes eram encaminhados para o Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais, aonde ficavam os psiquiatras e dali eram indicados ou para hospitalização livre (no Pavilhão Presidente Epitacio) ou para realizarem seu tratamento em casa sob a vigilância do Serviço Social (um médico visitador e monitora). Além disso, eram editados e distribuídos panfletos educativos à população, com aprovação do Governo, para os que iam se casar ou registrar os filhos. Riedel ganhou o Grande Prêmio da Exposição Internacional de Higiene de Estrasburgo e teve sua obra elogiada por Toulouse, no livro Prophylaxia Mental. (GUIMARÃES FILHO, 1926) “Em 1928, a LBHM reformula os primeiros estatutos de 1923 e dá lugar importante à intervenção preventiva dos psiquiatras nos meios escolar, profissional e social.” (COSTA, 1989, p.79) Intervenção esta calcada na eugenia. Esta era tema dos intelectuais da época - historiadores, sociólogos, antropólogos, literatos. E parecia “adequada”, segundo

COSTA, para explicar as dificuldades do regime republicano, nas duas primeiras décadas do século XX, ou seja, as tensões sociais causadas pela abolição da escravatura, imigração européia, migração interna para as cidades, dentro de um contexto de industrialização nascente. A eugenia, demonstra Costa, em seu livro citado acima, se caracteriza nos psiquiatras da LBHM, no antiliberalismo, no moralismo, no racismo, na xenofobia.

Em Recife, Ullysses Pernambucano seguia orientação diferente, detendo-se mais na humanização do hospital psiquiátrico; no estudo do que posteriormente seria chamado de psiquiatria intercultural, e que buscava demonstrar a irracionalidade do preconceito social.

Este psiquiatra formou uma *escola pernambucana*, da qual saiu, entre outros, Luiz Cerqueira, que exerceu grande influência na psiquiatria antimanicomial brasileira e paulista.

Pernambucano formou-se em 1912, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Voltou a Pernambuco trabalhando no Hospital da Tamarineira. Lecionava Psicologia na Escola Normal. Introduziu aí os testes psicométricos, e realizou vários trabalhos científicos, nesse sentido, com escolares. Fundou o Instituto de Psicologia, os Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco, a Liga de Higiene Mental de Pernambuco, a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste Brasileiro.(NECROLÓGIO, 1944)²⁶

Em 1931, seguindo uma orientação nacional após a revolução de 30, de centralização administrativa, são reformados os serviços de assistência aos doentes mentais pelo interventor federal, em Pernambuco.

“Os aspectos novos da assistência aos doentes mentais foram levados em conta na nova organização que, quando fôr posta integralmente em execução, collocará Pernambuco a par de S.Paulo e Rio. A estes precederemos certamente si nos apressarmos em inaugurar os serviços, que elles ainda não possuem de hygiene mental e assistência aos pequenos psychopatas. Os serviços obedecem a uma direcção única que orienta os esforços, conjuga todos os recursos disponiveis na assistência e prevenção das doenças mentais. À directoria geral estão subordinados quatro serviços: I- Serviços para doentes mentais não alienados: a) ambulatorio, b)

²⁶ Faleceu em 05/12/43.

hospital aberto. II- Serviços para doentes mentaes alienados: a) hospital para doenças agudas; b) colonia para chronicos. III- Manicomio Judiciario . IV- Serviço de hygiene mental : a) serviço de prevenção de doenças mentaes, estatística e propaganda; b) Instituto de Psychologia.” (PERNAMBUCO (ESTADO), 1931, p. 128)

Pernambucano também criou um Museu, em que documentava os credos espíritas, africanos e a produção artística “dos alienados.” As proposições higiênicas recifenses também tinham a pretensão de intervenção no social. “Os Centros Espíritas, para obterem licença de funcionamento, submetiam seus “médiuns” a detido exame, com a determinação da idade mental, quociente intelectual, perfil psicológico e Rossolino. Os rituais das seitas africanas eram acompanhados pelo pessoal de serviço.”(YAHN,1957, p. 42) Em 1935 modificou-se a orientação política do Governo Federal, Ulysses foi perseguido e preso pelo Governo Vargas e o grupo se desmembrou.

Em São Paulo, em 1926, é fundada a Liga Paulista de Higiene Mental, com sede no Juqueri, com Pacheco e Silva, Geraldo de Paula Souza, E. Vampré, Marcondes Vieira, Cantídio de Moura Campos, Fausto Guerner, Ferraz Alvim. (PACHECO E SILVA,1952) E ainda (não citados por Pacheco e Silva), Durval Marcondes e Borges Vieira. (YAHN,1957) Todos eles iniciaram a publicação dos Arquivos Paulistas de Higiene Mental e do Boletim de Higiene Mental. Surge o Posto de Higiene Mental junto ao Instituto de Higiene, em 1927.

Nas terras paulistas a Higiene Mental parece ter tomado duas direções. Uma predominantemente discursiva, com práticas distintas das predominantes no movimento de Higiene Mental, parecendo sempre adequar o discurso higienista às necessidades de afirmação da prática psiquiátrica (esta entendida como centrada no hospital; em um único profissional, o médico psiquiatra; em terapêuticas predominantemente somáticas) representada por Pacheco e Silva, Ferraz Alvim, entre outros. Esse discurso vai mudando gradativamente da eugenia nos anos 20-30 até a psiquiatria social em 50, acompanhando as tendências internacionais, como já visto, porém retraduzido para um discurso que reafirme as proposições curativas. PEREIRA (1995) coloca, por outro lado, que reafirmar-se como Medicina é, para a Psiquiatria, estratégia para adquirir cientificidade e, desse patamar, propor normas higiênicas sociais.

“No começo da república o asilo se transforma em hospício. Duas décadas depois, o hospício se vê “elevado” à categoria de hospital. Se, com Franco da Rocha, o louco passa a ser um doente como os outros, com Pacheco e Silva, o hospício passa a ser ‘um hospital como os outros’.” (PEREIRA,1995, p. 75)

Pode-se observar que, se internacionalmente o Alienismo, a Psiquiatria Científica e a Higiene Mental são reformulações que se sucedem em um período longo de tempo, em São Paulo, elas ocorrem quase simultaneamente. Esta readaptação dos movimentos originários de outros países pode sugerir uma explicação da utilização e adequação contínua das proposições higiênicas para a afirmação das práticas psiquiátricas.

A outra direção, representada por Durval Marcondes em 30-40,e mais tarde, em 50, por Mário Yahn, de cunho psicanalítico, com proposições higiênicas, com fins de higiene social e proposições práticas com o Serviço de Higiene Mental do Escolar (prática ambulatorial; equipe profissional; terapêutica psicológica), assemelhando-se mais à Higiene Mental proposta internacionalmente.

A orientação eugenista da Liga Paulista pode ser notada nos vários trabalhos publicados pelos Arquivos Paulistas de Higiene Mental. A seleção imigratória era um dos temas. Ferraz Alvim, apesar de ser citado por COSTA(1989, p.109) como um dos psiquiatras que “orientavam suas pesquisas numa direção totalmente oposta à higiene social da raça” por causa de um artigo seu defendendo “dispensários e serviços abertos para doentes mentais” (ALVIM,1934), em outro trabalho, sobre a profilaxia do suicídio, apresentado à Liga Paulista na sessão de 06/08/27, e publicado em 31,demonstra a adesão do ramo paulista à eugenia e aos seus contemporâneos da Liga Brasileira, do Rio de Janeiro.

“Urge a defesa da nossa collectividade, das futuras gerações brasileiras. A eugénia reclama contra o abandono deste magno problema vital para a formação de uma raça sadia. A idéa da effectivação e da criação de postos para o estudo, observação, exame physico e, principalmente, mental de immigrants deve constituir uma das grandes aspirações da liga Paulista de Hygiene Mental, que, desta forma, dará o seu primeiro passo para *prevenir*

pela selecção immigratoria a entrada de predispostos e psychopaths de outras nacionalidades. Sobre este e outros aspectos, estes problemas ethnicos são estudados, com maiores detalhes por um de nós em a “Raça de Gigantes” (Alfredo Ellis Junior) e em vários artigos. O prof. Juliano Moreira e dr. A.C. Pacheco e Silva, em trabalhos publicados nos “Archivos Brasileiros de Hygiene Mental”, abordaram o assumpto com rara felicidade.” (ALVIM, 1931, p. 74)

O artigo de defesa aos hospitais abertos de Alvim, saudando instituição semelhante criada havia doze anos na França, parece mais servir aos propósitos de justificar a criação de uma clínica universitária, possibilidade mais próxima da realização devido à introdução de novos instrumentos terapêuticos²⁷. “A aplicação do cardiazol e da insulina, ensaiados a partir de 1936, dá uma nova conformação ao hospital psiquiátrico. Permite uma outra arquitetura.” (PEREIRA, 1995, p. 131) Começa a se desenhar a possibilidade (que posteriormente irá se ampliar, com a introdução dos psicofármacos) de separar a prática psiquiátrica do aparato estatal direto e de atender um grande número de pacientes num espaço físico pequeno.

Entendendo que o limite do instrumento determina o horizonte da técnica, pode-se observar que uma década antes, em 1926, GUIMARÃES FILHO (p. 57) não consegue conceber a possibilidade de outro espaço terapêutico:

“Na Capital do Estado duas são as necessidades: a construcção de um hospital, que dê abrigo aos doentes existentes no Recolhimento das Perdizes e aos que, nem ahi são internados actualmente, e a installação da Clinica Psychiatrica da Faculdade de Medicina ... a sua direcção poderia ficar sujeita ao plano geral de assistencia a alienados do Estado, utilizando-se della, a Faculdade de Medicina para o fim de ensino superior. Difficil será para a Faculdade a obtenção de uma clinica especializada e relativamente grande para prehencher as

²⁷ Em 1925 se inicia , no Juqueri, a malarioterapia; em 1933 é criado o Serviço de Neuro-Sífilis da Assistência Geral a Psicopatas; em 1936 surgem as terapias de choque insulínico e cardiazólico. PEREIRA, 1995.

necessidades do ensino, que hoje é muito onerosa; não apenas a construção mas ainda sua manutenção, sendo irrealizável entre suas dependências a construção de uma enorme clínica que abrigasse todos os insanos da Capital.”

O discurso da Higiene Mental é utilizado como justificativa para a afirmação técnica da Psiquiatria. Ou seja, em nome da higiene são realizadas aproximações à Medicina e à cientificidade. Por outro lado, essa aproximação também tem a função de marcar um lugar social, de onde se possa normatizar o social.

“Mas se não há até a presente data nada feito especialmente para a Hygiene Mental, já há entretanto, interessados nesta nobre campanha. O Director do Hospital de Juquery, Dr. A . C. Pacheco e Silva, delegado regional por S. Paulo da Liga Brasileira da Hygiene Mental, já têm iniciado os seus trabalhos, conseguindo do Governo do Estado a mudança do nome de hospício para hospital...” (GUIMARÃES FILHO, 1926, p.180) ²⁸

Como mais um exemplo dessa utilização, pode-se citar um relatório apresentado ao governo estadual, em 1922, no qual o apelo ao desenvolvimento da Higiene Mental em São Paulo é usado para se justificar o pedido de implantação do laboratório anátomo-patológico no Hospício do Juqueri.

“A criação em França do Comité Nacional de Hygiene Mental, nos moldes já existentes nos Estados Unidos, tem dado excellent resultado, é o bastante notar terem os asylos do Sena posto em liberdade 2.000 individuos melhorados ou curados em um anno. Esse beneficio enorme foi conseguido graças ao Laboratório.” (GUIMARÃES FILHO, 1926, p.13) (MORÃO DIAS, 1985, p.212)

Em 1930, o Cel. João Alberto Lins de Barros, Interventor Federal de São Paulo, cria, pelo Decreto n. 4.802, a Assistencia Geral a Psicopatas, subordinada à Secretaria do Interior²⁹; são mantidos o

²⁸ “A psiquiatria tenta se reaproximar da medicina usando, entre outras estratégias, a própria força da palavra. Em 1925, o hospício passa a chamar-se Hospital de Juquery” (PEREIRA, 1995, p. 75)

²⁹ Esta Secretaria em 1931 passa a se chamar Secretaria de Estado da Educação e Saúde Pública.

Hospital de Juqueri, suas colônias agrícolas e o Manicomio Judiciário e criados a Clínica Psiquiátrica e Institutos Psicopáticos; é extinto o cargo de diretor do Juqueri que será chefiado pelo diretor geral da Assistência. (SÃO PAULO (ESTADO), 1950) Pacheco e Silva que era o diretor do Juqueri, torna-se o diretor da Assistência Geral a Psicopatas ,que em 1934 se instala dentro da cidade e no mesmo ano, através do decreto 6.283, do Interventor Federal de São Paulo, Armando de Salles Oliveira, passa a fazer parte das instituições que integrarão a recém-criada Universidade de São Paulo.(SÃO PAULO (ESTADO), 1950) A cátedra de Psiquiatria é criada em 1938 (desmembrando-se da Neurologia) (MORÃO DIAS,1985) e Pacheco e Silva se afasta das funções na Assistência e a assume. (ALHO FILHO,1981) (PEREIRA, 1995)

Já em 1952, Pacheco e Silva encerra sua aula no Curso Livre de Higiene Mental, patrocinado pela Reitoria da U.S.P. “no propósito de acompanhar o grande movimento que se opera em tôda a parte com o objetivo de se salvaguardar a integridade da mente humana”, agradecendo ao Reitor “os esforços para a conclusão das obras do Hospital de Clínica Psiquiátrica, cujo funcionamento permitirá colocar no mais alto nível as questões relacionadas com o psiquismo ...” (PACHECO E SILVA,1952, p. 27-8)

A psicanálise, neste momento está afastada do círculo hegemônico da psiquiatria, embora tivesse sido Franco da Rocha o introdutor destas idéias no Brasil. Em 1919 as coloca em aula inaugural na Faculdade de Medicina de São Paulo, que sai publicada em forma de artigo no jornal O Estado de S. Paulo.Em 1927, um pequeno grupo, liderado por Durval Marcondes se reúne para debater estas idéias e fundam a primeira Sociedade Brasileira de Psicanálise, que teve como presidente Franco da Rocha e secretário Durval Marcondes. Esta Sociedade se dissolveria alguns anos depois, ressurgindo em 1937, sendo provisoriamente reconhecida pela IPA³⁰ em 1944, e definitivamente em 1951. (GALVÃO,1967)

Em 1934, a convite do Prof. Geraldo de Paula Souza, Durval Marcondes ministra aulas sobre Higiene Mental no curso de Educadores Sanitários, no antigo Instituto de Higiene. “A orientação do curso, que Durval Marcondes regeu até 1947, foi eminentemente psicanalítica, e isto explica, até certo ponto, o volume da participação de profissionais

³⁰ Associação Internacional de Psicanálise

não-médicos no movimento psicanalítico de São Paulo.” (GALVÃO, 1967, p. 52)³¹

Em 1938, Marcondes funda a Secção de Higiene Mental do Serviço de Saúde Escolar de São Paulo “...êle veio a ser uma extensão dos benefícios da Psicanálise à comunidade em geral, pelo seu emprêgo dos conhecimentos psicanalíticos na solução de problemas psíquicos das crianças de nossas escolas públicas” (GALVÃO, 1967, p. 59).

Na U.S.P., Marcondes inaugura a primeira disciplina de Psicanálise em um curso universitário, em 1940, na Escola de Sociologia e Política, e posteriormente em 1954 com a criação do curso de Psicologia Clínica.

Em 1934, quando da criação da U.S.P., Durval Marcondes propôs introduzir a formação de psicanalistas em um instituto universitário. Havia recebido uma carta do presidente da Sociedade Psicanalítica de N.York, oferecendo a colocação de psicanalistas europeus emigrados em consequência do nazismo, surgindo assim uma oportunidade para oficializar a Psicanálise em São Paulo. “Sua tentativa para tal não chegou a ser compreendida...” (GALVÃO, 1967, p. 54)

PEREIRA (1995,p.182) cita o trecho de uma entrevista:

“Agora, aonde a luta era maior era do Grupo do Pacheco e Silva com o grupo psicanalítico ... Me lembro também de uma outra reunião em que o Dr. Durval Marcondes assinalava que a Faculdade de Medicina tinha sido omissa no desenvolvimento psicanalítico e que ele tinha desenvolvido a Sociedade de Psicanálise. O Prof. Pacheco e Silva, em resposta, declarou-se um homem emancipado e citou faculdades da Europa em que o desenvolvimento da psicanálise não era tomado a peito, não é? Então havia essa nítida separação entre os dois grupos.”

Em 1946, Marcondes escreve o livro *Noções Gerais de Higiene Mental da Criança*³²

³¹ Consta do programa do curso para educadores sanitários, em , 1926, a disciplina Higiene Mental, Social e do Trabalho; também para o curso de especialização para médicos, em 1928, como Higiene Mental. CANDEIAS, 1984.

³² MARCONDES, D. *Noções Gerais de Higiene Mental da Criança*. São Paulo, Ed. Martins, 1946.

Estas informações sugerem que a Psiquiatria, em São Paulo, neste período, utilizou-se do discurso higiênico para legitimar suas proposições curativas e a Psicanálise utilizou-se das proposições da higiene para afirmar-se como instituição.

Paula Souza, também eugenista³³ é adepto da higiene social da raça, assim como Guimarães Filho e outros. Voz destoante parece ser a de Arthur Ramos, mestre baiano, antropólogo da Universidade do Brasil, que desloca a questão do racial para o social, já na década de 40. Em sua cartilha de higiene mental para a população, com charges de Luiz Sá, publicada pelo Ministério da Saúde afirma, citando Erich Stern: “psiquicamente desviado podemos chamar a um homem, quando não pode responder às exigências da sociedade, quando sua capacidade de acomodação a ela é nula ou escassa, quando as relações com seus semelhantes são difíceis. Enfermidade psíquica é, pois, perturbação da capacidade de adaptação social. O conceito de enfermidade resulta desse modo deslocado, em grande parte, para o aspecto social. Nessas condições, o campo da higiene mental amplia-se extraordinariamente, ela se torna, então, uma psicologia social aplicada, estudando tôdas as espécies de desajustamento humano.” (RAMOS, 1956, p.20) Ponto de vista semelhante (e que então será hegemônico) irão adotar os primeiros Comitês de Peritos em Higiene Mental da OMS, nos primórdios da era da Saúde Mental, no pós-guerra. Ramos ainda comenta:

“Todo o capítulo da chamada “higiene racial” tem de ser revisto aqui. No Brasil, especialmente, muito se clamou, pela voz de alguns teóricos estrangeiros (e alguns nacionais!), que somos um “povo” inferior, provindos de “raças inferiores”, que aqui cruzaram suas “hereditariedades desarmônicas”. O negro foi a nossa perdição! - clamaram alguns. Devemos voltar ao ariano! - gritaram outros. Esses falsos cientistas acharam ainda que a mestiçagem era um fator de “degenerescência”. Uma das causas do nosso atraso estava no mestiço desarmônico, incapaz, inferiorizado. Uma balela científica, hoje só aceita por certos pseudo-cientistas que fazem “ciência” a soldo político. Fora com esses “racistas”, partidários de raça pura no Brasil! O que se atribuía a um mal de raça verificou-se que era um mal de condições

³³Essa posição pode ser visualizada em PAULA SOUZA, 1928.

higiênicas deficitárias: subalimentação, pauperismo, doenças, alcoolismo.....carregando no seu bôjo toda sorte de “inferioridades”....A higiene mental.... A sua campanha é mais vasta e mais complexa, porque se dirige às raízes sociais dos desajustamentos humanos” (RAMOS,1956,p.20)

Vai mudando o pensamento da higiene mental, após a segunda guerra isto fica mais claro. A multidisciplinaridade, o enfoque social e a psicanálise estão mais fortemente presentes. A Sociologia americana, a Psiquiatria Social, a saúde como bio-psicossocial, noção vinda da Psicobiologia de Meyer, dominam os discursos.

Pacheco e Silva, em 1957, publica um livro, Aspectos da Psiquiatria Social, recheado dessas novas idéias.(PACHECO E SILVA,1957)

Adauto Botelho, que fora o primeiro diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, criado em 1941 escreve em 56:

“As atividades da H.M. não devem ser contidas no exclusivo âmbito da Medicina e necessitam do concurso e da colaboração imprescindível da *Psicologia* - indicando o funcionamento normal do psiquismo, da *Psiquiatria* - evidenciando as doenças mentais, da *Pedagogia*, como ciência da Educação, da *Moral*, da *Lógica*, da *Sociologia*, da *Antropologia*, mas principalmente da *Medicina* e sobretudo da *Psicanálise*.” (BOTELHO,1956)

3.3 - SAÚDE PÚBLICA E HIGIENE MENTAL

As relações entre a Saúde Pública e a Higiene Mental até 1948 são de contiguidade, mas não de articulação. As práticas não têm o mesmo objeto de intervenção e os propósitos de *higiene* objetivam o coletivo, mas a Higiene Mental para a sua realização, parte do individual. Exceção a isso parecem ser as intervenções da Psicanálise, através da Higiene do Escolar.

Na primeira fase de implementação dos centros de saúde não há descrição de atividades que pudessem ser relacionadas à higiene mental. Em 1926, Guimarães Filho conta que o tema da higiene mental lhe fora sugerido por Paula Souza “para que a Hygiene Mental se torne alguma coisa de mais positiva em nosso meio.” (GUIMARÃES FILHO, 1926 apud GIORDANO JR., 1989, p. 112)

GUIMARÃES FILHO (1926, p. 186-7) reflete em suas conclusões que os Centros de Saúde criados na Capital podem, através dos profissionais médicos com os quais já contam (não-psiquiatras) e educadoras sanitárias “extender o seu campo de acção para a prophylaxia mental ... sem que haja o augmento ou a mudança de suas obbrigações ...”

Dez anos após o decreto de 1938, que organizou o serviço dos Centros de Saúde da Capital, inicia-se um serviço de Higiene Mental no Centro de Saúde de Santa Cecília, na cidade de São Paulo, com a médica psiquiatra Lyoba Silva.

“Em dezembro de 1947 fomos relotados do Departamento da Assistência a Psicopatas, onde trabalhamos 10 anos como psiquiatra em seus diversos setores, para a Diretoria dos Centros de Saúde da Capital. Dr. Alvaro Câmera, então seu Diretor Substituto, nos acolheu com tôda a atenção e nos ofereceu com a melhor compreensão, quer em relação aos nossos interêsses particulares de trabalho, quer principalmente em relação aos serviços que dirigia, a oportunidade de iniciarmos um serviço de higiene mental nos Centros de Saúde da Capital, que seria articulado com os demais serviços de higiene já existentes, sanando, assim ,

uma necessidade dos Centros de Saúde e oferecendo um campo excelente de atuação ao trabalho de profilaxia mental, social.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1952b, p. 435)

Em termos de prática, a psiquiatra diz em seu relatório que “O Serviço de Higiene Mental, como os demais serviços de higiene do Centro, sofreu da mesma vicissitude de não poder situar-se num alto padrão de trabalho, se por isto entendermos o trabalho educativo mais diferenciado...” (SÃO PAULO (ESTADO), 1952b, p. 436) querendo explicar com isso o fato de ter realizado prioritariamente assistência médico-psiquiátrica e psicoterápico-psicanalítica.

Ao final de 51, chegam mais dois psiquiatras, Mario Yahn e Anibal Silveira, o primeiro para o C.S. de Santa Cecília e o segundo para Santana. Há nove C.S. nessa época. Yahn e Silveira são psiquiatras experientes, com muitos artigos publicados, o primeiro mais ligado à psicanálise e, o outro, à linha localizacionista, embora ambos médicos vindos do Juqueri, com várias pesquisas sobre os tratamentos somáticos à época (malarioterapia, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, etc) (PEREIRA,1995); também são comissionados da Assistência a Psicopatas para a Diretoria dos Centros de Saúde.

Mário Yahn se recusa à realização de assistência psiquiátrica porque entende que

“... o trabalho de H.M. deve ser predominantemente educativo, de reajustamento e, sobretudo, para servir de suporte ao indivíduo normal, nas suas dificuldades emocionais, conscientes e inconscientes. É muito mais de psicologia e sociologia aplicadas do que de medicina.” (SÃO PAULO (ESTADO),1952a, p. 360)

Com a orientação do trabalho dentro de uma concepção psicanalítica, propõe um programa de tarefas a serem realizadas: preparação de técnicos, como as visitadoras sociais psiquiátricas (“é um pessoal dêsse tipo que existe no Serviço de Higiene Mental Escolar, fundado e dirigido pelo Dr. Durval Marcondes, com quem mantemos estreito contato pessoal e profissional...”) ; introdução de psicólogas para a realização dos “tests”; cursos para o pessoal do serviço, para o

curso de noivas; higiene mental pré-natal, pré-escolar, escolar, na puberdade, para adultos, profilaxia do alcoolismo. (SÃO PAULO (ESTADO),1952a, p. 361)

Desenvolve estes trabalhos como pode se ver em dois livros que escreve: *Higiene Mental*, em 1952, e *Higiene Mental e Saúde Pública*, em 1955.³⁴ Neste último coloca o entendimento que tem sobre o desenvolvimento da saúde pública.

“Ao lado do conhecimento científico, muito mais seguro e preciso, que permitiu o êxito de campanhas profiláticas, no mundo inteiro, tais como as organizadas pela Fundação Rockefeller, havia necessidade de uma ação complementar, a da *Educação Sanitária*. Era preciso difundir noções indispensáveis a fim de, vencendo as resistências da ignorância, da tradição e da credence, obter a cooperação popular. Era preciso convencer, orientar, despertar interesse pelas práticas higiênicas, criar hábitos sadios, formar a consciência sanitária. À fase profilática, propriamente dita, seguiu-se, pois uma segunda fase educacional.....Assinalando uma nova era, que seria a terceira fase da assistência à Saúde Pública, destaca-se o particular desenvolvimento alcançado pela psicologia, que data, aproximadamente, de 60 anos, com o descobrimento da psicanálise.” (YAHN, 1955.pp.18-9)

Ele desenvolveu um trabalho que consistia em receber, atender e orientar crianças, problemas e suas mães; orientar os pediatras; realizar os cursos pré-nupciais; realizar “agrupamentos” de gestantes, de adolescentes. Como ele mesmo diz, valoriza muito o trabalho do psicólogo, da educadora sanitária³⁵, das visitadoras³⁶, num trabalho que chama de “pluridimensional”, porque muito complexo e sendo necessário ser feito por meio de equipes de trabalho e não individualmente. (YAHN,1955).

³⁴ YAHN,1957 e Idem, 1955.

³⁵ As educadoras sanitárias são uma “... instituição genuinamente paulista e improvisação, feliz e oportuna, do grande higienista-educador, Geraldo Horácio de Paula Souza” (YAHN,1955, p.240)

³⁶ As visitadoras são “... o próprio centro de saúde em movimento” (Id. Ibid.)

Aníbal Silveira parte de uma perspectiva diferente, a da eugenia, através da aplicação da genética humana, embora reafirme também que sua função não é de atendimento psiquiátrico. Cerca de quatro meses após iniciar suas atividades no Centro de Saúde de Santana, havia realizado 300 atendimentos, focalizados para a investigação genética.

“Orientada por êsses conhecimentos, a prevenção eugênica pode trazer benefícios não só imediatos, para o consulente, mas futuros, para a linhagem biológica que venha a originar. De qualquer forma, a verdadeira higiene mental,...não se compreende sem a assistência direta da genética humana.”
(SILVEIRA,1956, p. 121)

Essa prática da higiene mental dentro dos centros de saúde parece não ter uma orientação central, com cada profissional desenvolvendo ao seu estilo, o que entende por higiene mental. Ocorre no pós-guerra e traz em seu discurso elementos diferentes da época anterior - que falava em higiene social da raça, dentro das concepções da eugenia. Esta transformada, permanece em alguns discursos.

Nessa segunda fase, a Higiene Mental se oficializa dentro dos equipamentos da Saúde Pública através das *proposições higiênicas* e recusando-se a *ações curativas*.

3. 4 - O EXTRA-HOSPITALAR

A organização da assistência psiquiátrica a nível nacional se dá a partir da década de 40, no Estado Novo. Decorrente da centralização característica neste período, cria-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais(S.N.D.M.), em 1941, que passa a realizar

“o levantamento dos serviços hospitalares, o registro e a fiscalização dos estabelecimentos públicos e particulares, o controle estatístico, a construção de hospitais, a formação de psiquiatras, a instituição de cursos de especialidade com bolsas de estudo (1942), o regime de convênios com os Estados (1948), os auxílios aos serviços estaduais, a nova regimentação, a Praxiterapia em hospitais públicos (1943), a inclusão da Cadeira de Higiene Mental nos Cursos do Departamento Nacional de Saúde (1942) e nas Escolas de Enfermagem e finalmente a criação dos Ambulatórios de Higiene Mental.” (ARAUJO,1958, p. 153)

O Brasil contava, no início da década de 50, com quase 53 milhões de habitantes. Cerca de 36,40% da população se concentrava no que era chamado, à época, de zona leste (Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Distrito Federal (Guanabara) e 32,64% na “zona sul” (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) (BOTELHO,1955)

“Para esta população o Brasil dispõe, aproximadamente, de 120 estabelecimentos hospitalares destinados à internação de doentes mentais, dos quais cêrca de 50 são estabelecimentos oficiais, isto é, mantidos pelo Govêrno da União ou pelos Govêrnos dos Estados, e os outros são hospitais particulares. Muitos dêstes

estabelecimentos hospitalares, de construção antiga, ... estão sendo amplamente reformados ... com auxílio técnico do Governo Federal do Brasil ... Os hospitais psiquiátricos do Brasil, públicos ou particulares, mantêm internados mais de 40.000 doentes mentais, dos quais cerca de 30.000 são atendidos pelos serviços custeados pelos Governos da Federação e dos Estados. O número de Hospitais psiquiátricos no Brasil, ainda é insuficiente para as necessidades de sua população e por isso as internações não atingem a 1‰ (um por mil) ... Só os dois maiores centros do Brasil - Rio de Janeiro (Distrito Federal) e S. Paulo, mantêm internados mais de metade de todos os doentes hospitalizados no Brasil.” (BOTELHO,1955, p. 44-5)

O mesmo autor, no mesmo artigo, ainda fornece “a incidência” das doenças mentais no Brasil segundo dados obtidos em 66 hospitais e 20 ambulatórios. Ele obtém as porcentagens em estudos comparativos de 1951,1952,1953. Não discrimina reinternações. As maiores taxas são de esquizofrenia (27,40%); psicose maníaco-depressiva (10,51%); epilepsias (9,11%); psicoses exotóxicas (8,80%); oligofrenias (6,95%);neuroses (6,90%); psicoses sifilíticas (4,95%).

Em termos ambulatoriais, em 1958, existiam os ambulatórios de Higiene Mental do S.N.D.M., os Ambulatórios dos Serviços de Saúde Estaduais, os Ambulatórios das Clínicas das Escolas de Medicina, os Ambulatórios das Autarquias, os Ambulatórios das instituições particulares. O primeiro a ser criado no Brasil, é , aquele já citado, criado por Gustavo Riedel, em 1919,através de donativos (gerado inicialmente para socorrer a população durante a epidemia de gripe) e que continuava “na estacada, dando 6338 consultas em 1941 e 7467 em 1948, além de distribuir 8 quilos de luminal por ano.” (ARAÚJO,1958, p. 154)

“Em 23 de julho de 1944 era inaugurado junto à sede da S.C. do S.N.D.M. o “Consultório de Psico-Higiene” que serviria de modelo aos ambulatórios a serem instalados nos Estados. Em 1945 o ante projeto do Código Brasileiro de Saúde, por

inspiração do S.N.D.M., condenava as denominações de hospício, asilo, retiro, recolhimento, etc, e recomendava a criação de Dispensários de Higiene e Profilaxia Mental. Nesse mesmo ano, já 13 Estados da União dispunham de Ambulatórios, chefiados por psiquiatras designados pelo S.N.D.M.. Por fim quase todas as capitais Brasileiras foram dotadas desses serviços. Por outro lado os Institutos de Aposentadoria e Previdência, os Serviços de Saúde estaduais, as Clínicas das Faculdades de Medicina e até instituições particulares adotaram esse novo regime assistencial.” (ARAUJO, 1958, p. 154)

Neste artigo de ARAUJO, de 1958 (pp. 154-6), psiquiatra que fizera parte do S.N.D.M., aparecem os vários conceitos que vimos despontar nos outros países: o reconhecimento da conexão com *“a Educação, a Pedagogia, a Sociologia e a Criminologia”*; o *“gosto pelos assuntos psicológicos e particularmente pela psicanálise”*; a referência à OMS e seus comitês de higiene mental como fato de que *“há no mundo de hoje uma nova mentalidade para a compreensão dos problemas de psiquiatria e higiene mental”*; a referência à mudança da arquitetura hospitalar, e a *“atmosfera terapêutica”*; os novos serviços *“os serviços abertos, a internação espontânea, o hospital sem leito, as consultas externas, os clubes terapêuticos para egressos, o hospital-dia, o “hospital de estacionamento”* (ambulatórios com poucos leitos, para permanência provisória), o *“hostel”*, que os franceses chamam de *“foyer d’hebergement”*³⁷ ou repousário. *“O hospital tornou-se assim um prolongamento do lar e ao mesmo tempo estendeu sua ação até a comunidade, através do Serviço Social, cujas unidades móveis chegaram ao ambiente familiar, à escola e ao local de trabalho.”*; prevenção, profilaxia, valorização do não- afastamento profissional *“..a função do hospital é mais terapêutica, a do ambulatório mais preventiva, que a do hospital é mais estática, a do ambulatório mais dinâmica, que o hospital pode contribuir para o insulamento social, enquanto o ambulatório é socializante, que o hospital interrompe a atividade profissional, o ambulatório não a impede e até a estimula, que o hospital dificulta a*

³⁷ Albergue

observação da conduta do indivíduo na sociedade, o ambulatório facilita a observação da conduta e da reintegração social.”

O que parece interessante reter deste artigo, que é significativo por conter um levantamento nacional da situação das práticas não-hospitalares brasileiras, é que coexistiam, à esta época, e nas demais como veremos, um discurso afinado com as concepções da Saúde Mental e uma prática dele dissociada, em esforço de organização nesta década de 50, e que dele se desviará mais a partir das próximas duas décadas. Além disso, mostra a precariedade da assistência psiquiátrica no país e a não articulação dos serviços. A organização do S.N.D.M. mantinha ambulatórios em quase todas as capitais do país (e nada portanto, no interior), com exceção dos estados que já tinham serviços próprios, como São Paulo, Pernambuco e Estado do Rio. Existe também a separação da organização dos serviços do S.N.D.M., que é subordinado ao Ministério da Saúde (criado em 1953), e os serviços das autarquias- os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) - que na década de 30 vieram unificar as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) surgidas na década de 20 - e que em 1966 seriam unificados no INPS.

“Os serviços autárquicos existem no Brasil desde 1938. Grande parte da assistência médica dos associados é feita em ambulatórios de várias especialidades, entre os quais os de psiquiatria. Pelo seu elevado número e pela massa e natureza dos serviços, trata-se de um riquíssimo material para estudos. Entretanto não há dados a êste respeito. Nem mesmo o Departamento Nacional de Assistência, órgão centralizador das atividades dos IAP, dispõe de elementos para informação.”
(ARAUJO, 1958, p. 170)

Em 1957, o S.N.D.M. faz acordos e convênios de hospitalização com algumas instituições públicas e privadas, que serão legalizados a partir de 1967 com a Campanha Nacional de Saúde Mental.

3.5 - AS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS

Em 1967, durante o VIII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, realiza-se o 1º Colóquio Nacional sobre Psiquiatria Assistencial e Preventiva no Brasil.³⁸ Dirigido pelo diretor do S.N.D.M. e com a convocação de todos diretores e chefes do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do país, das secretarias de saúde estaduais. Trata-se do primeiro encontro deste gênero. Apesar do nome composto, a ênfase dada durante o colóquio é mais assistencial-hospitalar, com exceção de algumas intervenções, como a do representante da Bahia que traz uma proposta de rede extra-hospitalar, citando o plano de Kennedy. A tônica das intervenções mostra a realidade da assistência psiquiátrica: faltam psiquiatras e outros técnicos; faltam leitos; faltam recursos financeiros; falta uma coordenação a nível nacional. Não estavam presentes os representantes da Previdência Social (que estariam no 2º Colóquio, em 69). Durante todo o evento foi ressaltada como solução para os problemas da psiquiatria brasileira a criação da Campanha Nacional de Saúde Mental. (BRASIL, 1967a)

Em 1966, criou-se a Lei n. 5.026, chamada Lei das Campanhas de Saúde Pública, que seria uma forma de obter recursos extra-orçamentários, de forma mais “rápida”. Em fevereiro de 67, Castello Branco assina o decreto de criação da Campanha Nacional de Saúde Mental. Entre um vasto plano de construção e reformas hospitalares e incentivos à higiene mental, encontra-se também a cobertura legal a todos convênios de hospitalização já existentes; a revisão de todos os convênios, submetendo-os à Campanha; legalização dos recursos extra-orçamentários (que poderiam vir do exterior, inclusive); e entre inúmeros artigos a contratação, com instituições particulares, de finalidade lucrativa ou mista, por custo normal, de internação e tratamento de doentes mentais. (BRASIL, 1967b). Ao final deste artigo, o diretor do S.N.D.M. faz um necrológio saudosos a Castelo Branco, recém-falecido; agradecendo àquele que “ajudou a vencer a causa da pureza democrática, nas lides internas, contra o fanatismo vermelho.” (BRASIL, 1967b, p.195)

³⁸ O II Colóquio se realizou em 1969, no Rio e o III em 1971, em Recife.

“... no quinquênio 1965-70 melhorou a eficiência do hospital mental no Brasil. Melhora estatística, às custas do hospital particular. É nele, porém que aumentou a população, nas alturas de 113,6% (23% a/a) enquanto estacionou quase tudo no hospital público. O percentual de entradas no primeiro superou de 4 vezes o do segundo, só sendo acompanhado pelas altas, em proporção inferior ... Não se trata de aumento das psicoses que exigem internação. Indicam seguramente internações desnecessárias. Segundo publicação da OMS ... a loucura não cresce mais que 15 centésimos por mil habitantes anualmente ... O que aumenta, cada vez mais e sempre paralelamente ao processo de urbanização das populações, são as neuroses. Mas estas normalmente podem e devem ter tratamento extra-hospitalar.” (CERQUEIRA, 1973c, p. 2)

No Brasil, apesar dos discursos corresponderem à progressiva incorporação do louco como cidadão, decorrente às contingências sócio-históricas do capitalismo, pela sua forma peculiar de capitalismo, com o mercado protegido pelo Estado e cidadania “regulada”, as práticas assistenciais psiquiátricas se conformam neste prisma. Já, a partir da década de 30, é organizada pelo Estado, como forma de controle social da força de trabalho, a assistência médica individual, através da unificação das CAPs nos IAPs, que contempla os trabalhadores reconhecidos como tal, ou seja os que tem e os que podem ter carteira de trabalho assinada. Além disso, o Estado financia, em todos os setores, e assim na saúde, o crescimento do setor privado, incrementando as condições para setores da economia como hospitais, indústria de medicamentos e equipamentos. Na psiquiatria, a grande maioria dos pacientes são da rede pública própria, até os anos 50, ou atendidos em ambulatórios dos IAPs. Posteriormente, devido ao financiamento para a construção e o sustento pelo Estado de hospitais psiquiátricos e as devidas “facilidades” trazidas ao manejo dos pacientes pelos psicofármacos, cresce assustadoramente esta prática, de internações psiquiátricas pelos hospitais conveniados.

A política, implementada mais fortemente durante o regime militar, de comprar serviços para ampliar a assistência à saúde, cria ao longo dos

anos um “parque manicomial” de quase 100.000 leitos financiados pelo poder público.

“Após 1930, percebemos modificações importantes que levaram ao desenvolvimento no Brasil de um modelo denominado por Wanderley Guilherme dos Santos de cidadania regulada ... Em termos dos direitos dos cidadãos, a concepção presente na chamada Segunda República foi a do cidadão profissional. Existia o cidadão no indivíduo cuja ocupação fosse regulamentada, definida pela legislação trabalhista e com contribuição definida pela previdência social ... Em relação ao doente mental, como ele não era produtivo, não tinha profissão regulamentada, não podia ser visto como cidadão, continuará tutelado pelo Estado e excluído da vida em sociedade ... Na década de 60 ... Em relação ao doente mental, tivemos também uma modificação importante. Assim a assistência aos cidadãos contribuintes da previdência tem sido realizada majoritariamente por serviços contratados com o setor privado, a mesma tendência se notando na assistência em relação ao doente mental” (MARSIGLIA, 1987, pp. 22-6)

A grande massa de neuróticos, alcoolistas e epiléticos passam a lotar os hospitais, mudando o perfil dos diagnósticos das estatísticas hospitalares.

“... expressam o abuso das internações, salientando nos hospitais particulares as primeiras entradas por neurose, que em 1965 já eram 5.186, passando a 15.766 em 1970. Não se sabe, em termos de Brasil, quanto tempo passam no hospital estes doentes que não precisariam se hospitalizar. Mas na Guanabara, em uma amostra de 600 internados, SEQUEIRA e ASSIS DO CARMO³⁹ verificaram que em 1970 o tempo médio de permanência dos neuróticos em hospitais contratados pelo INPS era de 59,2 dias (73,4 para os esquizofrênicos) e de 64,4 o TMP dos alcoolistas. Estes não precisariam de mais de uma

³⁹ SEQUEIRA; ASSIS DO CARMO, 1971 apud CERQUEIRA, 1973c, pp. 2-3.

semana de hospital; também são inflacionariamente internados: 6.791 primeiras entradas no hospital particular em 1965 e 18.327 em 1970. Tudo pela ausência de serviços extra-hospitalares, forçando internações.” (CERQUEIRA, 1973c, pp. 2-3)

Cerqueira, psiquiatra entusiasta das reformas da psiquiatria, que vinha da tradição do grupo de Pernambuco, e que tem participação importante nas políticas públicas de saúde mental, em São Paulo, na década de 70, tem explicações técnicas: há que se formar uma rede extra-hospitalar de assistência, os profissionais para as equipes de trabalho, “os psiquiatras com alma de sanitaristas e os sanitaristas com alma de psiquiatras”, “as psicólogas, assistentes sociais, as terapeutas sociais”, a mudança do modelo médico. São proposições que percorrem os seus textos.

Nesta época, início da década de 70, ocorrem algumas modificações. O S.N.D.M. passa a se chamar Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). É criada a Associação Brasileira de Psiquiatria. Em 1970 é realizado o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Em 1969 é assinado decreto-lei instituindo a carreira e formação de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Em 1972 é realizado acordo entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS para a execução de um programa de saúde mental para o Brasil.

Iniciam-se ao final da década de 60, algumas mudanças na prática psiquiátrica, focalmente, em algumas experiências. Assim, no Rio Grande do Sul se desenvolve um movimento de

“compreensão dinâmica do atendimento, utilizando-se técnicas sociais em grande escala. O Hospital S. Pedro caminha a passos largos para a comunidade terapêutica, e já é importante local de treinamento multiprofissional. Seria uma inominável injustiça, para não dizer outra coisa, negarem-lhe recursos para a Campanha ...” (CERQUEIRA, 1968, p. 151)

No hospital S. Pedro, também, na seção Melanie Klein, funciona a Clínica Universitária, que alia as influências psicanalíticas com as concepções da comunidade terapêutica.

“Em S. José do Murialdo, vila proletária, nos arredores de Porto Alegre, obra da Arquidiocese, realiza-se, integrada em Centro de Saúde local, uma experiência de Centro Comunitário de Saúde Mental, em moldes dinâmicos, com Elis Busnello. Ali começa, para nós, a 3ª revolução psiquiátrica no Brasil.” (CERQUEIRA, 1968, p. 152)

Na opinião de Cerqueira, todo esse movimento se deve ao fato dos psicanalistas terem ido trabalhar nos hospitais psiquiátricos e serem supervisores.

“É possível que.....o Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 1966, tenha sido a primeira tentativa no Brasil de estabelecimento de um Programa de Psiquiatria Comunitária. Outros esforços foram realizados no Estado do Rio Grande do Sul daquela época até a presente data ... e por último, o trabalho desenvolvido pelo Departamento de Saúde Mental da Secretaria da Saúde em treinar os profissionais não especializados em Saúde Mental, Médicos, Enfermeiras e Auxiliares de Serviços de Saúde de Unidades Sanitárias da rede da Secretaria da Saúde, para atuarem como agentes de Saúde Mental, principalmente em caso de emergências psiquiátricas e de seguimento de egressos de hospitais psiquiátricos.” (BUSNELLO et al.,1975, pp. 443-4)

Os autores desenvolvem o trabalho dentro de uma perspectiva de integração da Saúde Mental à Saúde Pública, por estarem dentro de um movimento conjunto de transformação. Também destacam, como vantagem desta integração, uma maior viabilidade econômica, por levar em conta as regras que norteiam o Planejamento de Saúde. Com o passar do tempo, esta experiência vai se centrando menos na reforma psiquiátrica pretendida com a Psiquiatria Comunitária e vai mais na

direção da proposta de atenção primária em saúde mental, incorporada à atenção médica geral, sem a assistência direta por especialista, como preconizado pela OMS. Esta experiência é citada pela OMS (1984, p.23) “A saúde mental como parte integrante da atenção geral à saúde.....Um exemplo de tal enfoque é aplicado em Porto Alegre (Brasil).São José do Murialdo é um bairro... .”

Em São Paulo, em 1958, funcionavam, em nível ambulatorial, o Ambulatório de Higiene Mental do Departamento de Assistência de Psicopatas de São Paulo (DAP), o Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Serviço de Higiene Mental Escolar da Secretaria de Educação.

O ambulatório do DAP realiza consultas, tratamentos (injeções, insulino-terapia, choque com cardiazol, eletrochoques); psicoterapia “rápida ou minor”; e fornece laudos e atestados; servindo também de referência para os centros de saúde: “Os casos em que havia indicação de convulsoterapia em ambulatório foram encaminhados ao ambulatório da Assistência a Psicopatas” (SÃO PAULO (ESTADO), 1952, p. 440) É também um hospital de emergência, com quinze leitos para estadias provisórias; um pronto-socorro, com unidades móveis e funcionamento diuturno; e ainda um serviço de triagem, “que faz a distribuição dos doentes para os diversos hospitais da Capital.” (ARAUJO,1958, p. 166). Por todas essas características, esse serviço era “único no Brasil ... Em 1957 passaram pela enfermaria 2.394 casos (média de 191 casos por mês, 6,4 por dia). Daquele total, 978 tiveram alta (42,5%)” (ARAUJO, 1958, p. 166)

O Ambulatório de Psiquiatria da FMUSP “é provavelmente o mais bem aparelhado ambulatório psiquiátrico do Brasil, no tocante às instalações, organização, funcionamento. Dotado de todos os recursos técnicos, com serviços de secretaria, fichário e estatística, dispõe de uma equipe de psiquiatras, assistentes sociais, psicologistas, etc.” O movimento anual de consultas vinha aumentando: 3.368 em 1952; 8.770 em 1957. (ARAUJO, 1958, p. 170) ⁴⁰

⁴⁰ “A Cadeira de Clínica Psiquiátrica, desde 1915 , tem a sua parte prática realizada no Hospital do Juqueri, no Recolhimento das Perdizes e no Laboratório anátomo - patológico da Santa Casa. A partir de 1936, os alunos passam a freqüentar o antigo casarão do Departamento de Assistência aos Psicopatas, na Avenida Brigadeiro Luis Antônio. A partir de 1951, começou a ser definitivamente instalada em prédio próprio no campus do Hospital das Clínicas.” (PEREIRA,1995, pp. 139-40)

O Serviço de Higiene Mental Escolar, já citado como funcionando desde 1938,

“ destina-se aos Grupos Escolares da Capital e conta com 1 médico-diretor , 3 psiquiatras, 1 clínico-pediatra e 27 psicologistas. O Serviço Social está a cargo das psicologistas⁴¹, cuja formação é feita no próprio Serviço. Além da Sede Central e de 5 consultórios Psicológicos nos bairros, há também um semi-internato para crianças retardadas, com 33 classes especializadas e cêrca de 50 técnicos. Todos êsses serviços funcionam em perfeita articulação, com outras especialidades e dispõe de laboratórios, RaiosX, EEG, Serviço Volante, etc. ” (ARAUJO, 1958, p. 167).

Segundo o mesmo autor, no mesmo texto, nesse serviço, em 1957 foram computados 2.294 matrículas; 17.194 transferências; 714 casos encerrados; 18.669 casos em tratamento; 145 exames psiquiátricos; 4.442 exames psicológicos; 37 EEG; 7.549 entrevistas individuais; 180 entrevistas coletivas; 288 seminários e aulas; 580 exames clínicos.

Em 1952, é criada a lei que divide o estado em regiões hospitalares, inicialmente nove, posteriormente onze. “É estabelecido um plano de regionalização, cujo objetivo visa a descentralização, particularmente na área psiquiátrica, levando recursos às várias regiões, na verdade carentes muito mais de recursos humanos.” (ALHO FILHO, 1979, p. 83) É colocado em prática em 1955, época em que são também dinamizados os ambulatórios existentes. Em 1957 e 58 são instalados os hospitais psiquiátricos de Água Funda e Vila Mariana. Nesse período surge o primeiro convênio entre o DAP e hospitais psiquiátricos particulares,

⁴¹ Essas psicologistas parecem ser as visitadoras sociais psiquiátricas, educadoras sanitárias preparadas para este fim. É assim que Mario Yahn as chama quando propõe um programa de higiene mental no centro de saúde de Santa Cecília, em 1951. “... haveria a necessidade de preparação de técnicos, no caso das assim chamadas visitadoras sociais psiquiátricas. É um pessoal dêsse tipo que existe no Serviço de Higiene Mental Escolar, fundado e dirigido pelo Dr. Durval Marcondes ... Como a preparação de uma técnica dessa natureza exige aproximadamente 2 anos de trabalho, já entramos em entendimento com êsse nosso colega para nos valermos do adiantamento de seu serviço, sem dúvida nenhuma bem organizado e contando já com longa experiência.” (YAHN, 1957).

com o estado fornecendo médicos, medicamentos, pessoal subalterno e mais, o pagamento do leito/dia. (ALHO FILHO, 1979) ⁴²

Nas décadas de 60 e 70 a situação de expansão dos leitos conveniados aumenta progressivamente e a situação dos hospitais públicos se agrava. É neste cenário que as idéias da Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria de Setor se apresentam aos profissionais descontentes com essa situação de internações desnecessárias, alta frequência de reinternações, escassez de recursos e de profissionais; como Cerqueira havia denunciado em seu já citado livro - Por uma Psiquiatria Social: um levantamento preliminar - de 1968.

Os planos da assistência psiquiátrica não-hospitalar são discutidos e recomendados em reuniões internacionais, das quais o Brasil toma parte.

Em outubro de 1968 ocorre a Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, em Buenos Aires, em cumprimento à Resolução XXXVII do Conselho Diretivo da OPAS, na sua XVII Reunião. O Brasil comparece, através de seu ministro Leonel Tavares de Miranda Albuquerque⁴³. Em saúde mental, indicam o alcoolismo como um problema grave de saúde pública, e recomendam

“que se criem Unidades de saúde mental nos Ministérios de Saúde e que se estendam os programas de saúde mental à comunidade, melhorando a qualidade de atenção dos hospitais psiquiátricos. Igualmente recomendaram que se favoreçam os princípios e métodos da psiquiatria e da saúde mental, e a investigação, sobretudo nos aspectos clínicos, epidemiológicos e culturais das enfermidades mentais e nos problemas que são característicos de cada país ...” (OPAS, 1969a, p.80).

⁴² Em 1983, do orçamento de Coordenadoria de Saúde Mental (na qual o DAP se transforma em 1968), 90% são destinados à manutenção de 17.000 pacientes internados em nove hospitais próprios (8.500 pac.) e em quarenta e seis hospitais privados que mantêm convênio com a Coordenadoria(8.500 pac.). “A verba destinada aos hospitais próprios é de cerca de 50% do orçamento total da Coordenadoria de Saúde Mental e a verba destinada ao pagamento de serviços dos hospitais de convênio é cerca de 40%.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983d)

⁴³ Este ministro da Saúde é proprietário de hospital psiquiátrico com mais de 3.000 leitos e que pratica uma política de destinação majoritária de recursos para este modelo hospitalocêntrico.

Mencionam a Conferência sobre Saúde Mental nas Américas que se realizaria dali a dois meses, em Santo Antônio, Texas, EUA, promovida pelo Conselho Interamericano de Associações de Psiquiatria. (OPAS, 1969a)

Em 1969, reúne-se no Chile, em Vinã del Mar, o Grupo de Trabalho sobre a Administração de Serviços Psiquiátricos e de Saúde Mental, promovido pela OPAS.

Entendem que os governos devem seguir

“buscando a integração dos programas de saúde mental com os programas gerais de saúde pública e modificando os hospitais psiquiátricos de regime custodial. Este novo enfoque, para o qual é necessária a participação ativa da coletividade, se denomina psiquiatria comunitária e favorece amplamente as atividades de prevenção primária, secundária e terciária, propósito essencial de todo plano de saúde mental. (OPAS, 1969b, p. 80)

Estas reuniões pan-americanas têm o objetivo de incrementar políticas de saúde mental comunitária nos países da América Latina. Faziam parte de um processo, que havia iniciado nos anos 60, de acordos em torno de uma ideologia de modernização e progresso, que propunham reformas para os países latino-americanos, e que se consubstanciaram na “Aliança para o Progresso”. Esta traz em suas metas, o planejamento econômico e social como instrumento de ação, e mudanças sociais através das políticas estatais. “ Nesse momento emerge o planejamento em saúde na América Latina, e em 1963, a primeira Reunião de Ministros da Saúde, delega à OPAS a responsabilidade de assessorar os países latino-americanos na preparação dos planos setoriais e no desenvolvimento de metodologia para a área de saúde.” (NUNES, 1991, p. 99)

Em 1972, durante a III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, a proposta é de extensão dos serviços de saúde e

racionalização dos recursos; planejamento com participação popular e garantia do direito à saúde, através da ação estatal. (NUNES, 1991)

O Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos (que em 1971 fora Secretário da Saúde de São Paulo, e como tal, instituíra um grupo de trabalho para definir a política de saúde mental no estado) é o representante brasileiro e segundo Cerqueira “promete, perante seus colegas das Américas, uma lei básica de saúde mental para o Brasil. E manda lêr em Belo Horizonte, na mesma data, ao instalar-se o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria, esta declaração oficial ...” (CERQUEIRA, 1973a, p.7) Esta declaração, entre dez tópicos afirma, que o leito hospitalar deve ceder a vez ao desenvolvimento de técnicas que evitem a hospitalização integral.

Estas ações se inserem num contexto, que se iniciara em janeiro de 72, do acordo assinado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde para a organização de um programa de saúde mental no Brasil, com vigência até dezembro de 1974. Este tem como objetivos principais:

- a) formulação de uma política nacional de saúde mental que sirva de base para um plano nacional de saúde mental;
- b) estabelecimento de órgãos estaduais de saúde mental como dependência das Secretarias da Saúde de modo a se tornar possível a formulação de programas estaduais de saúde mental;
- c) modernização dos hospitais psiquiátricos do país;
- d) interiorização da assistência psiquiátrica de modo a se atender, inclusive, as zonas rurais;
- e) estabelecimento de serviços comunitários de saúde mental nos quais se ofereçam alternativas de tratamento. Deve-se enfatizar especialmente os ambulatorios, serviços psiquiátricos em hospitais gerais, casa de saúde e oficinas protegidas;
- f) apoio à formação de pessoal;

g) favorecimento às pesquisas, especialmente investigações epidemiológicas, clínicas e operativas;

h) estabelecimento de critérios de avaliação de serviços.

(CERQUEIRA,1973b, p.9-11)

Isso corresponderia à um plano de ação com as seguintes etapas:

- 1) Avaliação dos serviços estaduais de saúde mental;
- 2) Formulação de planos estaduais de saúde mental nos estados que ainda não o possuam;
- 3) Reorganização dos serviços de enfermagem;
- 4) Reorganização dos serviços sociais e de terapia ocupacional;
- 5) Especialização de médicos nos vários ramos da saúde mental;
- 6) Adestramento de médicos de clínica geral em psiquiatria clínica;
- 7) Adestramento de enfermeiras psiquiátricas e pessoal auxiliar;
- 8) Adestramento de assistentes sociais e terapeutas ocupacionais psiquiátricas;
- 9) Descentralização de hospitais psiquiátricos;
- 10) Estabelecimento de centros comunitários de saúde mental, com distribuição geográfica;
- 11) Instalação de serviços psiquiátricos em hospitais públicos, ambulatorios modelos e outras formas de assistência;
- 12) Criação de serviços de psiquiatria infantil, serviços para retardados mentais, escolas especializadas e institutos vocacionais;
- 13) Instalação de serviços para a prevenção e tratamento do alcoolismo e outras dependências;
- 14) Realização de pesquisas epidemiológicas e clínicas.

(CERQUEIRA,1973b, p. 10-1)

Diante desse auxílio internacional, o relatório apresentado em agosto de 1971, pelo grupo de trabalho constituído por decreto estadual em 29 de junho de 1971, é aprovado por decreto em 7 de janeiro de 1972. O relatório adota a Declaração de Princípios de Saúde Mental do I Congresso de Psiquiatria, em 70 e as recomendações de Vinã del Mar em 69. Analisa as condições de assistência psiquiátrica no estado e propõe que

“a assistência à doença mental, no Estado de São Paulo será orientada no sentido de : integração dos recursos de todos os níveis da administração pública ou privada em um programa comunitário de psiquiatria, como parte das atividades normais das unidades sanitárias e utilização dos serviços adicionais necessários e peculiares à prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da doença mental, à reintegração sócio-econômica e à reabilitação profissional dos doentes recuperados. ” (SÃO PAULO (ESTADO), 1973, p. 15)

Prevê como órgão normativo estadual para a saúde mental a Coordenadoria de Saúde Mental (C.S.M.) e propõe a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental, com a finalidade de coordenar a execução das atividades locais ou regionais de saúde mental; independentes, mas integrados nas Comunidades de Saúde já previstas para o estado de São Paulo. Estes centros seriam a reunião de todas as unidades envolvidas em assistência psiquiátrica, diversificadas em vários modelos de atenção, e organizados na proporção de 1 para cada 100 mil habitantes. No total seriam setenta e sete centros previstos, sendo cinquenta e um nos municípios de São Paulo e Grande São Paulo, e vinte e seis no interior. (SÃO PAULO (ESTADO), 1973)

Em 10 de novembro de 1972, é criado por decreto, o GEM - Grupo Executivo de Saúde Mental, que adota os dez projetos prioritários definidos no II Congresso de Psiquiatria, como Programa de Trabalho:

- 1) Convênio com as Universidades e órgãos de Ensino e Pesquisas;
- 2) Promoção de recursos humanos;
- 3) Elaboração de normas para a supervisão regional;
- 4) Padronização e Classificação das Unidades Psiquiátricas;

- 5) Implantação do sistema de informática;
- 6) Apoio à produção de agentes terapêuticos;
- 7) Regionalização administrativa;
- 8) Instalação de unidades extra- hospitalares;
- 9) Redução dos macro-hospitais;
- 10) Diagnóstico e planejamento do setor.

(CERQUEIRA,1973b, p.18)

Este programa se coloca em execução quando, em seguida, Cerqueira assume a C.S.M.

Em 12/12/1972 são firmados convênios com 17 centros universitários, renováveis por cinco anos, no valor aproximado de um e meio milhão de dólares. O convênio é assinado pelo Ministro da Saúde (Mário Machado de Lemos), pelo Governador do Estado (Laudo Natel), e pelo Secretário Estadual da Saúde (Getúlio Lima Junior). Onze dessas faculdades estão no interior, três na Grande São Paulo, e três na Capital; sendo que quinze são escolas médicas, uma Escola de Enfermagem (Ribeirão Preto) e a outra, a Faculdade de Saúde Pública da USP. Nas escolas médicas, os convênios são realizados com os Departamentos de Psiquiatria, com exceção de duas, em que são realizados com o Departamento de Medicina Preventiva⁴⁴, e com o Departamento de Psicologia Médica. (SÃO PAULO (ESTADO),1972)

Cada Departamento desenvolveu as atividades do convênio conforme suas particularidades, ou no desenvolvimento de um modelo de atenção primária ou em modelos alternativos de atenção psiquiátrica, ou ainda consolidando o Departamento de Psiquiatria dentro da estrutura da escola médica. (LOPES,1982)

Ao final de 73, Cerqueira se afasta da C.S.M., levantando problemas encontrados, como, entre outros, a vulnerabilidade da C.S.M. “às investidas dos vultuosos interesses impeditivos de sua ação eminentemente técnica”; o crescimento “do poder de mando fora do

⁴⁴ “Significativamente, não foi o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, ao contrário das demais faculdades, que celebrou aquele convênio, cujo resultado seria a aproximação com a Saúde Pública, corroborando a hipótese de que o discurso higienista mantido por aquele setor não tinha repercussões práticas diretas, mesmo quando solicitado pelo Estado.” (GIORDANO JUNIOR,1989)

âmbito” da C.S.M; e “perigosa ampliação da compra de leitos”. (CERQUEIRA,1973b,p.31-2)

Cerqueira ⁴⁵destaca, num texto de 1975, alguns convênios que se caracterizariam por “Experiências de Psiquiatria de Setor no Estado de São Paulo”, como os realizados com : o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, operando Centro de Saúde Comunitário de Saúde Mental na área do Centro de Saúde de Pinheiros;⁴⁶ o Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Santo Amaro, operando Centro Comunitário de Saúde Mental em Cidade Dutra, em Capela do Socorro; o Departamento de Psiquiatria, da Escola Paulista de Medicina, operando na área em torno (Vila Mariana, Vila Clementino); o Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, operando em centro de saúde experimental, na Barra Funda; o Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Marília, operando em Hospital Espírita local e junto ao centro de saúde regional da Coordenadoria de Saúde da Comunidade(C.S.C.); o Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e o Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto operando no Centro Médico Comunitário de Vila Lobato, na periferia da cidade. (CERQUEIRA,1975) Em 1982, LOPES (1982) encontra dez, de todos os convênios, em funcionamento.

Em 1983, no município de São Paulo, existem cinco funcionando: o da Escola Paulista de Medicina; o do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, no Centro de Saúde-Escola do Butantã; o da Faculdade de Saúde Pública da USP, no Centro de Saúde-Escola Geraldo de Paula Souza; o da Organização Santamarense de Educação, no Centro Comunitário de Saúde Mental de Cidade Dutra; o da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, no Departamento de Psiquiatria. Existe também um convênio do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, com a C.S.C., que se desenvolve no Centro de Saúde-Escola da Barra Funda. (SÃO PAULO (ESTADO),1983d)

⁴⁵ Cerqueira, nessa época, era livre-docente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

⁴⁶ Este, após 1977, opera junto ao Centro de Saúde-Escola do Butantã, do Dep. Med. Prev. Da FMUSP.

Em termos nacionais, havia sido criado, também em 1971, um grupo de trabalho da Assistência Médica do INPS, que propôs uma reformulação da Assistência Psiquiátrica.⁴⁷ Em 1972 é escrito o *Manual de Serviço da Assistência Psiquiátrica*, adotado pelo INPS em 73, que traz as concepções da Psiquiatria Comunitária e é saudado pelos psiquiatras progressistas “como um ponto histórico no desenvolvimento da assistência psiquiátrica” (BLAYA,1973)

O Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, em 22 de janeiro de 1974, assina uma portaria, que pela primeira vez no Brasil (ALHO FILHO,1979) estabelece uma política nacional de saúde mental. Propõe, entre outros pontos, organizar em nível regional e local, serviços de psiquiatria e saúde mental, oferecendo cobertura completa à população urbana e rural, dentro dos princípios da psiquiatria de comunidade, incorporando esses serviços aos serviços básicos de saúde. Ainda define que

“ Os órgãos e entidades públicas federais, estaduais e municipais deverão abster-se de firmar contratos, ajustes e acordos com pessoas jurídicas de direito privado para a prestação de serviços psiquiátricos, que não satisfaçam os requisitos técnicos e preencham os padrões operacionais compatíveis com as diretrizes da Política Nacional de Saúde e em particular da saúde mental formulados pelo Ministério da Saúde.” (BRASIL,1975b, p.122)

O Ministério da Previdência e Assistência Social edita “Assistência Psiquiátrica na Previdência Social”, no qual se colocam dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental da referida Portaria 32 do Ministério da Saúde, assumindo os preceitos da psiquiatria comunitária e trazendo dados estatísticos relativos à assistência psiquiátrica previdenciária. (BRASIL,1975a) Apesar de toda essa sistematização, nenhuma dessas políticas é implantada.

Em São Paulo, o número de leitos psiquiátricos conveniados aumenta,⁴⁸ chegando, em 80, a 28.030 leitos particulares. (PITTA-HOISEL, 1984) Em agosto de 75, realiza-se, em São Paulo, um seminário promovido pelo Ministério da Saúde, sobre a Situação de Saúde nas

⁴⁷ INPS, 1971.

⁴⁸ Para uma detalhada evolução da política estadual de saúde mental de 1974 até 1982, consultar GIORDANO JUNIOR, 1989, p.146-61.

áreas metropolitanas brasileiras. No sub-tema “Saúde Mental”, analisa-se o crescimento rápido das capitais, devido ao modelo de desenvolvimento adotado pelo país, com o aparecimento das zonas de transição, do aumento do número de prédios de apartamentos, de favelas e cortiços e de periferia populosa e de más condições de habitação. O surgimento de modificações no padrão familiar e a migração do campo para a cidade, e entre as diversas regiões brasileiras.

É examinada , também a prática assistencial psiquiátrica brasileira, que atinge taxas de cronificação de até 70%, com predominância do modelo hospitalocêntrico, que concentra os serviços hospitalares e ambulatoriais em 71,42% na região sudeste. Isso tudo resultando em altos custos econômicos, ainda mais se somados ao fato das doenças mentais serem as primeiras causas de concessão de benefício-doença pelo INPS.

A proposta de ação é de “estrita obediência à política de psiquiatria de comunidade, recomendada pela portaria ministerial n.32”, mas de “orientar as ações, inicialmente, no sentido de prevenção secundária, expandindo-se gradualmente para atividades de prevenção primária e terciária.” (BRASIL,1976, pp.167-8) Parece ser essa a direção que toma a implantação dos serviços extra-hospitalares, quando estes ocorrem: a extensão de cobertura com redução dos gastos.

É interessante notar o desenvolvimento dessas ações em São Paulo. Em 1976, na reforma da gestão Leser, foi elaborada minuta estabelecendo a formação de sub-programa de saúde mental pela C.S.C., em integração com a C.S.M.; com isso, reformulava-se “radicalmente as propostas de ação até então estabelecidas ao introduzir para uso sistemático o referencial epidemiológico, com vistas à detecção de grupos e graus de risco.....retirava a Psiquiatria de seu campo exclusivo, incluindo-a, como saúde mental, às demais programações de saúde. Tais diretrizes não chegaram a ser executadas.” (GIORDANO JR.; PEREIRA,1996, pp. 136-7)

Embora não tendo sido estendidas à rede como um todo, em 1976, por iniciativa da C.S.C., são instituídas três equipes piloto para atuar experimentalmente em áreas escolhidas como carentes em serviços de saúde mental. Foram os C.S. da Penha, C.S. da Vila Maria e C.S. da Vila Prudente. O objetivo é de testar projetos que pudessem ser transplantados para a rede dos Centros de Saúde tipo I.

Justificado pela insuficiência dos serviços ambulatoriais, somada à constatação de elevada cifra de reinternações, perfazendo o total de 18.000 pacientes internados em julho de 1975, em quadros próprios ou conveniados da C.S.M., este projeto se implanta.

“...seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde relativas à integração da Saúde Mental aos serviços básicos de Saúde, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo decidiu formular um novo plano de trabalho. Assim, através da colaboração que foi estabelecida entre duas Coordenadorias desta Secretaria, a Coordenadoria de Saúde Mental e a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, foi formulado um programa preliminar de atividades, denominado na época “Programa de Psiquiatria Preventiva com Ação Comunitária”. Este programa previa a seleção, treinamento e organização de atividades, de equipes multiprofissionais de Saúde Mental, em trabalho a ser desenvolvido em Centros de Saúde, integradamente às atividades de Saúde Pública daquelas unidades.” (SILVA, 1976, p.1)

O projeto desta experiência traz em seu bojo várias das características que marcaram a introdução da atenção primária em saúde mental em São Paulo. Justificativas técnicas como as de que as reinternações são evitáveis se existe um seguimento extra-hospitalar aos egressos; a posição contrária ao hospitalocentrismo; a inspiração nos preceitos da OMS e nos movimentos de reforma psiquiátrica do modelo americano ou europeu; a afirmação da *Saúde Mental* e seus preceitos; a implantação da equipe multiprofissional diretamente nas unidades básicas como estratégia de integração à Saúde Pública.

A inserção destas ações se faz dentro de uma perspectiva de racionalização e planejamento. Por exemplo, a escolha dos três distritos sanitários foi feita após a constatação de um estudo da C.S.M. que detectou a Zona Leste da Capital como área carente de recursos em saúde mental.

Procura também seguir uma orientação epidemiológica, traçando prioridades e elegendo grupos pelos critérios de *risco*. São grupos de primeira prioridade os egressos de hospitalização psiquiátrica, os psicóticos, os epiléticos, os menores de quinze anos e gestantes com

risco psiquiátrico, adolescentes e adultos em situação de crise. Secundariamente são eleitos os alcoolistas, neuróticos, casos de gerontopsiquiatria e deficientes mentais com risco de psicose. (SILVA,1976).

Esse critério de risco parece fundir o conceito de risco epidemiológico (que diz respeito à uma manifestação de doença em nível coletivo) com a situação de risco individual psiquiátrico. De toda forma, é um esforço de planejamento e coordenação de ações.

A partir de março de 76 e até , pelo menos, abril de 77 essas experiências se realizaram, e foram avaliadas em vários trabalhos realizados por membros de suas equipes. A replicação para a rede estadual, entretanto, naquele momento não se deu, porém havia se estabelecido um modelo.

Em 83, a equipe de Vila Maria está desativada, completando a equipe em Santa Cecília, e as de Penha e Vila Prudente seguem desfalcadas. (SÃO PAULO (ESTADO),1983d)

O Serviço de Higiene Mental da Coordenadoria de Saúde Mental é substituído, em 1977, pela Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental, ampliando-se o número de Ambulatórios.

Em 79, quando da assinatura de portaria interministerial entre os Ministérios da Saúde e Previdência Social, o propósito é de extensão de cobertura, utilizando a estrutura existente.

“...estabelecendo as diretrizes de ação conjunta em Saúde Mental visando: 1) Dar cobertura abrangente da população através de ações de saúde mental integradas ao serviço geral de saúde. 2) Visão do paciente dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural e 3) Desenvolvimento de atividades de prevenção em saúde mental.” (ALHO FILHO,1979, p. 85)

Essa é a direção apontada pelo modelo de atenção primária à saúde, que toma forma, após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, e que vinha se desenhando desde 1949 nas proposições da OMS para a saúde mental.

Propõe-se o PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental “com o objetivo primordial de promover a saúde mental por meio de um sub-sistema composto por médicos generalistas treinados” (GIORDANO JUNIOR,1989, p. 146) Em São Paulo, o treinamento se dirige aos profissionais de saúde mental.

O desdobramento do PISAM dá origem a um convênio entre o DINSAM e a Faculdade de Saúde Pública na USP, para um curso em Saúde Mental, para capacitação e posterior contratação dos profissionais para atuarem na rede pública dos Centros de Saúde da Capital.

Após muitos obstáculos, esses profissionais são contratados, em 1980, como fruto de um movimento reivindicatório, em 14 equipes de trabalho (1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social).

As equipes são distribuídas em : Pinheiros (duas equipes completas em 1980; diminuídas para dois psicólogos e um assistente social em 1983); Vila Mariana (equipe completa em 1980 e 1983); Jabaquara (equipe completa em 1980; diminuídas para um psicólogo e um assistente social em 1983); Santo Amaro (equipe completa em 1980 e 1983); Tucuruví (um psicólogo e um assistente social em 1980 e 1983); Freguesia do Ó (equipe completa em 1980 e 1983); Mauá (um psicólogo em 1980; um psicólogo e um assistente social em 1983); Santo André (um psicólogo em 1980; desativado e transferido para o Ipiranga em 1981); Ipiranga (dois psicólogos e um assistente social em 1981 e 1983); São Caetano (equipe completa em 1980 e 1983); São Miguel (equipe completa em 1980; desativado em 1981). (SÃO PAULO (ESTADO), 1983d)

Essas equipes desenvolvem ações norteadas pela concepção de grupos de risco, e embora não existisse um programa de ação oficial, elas se organizam e produzem um relatório ao final de um ano de trabalho. (RELATÓRIO, 1981 apud PITTA-HOISEL, 1984)

Em 1982, Pitta-Hoisel encontra, segundo dados da C.S.M., 19 centros de saúde na Grande São Paulo oferecendo alguma atenção em saúde mental, e mais 18 postos da Prefeitura do Município de São Paulo contando com um psicólogo. No interior, trinta centros de saúde, nas mesmas condições. Não existe uma coordenação desses trabalhos. (PITTA-HOISEL, 1984)

3.6 - A EXPANSÃO NA REDE

No Brasil, a assistência primária à saúde, na década de 80 - início da redemocratização do país - é vista pelos setores universitários e governos executivos estaduais e municipais de administrações

“progressistas” como possibilidade de transformação do sistema nacional de saúde. Ela é apresentada como alternativa a um sistema de saúde marcado pela assistência médica previdenciária, de abrangência seletiva, organizada em torno dos serviços privados e promotora de uma medicina especializada e de alta complexidade tecnológica. A possibilidade de estruturação de uma rede que universaliza a cobertura, traz equidade à assistência, adequa-se aos problemas prevalentes e pode ter maior eficiência pela racionalização dos custos, torna-se atrativa. Este é o conteúdo das discussões da *Reunião Latino-Americana e Seminário Brasileiro sobre Assistência Primária à Saúde*, realizado em 1984, em Ribeirão Preto, SP (ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE, 1985)

Defender essa proposta de atenção primária é tomado como uma postura em contraposição ao modelo hegemônico de então, incrementado fortemente durante o regime autoritário. Embora existissem outras posições esta é que foi a assumida pelos grupos políticos de oposição organizados que assumiram o governo, após as eleições no governo paulista.

A implementação da atenção primária no estado de São Paulo na década de 80 se dá através de uma política estatal de saúde e reflete, portanto, as características pelas quais passa, de forma geral, o Estado brasileiro, desde final da década de 70. O movimento é no sentido da descentralização federal e maior autonomia dos estados e municípios. Resultado da crise do Estado centralizador da fase de 1930 a 1974. As propostas de saúde da época (como as Ações Integradas de Saúde - AIS) e as posteriores (SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde e SUS - Sistema Único de Saúde) percorrem esse caminho. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994)

A crise política proveniente do “milagre econômico” e do modelo do sistema previdenciário encontra nas proposições de atenção primária uma possibilidade de solução.

“O período 1980 -1983 ficou conhecido no âmbito das políticas sociais como o da ‘crise da previdência social’ ... Os projetos de extensão de cobertura a populações rurais e bolsões de pobreza trouxeram os elementos da crítica ao processo de privatização e serviram como um campo de prática das propostas alternativas. A Conferência de Alma - Ata impulsionou estas experiências de caráter local e

regional através da atenção primária e da participação comunitária.” (CORDEIRO, 1991, p.27)

O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) é criado em 1981 para propor medidas racionalizadoras e de corte de gastos. O Programa das AIS é proposto em 1982, com execução pelos Ministério da Previdência e Assistência Social e INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias de Estado da Saúde. (CORDEIRO, 1991)

No estado de São Paulo, particularmente, o desenvolvimento de uma estrutura dos serviços de saúde orientada para uma “Rede de Serviços Básicos de Saúde destinada a promover, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar, com cobertura universal, sem fazer distinção entre clientela previdenciária e não-previdenciária” faz parte da plataforma de governo lançada em 1982, pelo candidato a governador, nas primeiras eleições diretas, e que termina por ser o vitorioso nas urnas. (SÃO PAULO (ESTADO), 1987a, p.21) Coloca-se como uma “proposta inspirada em Alma-Ata”, preconizando que a política de saúde seja parte da ação do governo para atenuar as desigualdades econômicas e sociais, alinhando-se às diretrizes da referida declaração. (SÃO PAULO (ESTADO), 1987a, p.18) A proposta apresentada entende a política de saúde como integrada à uma política social com pretensões redistributivas.

“A política estadual na área da Saúde deverá ser parte de um programa de governo que promova uma efetiva e permanente ação no sentido de erradicar a pobreza absoluta e atenuar as desigualdades econômicas e sociais, problemas que estão na raiz da maior parte das doenças que afetam a população.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1987a, p. 20)

Assim se expressa o Secretário da Saúde daquele governo:

“...Faz parte da nossa política de Saúde priorizar a Atenção Primária à Saúde. Em relação ao orçamento do ano que vem⁴⁹, cuja previsão é de quase 1 trilhão de cruzeiros, 71% do nosso orçamento será gasto em Assistência Médico-Sanitária e Vigilância Epidemiológica, que se dá principalmente em nível da Atenção Primária ... Realmente, para nós, do Setor de Saúde Pública, é fundamental essa

⁴⁹ 1985

incorporação da Assistência Médica nos nossos Serviços de Saúde, principalmente através da Atenção Primária à Saúde.” (ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE, 1985, p. 1).

É neste período e dentro desta proposta, que se dá a expansão da experiência da atenção primária em Saúde Mental para a rede de serviços públicos estaduais.

Durante a elaboração do programa de governo, já mencionado, em 82, após reuniões para discutir propostas para a Saúde, realizou-se um Seminário de Saúde Mental para definir um projeto.

“É importante notar que nem todos os participantes eram adeptos do PMDB⁵⁰. Havia muita vontade de mudar, depois de tantos anos de escuridão, e todo mundo participava de tudo o que podia. Entre as conclusões desse seminário colocava-se que a política de Saúde Mental deveria ser implementada através de programas que contemplassem os três níveis - primário, secundário e terciário - de atuação, se integrassem e regionalizassem, como forma de a médio prazo corrigir a distorção centrada na atenção terciária (hospitalocêntrica). Assim, o lugar prioritário seria a rede básica, a porta de entrada necessária para o atendimento.” (CESARINO, 1989, p.7)

Estas propostas têm sua implementação na rede pública estadual e parecem ter sido o resultado da convergência de vários fatores. Por um lado profissionais ávidos por um redirecionamento da prática psiquiátrica para uma mais afinada com os preceitos da Saúde Mental. Ou seja, para além do desejo da reformulação das condutas das políticas públicas, das quais discordavam parecia existir a esperança de implantação de uma reforma psiquiátrica. Um outro modo de entender e de lidar com o sofrimento mental, que não o asilar, que não o hospitalar, que não o da exclusão. Libertar-se do olhar exclusivamente médico através da aproximação com a Saúde Pública⁵¹.

⁵⁰ Partido político ao qual pertencia o então candidato, e depois governador Montoro.

⁵¹ Isto irá desencadear críticas de setores da Saúde Mental mais afeitos à época à reforma psiquiátrica italiana e que constituíram oposição a esse grupo. Essa aproximação com a Saúde Pública foi vista como proposta medicalizante, preventivista, como veremos adiante.

Inaugurar práticas públicas extra-hospitalares com o intuito de reverter o hospitalocentrismo, tencionando atingir dois alvos : a política de financiamento previdenciário à chamada *indústria da loucura* e instituição da saúde mental, com sua equipe multiprofissional e suas técnicas psicoterapêuticas.

Essa reestruturação da política de saúde mental se faz através da integração à saúde pública, numa conjuntura em que a última se volta para a incorporação das ações médico-assistenciais. Portanto é como ação terapêutico-assistencial que a saúde mental se consolida como prática, dentro de um modelo de assistência primária à saúde, do qual retém, particularmente, a extensão e universalização da cobertura assistencial.

De todo modo, trata-se de introduzir políticas que contemplem direitos sociais de maneira distinta da que vinha sendo feita, pois o modelo anterior já havia manifestado seu esgotamento com a crise da previdência e de certa forma já havia atingido o seu objetivo de construção de uma estrutura médico-hospitalar privada através do financiamento público.

No estado de São Paulo, que já possuía uma rede médico-assistencial interna aos serviços de saúde pública e já havia feito uma reforma sanitária nesse sentido, essas proposições, associadas à integração do nível federal, estadual e municipal, se dão de forma mais precoce.

No início da década de 80 o estado de São Paulo possuindo 121 hospitais psiquiátricos, cerca de 39.000 leitos e 1,56 leitos por 1.000 habitantes; destes cerca de 28.319 são leitos particulares e 9.272 próprios da C.S.M. (FERRAZ, 1984) ⁵² ⁵³ Algumas regiões apresentam índice de 4,1 leitos por mil habitantes e outras quase nenhum.

A organização centrada no hospital faz com que, muitas vezes, o primeiro contato da população com um serviço psiquiátrico ocorra através da internação.

A lógica da estruturação dos serviços de psiquiatria obedece ao que poderíamos denominar de *verticalização*: o critério de referência para hospitais psiquiátricos se dá segundo o gênero (hospitais para o sexo

⁵² Um terço destes 28.319 leitos particulares aproximadamente são conveniados com a C.S.M.

⁵³ Ferraz foi o coordenador da C.S.M. do governo Montoro.

masculino ou para o feminino), segundo a co-morbidade ou comprometimento jurídico.

“Ainda hoje, todos os pacientes com tuberculose e doença mental estão em Santa Rita, hospital que fica cerca de 200 km de São Paulo, aqueles que apresentam graves defeitos físicos em Lins, outra cidade do interior, e que todos que têm problemas judiciais estão no Manicômio Judiciário.” (FERRAZ, 1984, p.13)

Ao se juntar à saúde pública, a saúde mental paulista faz a sua *horizontalização* acompanhando, quase uma década após, o movimento da organização sanitária.

Aderir à regionalização, integração e hierarquização das ações de saúde apresenta-se como estratégia para realizar uma reforma psiquiátrica, visando reverter o modelo centrado no hospital, no profissional médico e na psiquiatria *tradicional*.

“Outra distorção importante é que a atenção se fazia a custo de um único profissional, o médico, quase não incorporando outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, etc. A falta de uma equipe multidisciplinar provocou uma medicalização excessiva no atendimento, baseada somente na utilização de psicofármacos.” (FERRAZ, 1984, p. 13)

Em torno da idéia da crítica ao hospital reúnem-se várias tendências.

Em setembro de 82 é realizado um seminário de saúde mental com o fim de instrumentalizar a proposta de governo, do candidato Franco Montoro. Este conta com 86 participantes: 35 psicólogos, 24 médicos, 6 assistentes sociais, 2 economistas, 1 fonoaudiólogo, 1 socióloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 jornalista, 7 estudantes de psicologia, 1 engenheiro e 1 funcionário público. (SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL, 1982, p. 1)

São formados seis grupos que discutem subsídios teóricos para uma política de saúde mental e propostas de assistência ao doente mental.

Estão presentes várias idéias, que se colocam como alternativas. Centro de Saúde ou Hospital Geral como porta de entrada, para “*impedir a porta viciada do macro-hospital*”; formação de equipes multiprofissionais “*dada a complexidade do fenômeno e da própria revisão do conceito de saúde mental (revisão de um modelo médico organicista)...*”; extinção e futura proibição de construção de hospitais psiquiátricos com início de uma caminhada para a desospitalização dos pacientes internados; participação na e da comunidade; formação de recursos humanos (SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL, 1982, pp. 6-16)

FERRAZ (1984) resume as teses propostas: 1. Aumentar recursos financeiros destinados à saúde mental; 2. Racionalizar a aplicação dos recursos humanos e financeiros com ênfase na atuação primária, integrando ações de saúde mental em nível de Centros de Saúde, visando uma efetiva regionalização, integração e hierarquização das ações de saúde; 3. Reorganizar o atendimento ambulatorial, ampliando-o para dar conta de programas mais modernos com relação aos cuidados dos pacientes; 4. Melhorar o setor terciário (hospitalar) com a recuperação dos próprios já existentes e iniciar ações visando a implantação de unidades psiquiátricas dentro do hospital geral; 5. Desenvolver uma política de recursos humanos para implantar o programa de saúde mental a nível primário, secundário e terciário; 6. Implementar o programa de ações integradas de saúde, proposto pelo CONASP.

O financiamento proporcionado pelas AIS mais a política de organização em três níveis da Secretaria de Estado da Saúde como um todo, faz com que a opção da C.S.M. se dê nesta direção.

Após as eleições diretas para governador em 1982, vão para a C.S.M. representantes de setores alinhados à crítica da assistência psiquiátrica *hospitalocêntrica* e *cronificante*, que fazem a opção pela montagem de uma rede extra-hospitalar pública no estado, mecanismo entendido como possibilitador de dar resposta às necessidades de extensão de cobertura e de desaquecimento da “indústria da loucura”.

Parecem confluir para a efetivação dessas medidas vários fatores: a crítica ao modelo de assistência psiquiátrica efetivado até então; uma certa euforia democrática após vinte anos de repressão; a crise do setor previdenciário, que não consegue mais sustentar a política até então praticada, de compra de serviços de assistência médica; a já referida experiência acumulada de alguns setores em alternativas à atenção psiquiátrica, em especial a experiência do setor de saúde mental dos

convênios universitários, que serviriam de modelo; a recente reforma administrativa da Secretaria de Saúde de São Paulo, com a proposta de Programação, que ampliava a assistência médica na rede de centros de saúde, porém buscando que esta assistência se desse dentro de um contexto de ações definidas epidemiologicamente (NEMES,1996); as recomendações internacionais de privilegiamento da atenção primária à saúde; um excedente de especialistas universitários, advindos da política de expansão indiscriminada do ensino universitário privado nas décadas anteriores, dentro de uma crise de emprego.

Em abril de 1983, por iniciativa da Divisão de Ambulatórios da C.S.M., foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de estudar uma proposta de regionalização, hierarquização e integração dos serviços da Saúde Mental do Estado e da Prefeitura, no município de São Paulo. Nessa proposta a atenção primária em saúde mental é entendida como um movimento da psiquiatria.

“...duplo movimento da psiquiatria: ao mesmo tempo em que abandona a doença assiste o homem e aproxima-se da medicina integrando os fatores psíquicos à saúde pública. Com isso pode-se reverter um processo instalado pela verticalização da atenção: a psiquiatria na atenção primária evita o acúmulo do serviço de referência, diminui a ocorrência da cronicidade das doenças, aumenta a cobertura de serviços de saúde à população possibilitando um maior conhecimento do processo mórbido com conseqüente diversificação na estruturação da demanda por assistência.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983d, pp. 18-9)

As formas concebidas e preconizadas pela OMS de atenção primária em saúde mental eram preferencialmente de capacitação de agentes de saúde ou médicos gerais em saúde mental para prestar atenção em primeira linha. O psiquiatra e a equipe de saúde mental estariam em serviços especializados dentro da rede de cuidados secundários, e não na primeira linha. (OMS,1975)

Mas a experiência paulista dá-se de outro modo. É proposta a implantação de “equipes mínimas” de saúde mental, ou seja, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, inicialmente em 91 centros de saúde tipo I, em todo o estado.

Essa diferença parece ser explicada pelos fatores acima levantados. Ou seja: 1) A situação de destinação das verbas da C.S.M. encontradas em 1983 :

“O orçamento da Coordenadoria de Saúde Mental corresponde a cerca de 23% do orçamento da Secretaria de Estado da Saúde. Em 1983 cerca de 90% do nosso orçamento está comprometido com a manutenção de 17.000 pacientes internados nos nossos nove hospitais próprios (8.500 pacientes) e em quarenta e seis hospitais privados que mantém convênio conosco (8.500 pacientes). A verba destinada aos hospitais próprios é de cerca de 50% do orçamento total da Coordenadoria de Saúde Mental e a verba destinada ao pagamento de serviços dos hospitais de convênio é cerca de 40%. A Divisão de Ambulatórios - responsável pelos 18 Ambulatórios de Saúde Mental e pelas equipes de Saúde Mental existentes nos CS I, corresponde a cerca de 4,5% do orçamento global da Coordenadoria” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983a, pp.1-2)

2) A situação da população hospitalar, composta por pacientes crônicos.

“Cerca de 20% dos pacientes estão internados até 180 dias e 80% estão internados há mais de 181 dias, inclusive, 62% dos pacientes encontram-se internados há mais de 2 anos, com possibilidades restritas de virem a se reintegrar socialmente.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983a, p.2)

O mesmo documento afirma que o tempo médio de permanência dos “agudos” também é alto. Identificam como variável determinante nesse processo a falta de recursos extra-hospitalares, que por um lado receberiam os egressos de hospitais, finalizando o tratamento lá iniciado; e por outro evitariam internações, ao intervir precocemente em crises.

3) A carência de recursos ambulatoriais em termos quantitativos e qualitativos, fazendo perpetuar o ciclo internação - reinternação, “..porque não é capaz de conter e resolver a demanda de novos casos e porque não é capaz de oferecer retaguarda para o egresso hospitalar, facilitando sua reintegração social e evitando suas reinternações”. (SÃO PAULO (ESTADO), 1983a, p. 3)

- 4) O compromisso a idéias alternativas ao hospital psiquiátrico, assumidas como plataforma eleitoral. “A prioridade que estabelecemos para essa Programação, pelas profundas repercussões que fará no atendimento a nossa população, era já exposta na Proposta do Governo Democrático..” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983a, p. 1) O que se inscreve num movimento mais geral, peculiar dos anos 80 no Brasil, de incorporação pelos partidos de oposição, das idéias dos setores que possuíam um pensamento crítico dentro da área da saúde. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994)
- 5) A valorização das experiências já realizadas. Neste aspecto, a experiência desenvolvida nos serviços universitários conveniados na gestão Cerqueira, dentro da atenção primária se apresentam como modelares. Dentre estes o Programa de Saúde Mental do Centro de Saúde-Escola “S.B.Pessoa”, no Butantã, de onde haviam saído dois técnicos da atual Coordenadoria e que já vinha desenvolvendo modelos de atendimento que poderiam ser reproduzidos na rede. Concebidos dentro das teorias da Psiquiatria Comunitária e de Setor, estes serviços universitários nasceram com a característica de levarem os psiquiatras e a equipe de saúde mental para dentro dos centros de saúde, distribuídos em rede de atenção regionalizada, numa tentativa de reestruturação da própria psiquiatria, suas práticas, seus profissionais (formar “psiquiatras com alma de sanitaristas”, a constituição da equipe multiprofissional)⁵⁴
- 6) Ao contrário da situação encontrada em muitos países em desenvolvimento, conforme afirma a OMS (OMS,1975), que é de escassez de “pessoal psiquiátrico”, e mesmo de muitos estados brasileiros, São Paulo, nessa década, vivia uma situação diferente. Consequência das distorções regionais brasileiras de investimentos, e de uma política nacional de incremento da expansão de escolas universitárias, através do setor privado da economia.

Este incentivo teve vários reflexos, e entre eles, o de provocar um “excedente” deste tipo de mão-de-obra.

⁵⁴ O programa de Saúde Mental do Centro de Saúde-Escola “S.B.Pessoa” já havia, nos seus quase dez anos, feito a crítica ao modelo de Psiquiatria Comunitária, que havia sido feita por vários autores (As críticas à Psiquiatria Preventiva e Comunitária são feitas, entre outros, por: COSTA, 1989; PINHEIRO et al., 1977; BIRMAN,1982) e também pelos membros da equipe (LOPES; RAMOS, 1976; e RAMOS; LOPES, 1976) e vinha se dedicando ao estudo e prática das articulações da saúde mental às demais práticas de saúde, dentro também da perspectiva das linhas de investigação do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

Assim, o *Projeto de Implantação de Equipes de Saúde Mental em 91 Centros de Saúde I* coloca como justificativas para a contratação de 273 profissionais: a descentralização; a ampliação da oferta de serviços de saúde; a contenção das internações e reinternações; a redução da cronificação dos pacientes; a redução de gastos da C.S.M. (pela possibilidade de reduzir as internações); a geração de empregos.

“É notório que a crise de desemprego atinge particularmente o setor de mão-de-obra qualificada; os cursos de nível superior vem preparando um contingente de pessoal que não está sendo absorvido pela rede pública ou privada. Há grande quantidade de médicos, psicólogos e assistentes sociais sem trabalho e ansiando por uma oportunidade de se engajar num trabalho público voltado para os reais interesses da população em consonância com as propostas do atual governo estadual” (SÃO PAULO(ESTADO),1983 a, p. 3)

- 7) A política de integração entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, a crise previdenciária que começara a se esboçar, e a política de Programação instituída na Secretaria de Saúde do Estado, (embora à essa época, enfraquecida, em relação às práticas) criavam uma base para que a proposta para uma Política de Saúde Mental em nível estadual se desse em termos de: a) regionalização, hierarquização e integração dos serviços; b) uma Programação em Saúde Mental (um Subprograma), integrado às demais Programações em Saúde; c) Atenção Primária em Saúde Mental; (SÃO PAULO (ESTADO),1983d), (SÃO PAULO (ESTADO), 1983 a), (SÃO PAULO (ESTADO)1983c).

A partir de todos esses fatores, a construção do discurso, da política e da prática em Saúde Mental, nos anos oitenta, em São Paulo, se dá através de uma forma de aproximação com a Medicina, através da “Saúde Pública”, como estratégia de oposição ao modelo estritamente psiquiátrico e hospitalocêntrico.

“Precisamos testar a curto prazo que o adoecer psíquico, à semelhança dos demais adoeceres, é passível de atenção numa rede básica de serviços, regionalizada, hierarquizada e integrada. Rompe-se

assim o clássico ciclo onde a doença mental tem o hospital psiquiátrico como único destino.”(PITTA-HOISEL,1983, p.1)

Em sua proposição para o biênio 83-84, a Divisão de Ambulatórios da C.S.M., após tomar contato com os recursos existentes em Saúde Mental, em nível de ambulatórios e centros de saúde e perceber a sua precariedade para “desenvolver a contento uma Programação de Saúde”, destaca três áreas de necessidades: pessoal, condições materiais e aprimoramento técnico. Respectivamente, solicita: contratação de pessoal para complementação dos ambulatórios existentes e para constituição de equipes em 98 centros de saúde I do Estado; solicitação de mais verbas para 83 e ampliação em 84; contratação de um supervisor ou uma equipe de supervisores para a Supervisão Programática. (SÃO PAULO (ESTADO),1983c)

Essas propostas começam a ser implementadas em 83 e 84. As informações constam de documentos da C.S.M. e de alguns artigos publicados que falam desta experiência, e sua exposição não tem a intenção de uma averiguação sistemática das práticas geradas.

“Os avanços conseguidos nestes 15 meses podem ser sintetizados: 1. Comparando as dotações orçamentárias de 1983 com 1984 podemos afirmar que houve uma maior participação do setor saúde na distribuição dos recursos do Estado, onde se observa um crescimento de 2,77% para 4,04%;

2. Nestes últimos 15 meses, a Secretaria de Estado da Saúde contratou cerca de 1.100 funcionários e servidores nas diversas categorias profissionais para a Coordenadoria de Saúde Mental. Dos quais, destacamos as contratações de 151 psiquiatras sendo 61 nos centros de saúde, 37 para os ambulatórios e 53 para os hospitais do M-DP I e M-DP II” (FERRAZ,1984, p. 15)

Também consta que são ativados 120 leitos públicos para pacientes agudos em Lins, e 105 na Água Funda, e 108 em Botucatu; são criados

leitos masculinos no Hospital Pinel, integrados aos ambulatorios e centros de saúde da região; inaugura-se um serviço de emergência psiquiátrica 24 horas em Vila Mariana; o complexo hospitalar Franco da Rocha, após denúncias e reportagens nos jornais, recebe verbas federais, diretamente, para sua *humanização*. (FERRAZ,1984) Caracterizando a política da C.S.M. na manutenção do hospital psiquiátrico como parte do sistema de saúde mental, entendendo que a correção das distorções hospitalocêntricas viriam pelo incremento dos leitos não privados.

Na avaliação da Divisão de Ambulatórios, ao final de 84, há uma “multiplicação de espaços de atenção em saúde mental ... ainda que não seja satisfatório com relação à demanda reprimida e crescente”, com a colocação de equipes de saúde mental em 40 centros de saúde na Grande São Paulo; 41 centros de saúde do interior com equipes parciais; 16 ambulatorios na Grande São Paulo⁵⁵ e 7 no interior. Institui-se “supervisões clínicas e /ou institucionais em vários ambulatorios e o início de uma supervisão programática nas equipes implantadas em Centros de Saúde”. Utiliza-se os Convênios da Faculdade de Medicina de Marília, Departamento de Medicina Preventiva - USP, Faculdade de Saúde Pública da USP, Faculdade de Medicina da OSEC, Instituto Sedes Sapientiae e a colaboração de “diversos psicoterapeutas com experiência institucional”, para a formação de recursos humanos. Percebe-se uma ampliação do número de atendimentos, uma redução do uso de psicofármacos per capita e a introdução de abordagens grupais no atendimento à clientela. Contrata-se para a rede extra-hospitalar, através das A.I.S.: 6 farmacêuticos, 52 psicólogos, 47 assistentes sociais, 12 serventes, 4 enfermeiras, 2 fonoaudiólogos, 4 terapeutas ocupacionais, 20 psiquiatras, 10 escrivães e 8 supervisores de ambulatorios. (COORD. SAÚDE MENTAL, 1984, p.1-2)

Com o apoio das A.I.S. inauguram-se ambulatorios e implantam-se equipes nos centros de saúde, embora destes últimos, “alguns ainda não têm equipe completa”. Em relação à implantação de ações de Saúde Mental da C.S.M. nos centros de saúde, e à criação de ambulatorios, comparando o ano de 1983 a 1985 (até agosto), a região da Grande São Paulo passa a ter 46 centros de saúde, dos 19 anteriores, e o número de ambulatorios cresce de 11 para 21; e o Interior passa a 60 centros de

⁵⁵ Juntando-se informações de outros documentos, percebe-se que existiam 11 ambulatorios até meados de 1984, 16 ao final do referido ano, e 21 em 1985.(FERRAZ,1984) (FERRAZ ; MORAIS, 1985).

saúde, dos 27 anteriores, permanecendo com os mesmos 7 ambulatorios. (FERRAZ; MORAIS, 1985, p.15)

Esses programas possuem apoio político significativo à época, como parece demonstrar a intensidade das contratações; ou mesmo a transformações de cargos pelo governador, para a criação de 202 cargos entre assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais e motoristas. (FERRAZ; MORAIS, 1985)

Um projeto que ocorre mais precocemente devido a uma integração entre a Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, através da C.S.M., o INAMPS e a Faculdade de Medicina da Santa Casa, tendo seu início em maio de 1983, e incremento maior quando da assinatura das A.I.S. em outubro, foi o *Projeto de Ações Integradas de Saúde Mental na Zona Norte do Município de São Paulo*.

A região conta com 585.000 habitantes, quatro U.B.S. (três P.A.M. da Prefeitura e um C.S. I do Estado).⁵⁶ Nestas são colocadas equipes de saúde mental, compostas por psiquiatra, assistente social e psicólogo e constituem o nível primário de atenção. O ambulatório de Pirituba constitui o nível secundário e o Hospital Pinel, de Pirituba, o nível terciário. Pouco mais de um ano após seu início abrange uma população de quase dois milhões de habitantes, com doze U.B.S., seis ambulatorios, uma unidade de emergência psiquiátrica e uma reformulação no Hospital Pinel. Constitui-se numa experiência localizada de municipalização. (CESARINO, 1989)

Em sua análise, no mesmo artigo, o autor referido, que é um dos supervisores do programa, conta que se consegue realizar um sistema de referência e contra-referência; que o número de atendimentos, embora variando muito de um local para outro, cresce em 91,9% nos PAMs e 119% nos CS; que o número de encaminhamentos para internação é quase nulo, e para o ambulatório de 4%. Nos ambulatorios, de forma geral, cai a frequência de internações, faz-se atendimento em grupo terapêutico em cerca de 15 a 20% dos usuários, cai a utilização de psicofármacos.

⁵⁶ U.B.S. significa Unidade Básica de Saúde. P.A.M. é Posto de Assistência Médica. C.S. I é o Centro de Saúde tipo I, de atendimento mais complexo que os C.S.II e III. "Tanto os PAMs como os CS são no projeto chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS)." (CESARINO, 1989). Em todos os documentos da C.S.M. são considerados assim.

A porcentagem de internações por atendimentos no subprograma de Saúde Mental dos Centros de Saúde da S.E.S. em 1985 é de 6,05%. (TORRES et al., 1989)

Por outro lado os programas de atenção primária da zona norte quase não atingiram os egressos dos hospitais. Também os hospitais particulares conveniados da região continuavam a receber pacientes vindos dos ambulatórios do Inamps de outras regiões do município e do estado. (CESARINO, 1989)

Ao acoplar a saúde mental à saúde geral, na forma adotada pela política estadual de saúde no início dos anos 80, implicitamente recorre-se a uma centralização das normas e tende-se à descentralização das ações. Ou seja, para implementar serviços desmembrados porém articulados, *horizontalizados*, mas com objetivos comuns, torna-se necessário estabelecer acordos em relação às metas e ações para atingi-las. Num modelo em que essa condução se faz através do Estado, os acordos se dão em normas público-administrativas centralizadas, refletindo a forma como o poder público está constituído.

Em maio de 83, ocorre a I Jornada de Integração Centro de Saúde-Ambulatórios de Saúde Mental promovida pela Divisão de Ambulatórios da C.S.M., com os profissionais em saúde mental ⁵⁷ dos ambulatórios e centros de saúde já existentes, preparatória à implantação da nova política.

Formam-se grupos de discussão, que em relatório final à plenária concluem:

“que temos sido aquilo que a demanda tem determinado. Não temos tido quer no Ambulatório, quer no Centro de Saúde, atribuições definidas de modo a permitir que adquiramos uma identidade própria e delimitemos nossa área de ação ... Os profissionais de saúde mental ressaltam que ... a urgência de que se explicita uma centralização programática supera até mesmo a questão dos recursos, que pode ser objeto de lutas locais. Um pensamento único sobre saúde mental deve ser

⁵⁷ Esse termo, dentro dos movimentos alternativos ao asilo, é objeto de discussão entre posições políticas diversas. “...Escolher entre *trabalhadores* ou *profissionais* de saúde mental implicava, no final das contas, afirmar uma identidade com os setores populares, ou insistir na importância de as camadas médias serem reconhecidas como agentes políticos progressistas.” (BEZERRA JR., 1994)

compartilhado por todos, desde os que se encontrem na C.S.M., e chegando até aos agentes de saúde; nessa unidade de pensamento estão envolvidas questões como a aceitação das equipes de saúde mental nos C.S.'s e a credibilidade entre os serviços.” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983b, p.3-6)

A explicitação de uma centralização programática é, de acordo com este documento, uma necessidade sentida pelos agentes do trabalho, parecendo expressar o contraponto necessário para assegurar a execução e credibilidade do mesmo.

Concomitantemente, cabe à C.S.M. planejar e propor ações compatíveis com o modelo da saúde pública, ao qual se integra.

Dentro desses dois contextos se examina o texto contido na “Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983e), que se popularizou como “cartilha” para a implantação dessa nova política de saúde mental.

Nessa publicação são traçadas diretrizes que procuram organizar centralmente as atividades, que não devem ser tomadas “dogmaticamente ... mas, sim instituir um roteiro de atividades..” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983e, p.1) Ou seja, não há um detalhamento e mapeamento de todas as ações, embora haja aproximações nessa direção. Isto se deve, em parte, pela dificuldade de padronizar ações terapêuticas, as quais mantêm relação direta com a formação profissional existente. “Várias formas de abordagem podem ser adotadas, dependendo não apenas das pressões da demanda mas também da capacitação de cada técnico para desenvolvê-las..” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983e, p.5)

As dificuldades de prever as ações a serem desenvolvidas, a partir da interação de uma equipe profissional, que por definição, não é uma somatória de ações, complicam a intenção de padronização.

“O processo multiprofissional de diagnóstico visa uma compreensão mais rica do problema e tenta evitar os vieses profissionais que o trabalho isolado

corre o risco de provocar. A condução do caso emergirá do próprio processo e poderá mudar no decorrer do tratamento, sempre em função de suas características e em benefício do cliente. As ações terapêuticas serão redefinidas à medida em que o atendimento se desenvolve.” (SÃO PAULO (ESTADO),1983e, p.5)

Associada a estes fatores, também se encontra a novidade da proposta e a sua, ainda, parcial efetivação.

“...a ênfase dada neste documento à discriminação dos níveis de atuação remete, no entanto, à necessidade de lembrar que a realidade deve prevalecer sobre a proposta e que tal discriminação só pode ser efetivada com a expansão da rede básica, a ampliação das equipes dos Ambulatórios e a integração regionalizada dos recursos.” (SÃO PAULO (ESTADO),1983e, p.2)

Além de dificuldades “estruturais” ao campo, encontram-se também dificuldades de contingência. Em acréscimo, pode-se considerar a não padronização rígida de condutas como um cuidado em relação ao próprio *campo* da saúde mental, que está num movimento de recusa ao modelo estritamente médico e que vê nessas sistematizações possibilidades de enclausuramento. (GIORDANO JR.; PEREIRA, 1996)

Ainda assim, esse movimento de estruturação da atenção primária foi considerado “preventivista”, “taylorista” e “quantitativo”, adjetivos usados em sentido depreciativo. (LANCETTI,1989b) (VASCONCELOS, 1992). Essas discordâncias se acentuaram em 1985 e se expressaram no I Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo, promovido pela C.S.M.

“A tensão entre os que insistiam na participação na administração pública e aqueles que se pretendiam radicalmente alternativos”, faz com

que ocorra uma ruptura, e a criação da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental “cujo objetivo era desatrelar o MTSM⁵⁸ da administração pública.” (BEZERRA JR.,1994, p. 177)

Durante o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental,

“..após os discursos oficiais de abertura, dezenas de profissionais ergueram-se de suas cadeiras na platéia e anunciaram um protesto coletivo. Mais importante do que ser contra algo ou alguém, esse protesto era a expressão daqueles que “nomeados” pelo Estado como trabalhadores, assumiam de fato essa condição, reivindicando uma participação mais efetiva nas decisões daquilo que, afinal, é o seu ofício: o trabalho em saúde mental. Naquele momento, começava a nascer a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental...No ano seguinte, a Plenária organiza de forma independente o II Congresso de Trabalhadores, tendo como um dos temas centrais: Saúde Mental e Cidadania.” (YASUI, 1989, p. 50)

Tais divergências são fruto de engajamentos político-partidários diferentes e do questionamento de contradições apontadas nos projetos desenvolvidos pela C.S.M. e são também resultado da intensa politização das questões da saúde e da saúde mental nessa década. Além de reflexo de um contexto maior em que as propostas se dividiam em “*reformistas*” ou “*revolucionárias*”.

De outro lado, através da interface com a saúde pública, a proposição da saúde mental como subprograma exigia definições mais claras das ações.

A *Programação*, proposta da saúde pública paulista, realizada na década de 70, propôs a incorporação da assistência médica dentro de uma organização subordinada a “uma espécie de *gerência epidemiológica*”. Essa nova formulação aparece como “proposta oficial de organização do trabalho da rede de centros de saúde até 82-83, destituída, porém, de sua importância política original e de muitas de suas metas tecnológicas.” NEMES (1996, p.56) No entanto, suas

⁵⁸ Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - rede informal que se iniciou em fins da década de 70 em torno de propostas não-asilares.

proposições servem de horizonte modelar dentro da proposta da saúde mental.

As principais características tecnológicas da Programação, segundo a mesma autora (1996, p.55)eram:

- “ a) operação a partir de atividades eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os programas);
- b) programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos ...) e subprogramas para situações específicas de assistência (menores de um ano, gestantes ...) e doenças de especial importância sanitária (tuberculose, hipertensão ...);
- c) finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;
- d) hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar ...);
- e) utilização de equipe multiprofissional;
- f) padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;
- g) sistema de informação que permitia avaliações na própria unidade;
- h) gerência de unidades por médicos-sanitaristas;
- i) regionalização e hierarquização das unidades.”

Esse modelo não é estritamente seguido, porque ao levar sua equipe mínima para as unidades básicas a saúde mental paulista leva as certezas e dúvidas que foram as formadoras desse campo.

Ao se aliar à atenção primária, a saúde mental se oferece como assistência médico-psicológica dentro de princípios norteadores que fundem pressupostos epidemiológicos, preceitos psicoterápicos e psiquiátricos, com inspiração ética anti-asilar.

Parece ser dessa síntese que fluem as características da proposição:

Propõe-se a elaboração de subprogramas para situações específicas de assistência. Exemplificando, para o ambulatório, foram previstos os programas de intensidade máxima - PIM - (para pessoas em estado psicótico; em crise aguda de ansiedade e/ou depressão; dependentes abordáveis de drogas; familiares e responsáveis dos mesmos); os programas de média intensidade (para recém-egressos, crianças, adolescentes, idosos); programas de menor intensidade (epilépticos, familiares dos mesmos). A intensidade se define pela frequência dos atendimentos e pelo número de profissionais envolvidos, em proporção direta, mostrando uma hierarquização, o que reflete uma priorização das atividades. Nas unidades básicas, prevê-se a participação junto aos programas de recorte populacional, ou subprogramas, como ações de saúde mental integradas.

Há uma descrição seqüencial de atividades, como a recepção, a triagem, o diagnóstico, com recomendações técnicas (apoiadas em concepções psicológicas/psiquiátricas/psicanalíticas de manejo terapêutico, mais que em administração de serviços, por exemplo). Aponta para uma prescrição preferencial de condutas terapêuticas, com fixação do tempo de duração dos atendimentos (30 minutos para individual, 60 minutos para grupos; no máximo até 12 meses, etc.), caracterizando o seguimento em breve, médio prazo e prazo indeterminado; com indicação da forma de atendimento preferencial, em grupo ou individual, pelo critério de patologia e gravidade. Utiliza equipe multiprofissional, com ações visando a integração intra-equipe (reuniões de equipe, supervisão clínica e institucional). Opta preferencialmente para o atendimento grupal. Tem como meta uma redução da quantidade de prescrição de psicofármacos e a redução do número de internações e reinternações. Realiza a priorização de atendimento aos egressos de hospitais psiquiátricos, referindo-se a dados epidemiológicos, a organização das unidades em sistema regionalizado e hierarquizado e a previsão de supervisão programática, para avaliação do cumprimento das finalidades.

Para seu planejamento utiliza noções de custo-benefício, como em seu argumento para a implementação das equipes mínimas nos centros de saúde:

“... cabe mencionar que o custo anual de cada equipe básica de 3 profissionais equívale ao custo anual de 11 pacientes internados; admitindo-se que a eficiência dessas equipes fosse de 50% em termos da redução de internações (redução de novas internações e controle ambulatorial de egressos), bastaria que cada uma tivesse 22 pacientes no seu programa de egressos para que a sua existência se justificasse do ponto de vista da relação custo-benefício...” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983a, p.4)

Em 1985 a C.S.M. implementa o Registro Centralizado de Internações (RCI), junto com a Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo - PRODESP. (FERRAZ; MORAIS, 1985). A intenção é ser um instrumento de controle administrativo dos hospitais psiquiátricos ligados à Secretaria Estadual da Saúde e de coleta de dados epidemiológicos. (SÃO PAULO (ESTADO), 1991b)

Das recomendações da C.S.M., as que falam em “superar o uso tão freqüente de fármacos enquanto recurso terapêutico único e instituir a psicoterapia como modalidade de atendimento ... utilização do trabalho grupal como forma preferencial de atendimento ... pelo seu comprovado e inegável valor terapêutico além de, levando em consideração a realidade da demanda, ser o meio de atingir o maior número de pessoas” (SÃO PAULO (ESTADO), 1983e, p.2) são assimiladas e consideradas quando os trabalhos são avaliados.

Na fala de uma supervisora de ambulatório:

“Faz dois anos que supervisiono a equipe do Ambulatório da Vila Brasilândia. A equipe conseguiu montar o PIM (Programa de Intensidade Máxima), que funciona diariamente. Todos os dias há um grupo diferente que funciona em co-terapia, com a disponibilidade dos recursos do ambulatório.

No segundo semestre de 1986, os pacientes internados podem ser contados com os dedos de uma mão, dos quarenta ou cinquenta que chegam por dia a esse ambulatório.” (AGUIRRE apud LANCETTI, 1989a, p.38)

Na avaliação da implantação de um serviço de saúde mental em centro de saúde I :

“...é importante ressaltar que 32,5% não precisaram de medicação e que foi possível estender o atendimento psicoterápico a 45,4% deles, mesmo com um único profissional trabalhando no serviço. Tal fato só foi possível em função de terem sido priorizadas técnicas psicoterápicas grupais...” (TORRES et al., 1989, p. 118)

Em 1986, a C.S.M, avaliando as A.I.S., realiza um balanço da situação da atenção à saúde mental no estado. A S.E.S. possui 107 centros de saúde com equipes de saúde mental (completas ou parciais), 22 ambulatórios na Grande São Paulo e 8 no interior. Ainda possui 8.708 leitos próprios e contrata cerca de 8.000 à rede privada.^{59 60} O INAMPS possui um ambulatório na Capital e contrata 15 clínicas ambulatoriais na Grande São Paulo e 6 no interior, além de, em algumas cidades do interior credenciar psiquiatras e psicólogos para atendimento à clientela previdenciária em seus consultórios. Não tem nenhum leito psiquiátrico próprio e contrata 13.126 da rede privada. A Prefeitura de São Paulo conta com 24 P.A.M. com equipe completa de saúde mental e mais 30 com psicólogo e assistente social. (SÃO PAULO(ESTADO), 1986)

“É certo que nos últimos três anos se tem observado uma tendência a ampliação de serviços extra-

⁵⁹ Até agosto de 1986 haviam sido dispensados 500 leitos em hospitais conveniados pela C.S.M. (SÃO PAULO (ESTADO), 1987a., p.116)

⁶⁰ Em todos os hospitais psiquiátricos no Estado, há redução do número de leitos, com diminuição de 39.122 para 36.231 leitos, de 1980 para 1989, totalizando 34.000 em 1991. (SÃO PAULO(ESTADO), 1991a)

hospitalares criando condições de se pensar uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e integrada. Entretanto, estamos longe de dar conta de demandas concretas que emergem na comunidade tais como a atenção a crianças, à clientela de crônicos ou cronificados pelas instituições prestadoras de serviços, às urgências psiquiátricas que ainda se constituem casos de polícia. Some-se ainda os interesses econômicos pouco identificados com a população que necessita de cuidados.” (SÃO PAULO(ESTADO), 1986, p. 3)

3.7 - CONSEQUÊNCIAS

Ao final do governo Montoro - final de 86 e início de 87- há uma grande reforma na Secretaria da Saúde, acompanhando uma política de descentralização do governo estadual, que havia criado as Regiões de Governo e os Escritórios Regionais de Governo (ERG). São criados os Escritórios Regionais de Saúde (Ersas), segundo a mesma região dos ERGs. A intenção é realizar

“uma desconcentração da máquina e a descentralização da decisão política, racionalizando o sistema de saúde da própria Secretaria, através da unificação do gerenciamento dos diversos equipamentos de saúde numa mesma região sob a gerência de um único diretor.” (YUNES,1987, p. 14)

Assim, o projeto é de que sob a responsabilidade de cada Ersas fiquem todos os equipamentos de saúde estaduais, inclusive de saúde mental; e também o incentivo à integração com os municipais e previdenciários através das comissões interinstitucionais das AIS.

Dessa forma, através do decreto n. 26.774 de 18/02/1987 é extinta a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

O Gabinete do Secretário passa a contar entre os assessores diretos do Titular da Pasta, com um Assessor para Assuntos de Saúde Mental, com atribuições de avaliação do processo de integração dos Escritórios ao setor público e privado, na área de saúde mental e colaborar na supervisão de convênios e contratos. (SÃO PAULO (ESTADO),1987b)

A Divisão de Ambulatórios, que desde 1984 a C.S.M. queria elevar a Departamento (FERRAZ; MORAIS,1985), também foi extinta e em sua sede foi inaugurado, em março de 1987, o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial “Professor Luís da Rocha Cerqueira”, destinado a usuários com graves distúrbios psíquicos e dificuldades de inserção social, como “derradeiro gesto de uma administração”.(YASUI,1989, p. 51)

O RCI (Registro Central de Internações Psiquiátricas), já citado, perde parcialmente sua função, já que foi idealizado para captar dados referentes aos hospitais psiquiátricos sob a administração da C.S.M. - que não incluíam os leitos conveniados diretamente ao INAMPS. Com estes últimos incluídos pela reformulação administrativa, os dados provenientes do RCI não traduzem uma amostra representativa das internações psiquiátricas no estado. (SÃO PAULO(ESTADO),1991b). Os outros instrumentos já existentes para as outras internações hospitalares, não são adequados para as internações psiquiátricas. (JABES; RIOS,1993)

A esta reforma, seguiu-se a implantação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - criado em julho de 1987, através do decreto 94.657 do Presidente da República do Brasil

Essa descentralização, que acompanha um movimento nacional de transição do papel do Estado na sociedade, deixa ao nível estadual o papel de normatização complementar e ao municipal, o de execução.

Assim, dentro da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, desenvolve-se o CADAIS - Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde, onde situam-se os GEPRO (Grupo Especial de Programa) e a Área Técnica de Atenção à Saúde Mental.

Na Proposta de Atuação do GEPRO de Saúde Mental para o Biênio 1989-1990, são enumerados e detalhados cinco projetos: a criação de um centro de referência e treinamento em drogadição; a extensão de serviços

ambulatoriais especializados; a formação de profissionais em saúde mental; projeto editorial e gráfico; capacitação de recursos humanos para o serviço de resgate e remoção. (SÃO PAULO (ESTADO), 1989)

As formulações a nível central não detém o mesmo poder anterior para implementação de políticas. A atenção primária, não mais com essa denominação, continua como diretriz nos planos propostos, mas não entram nas metas ou prioridades.

Em documento do CADAIS, elaborado para fornecer subsídios para o planejamento em saúde mental, a incorporação de atividades de saúde mental nos serviços básicos de saúde, “com vistas a alcançar cobertura a toda a população de risco”, é uma das diretrizes e consta do detalhamento das ações propostas. Entende o plano assistencial em três níveis de atenção, propondo atenção em nível primário da seguinte forma: a) através do médico em seu consultório; b) através das unidades básicas sem especialistas; c) através de equipe de saúde mental, com atividades de atenção ao paciente e supervisão dos não especialistas, instalada em limite regional de 50.000 habitantes. (SÃO PAULO (ESTADO), 1990)

A direção para a qual apontam estas propostas se diferencia das de sete anos atrás, pela ênfase na extensão de cobertura, mesmo que realizadas através de ações exclusivamente médicas. Parece ter se encerrado o movimento de institucionalização da Saúde Mental para dentro dos serviços de atenção primária com as características próprias do campo. Agora este se desloca, como discurso principal para as instâncias secundárias e terciárias. E ainda que as recomendações sejam de integração aos serviços gerais de saúde (ambulatório de saúde mental acoplado ao ambulatório de especialidades, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, serviço de urgência psiquiátrica em pronto-socorro geral), a ênfase é dada aos “pacientes de maior risco de internação” e organizações intermediárias “que possam competir com o hospital psiquiátrico tradicional”. Um projeto que una a saúde mental à rede de centros de saúde não é mais a primeira prioridade. (SÃO PAULO (ESTADO), 1990)

Esse desaquecimento vem num processo que tem início em 85, com progressiva intensificação posterior. Em sua revisão do biênio 1983/1985

FERRAZ; MORAIS (1985) afirmam que a política de saúde mental a partir de 1983, teve ênfase sobretudo na assistência primária em saúde mental. A Área Técnica de Atenção à Saúde Mental, da S.E.S., em outra análise, realizada em 1991, em relação ao biênio posterior (85-87), o considera como o início da implantação de estruturas intermediárias entre a rede básica e o hospital psiquiátrico, como as emergências psiquiátricas e as enfermarias em hospitais gerais. (SÃO PAULO(ESTADO), 1991a)

Pode-se enumerar prováveis fatores intervenientes nesta sucessão de fatos.

- a) A partir de 1987, o financiamento proporcionado pelas AIS, e a estratégia que elas significavam para a unificação dos serviços e dos três níveis de governo, se direciona claramente para a descentralização, com o SUDS, e passam de uma fase de implementação de serviços para a de coordenação dos mesmos. Se no nível nacional, “*o primeiro período das AIS (83-84) caracterizou-se pelas fortes limitações da conjuntura daquele momento, advindos da crise da previdência social e da completa incompetência do governo militar de reorganizar sua base de sustentação política ...*” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994, p. 84), e só ganha grande impulso após 85; em São Paulo, devido à organização pré-existente dos serviços de saúde e às propostas políticas de incremento de políticas sociais, isto se dá um pouco mais precocemente. A regionalização e a descentralização precedem o SUDS, e quando este é proposto já encontra o sistema de saúde paulista organizado politicamente, embora não necessariamente em nível correspondente nas práticas. Ou melhor dizendo, o discurso da necessidade de integralidade das ações curativas e preventivas, da extensão da cobertura e da universalização do acesso, que encontrariam na expressão *atenção primária à saúde* uma síntese, não eram mais tão necessários, já que tinham cumprido seu papel de captação de verbas e reestruturação da assistência médica, no plano propositivo.

Isso tem repercussões na política estadual de saúde mental, que desacelera a implementação de sua capacidade extra-hospitalar, que vinha sendo realizada às custas principalmente do investimento nas unidades básicas de saúde, e redireciona seus investimentos. Esta inflexão se dá a despeito do fato da proporção de equipamentos de saúde mental extra-hospitalares,

pelo número de habitantes, estar distante da preconizada pela OMS. (SÃO PAULO (ESTADO), 1989)

- b) No plano discursivo, pelo descrito acima, *atenção primária* perde força como mote político.
- c) Independente de seus fluxos e refluxos, da precariedade de sua continuidade, de suas contradições, a Saúde Mental como movimento instituído cresce na década de 80 no nível nacional, não somente com experiências de atenção primária, mas com variadas propostas e práticas estaduais e municipais, com a organização de associações de usuários e de trabalhadores de saúde mental, com organizações alternativas de formação psicoterápica, com treinamento de profissionais dentro dos serviços públicos, com a produção de reflexões teóricas nacionais. (BIRMAN; BEZERRA JR., 1994) ⁶¹

De certa forma, para a Saúde Mental, o recurso de aliar-se à Saúde Pública em suas práticas, como estratégia de efetivação, não se torna tão necessário⁶² embora, por outro lado, continue a consolidar suas reflexões teóricas dentro dos marcos da Saúde Coletiva.

- d) a ineficiência do sistema extra-hospitalar, por si só, em garantir a desospitalização e a extinção dos hospitais psiquiátricos, sem uma política claramente específica nessa direção. Este fator, entre outros, dividiu o movimento antimanicomial, retirando a “unaminidade” aparente dada às iniciativas extra-hospitalares no início da década de 80.⁶³

Além disso, a própria meta de desospitalização vai sendo criticada, porque o entendimento de luta antimanicomial ultrapassa a crítica ao manicômio e questiona a *desinstitucionalização* da doença mental na sociedade. (BEZERRA JR., 1994) E os mecanismos de redes assistenciais em saúde

⁶¹ A presença da *Saúde Mental* em livro que reflete a *Saúde e a Sociedade nos anos 80* (GUIMARÃES; TAVARES, 1994), comparativamente à sua ausência na coletânea anterior - (GUIMARÃES, 1979) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate* - sugere uma visibilidade da Saúde Mental como política e práticas, e uma articulação da produção teórica com a “Saúde Pública”, já chamada Saúde Coletiva.

⁶² Trata-se aqui de entender, a posteriori, as articulações político-sociais, que se dão no embate da história, e que são compreendidas como desfechos possíveis dentro do desenrolar histórico, não sendo consideradas como intenções pré-concebidas e deliberadas.

⁶³ *Unaminidade* está entre aspas porque em realidade ela nunca existiu como absoluta, mas é colocada aqui como forma de expressão significando preponderância.

mental são entendidos como espaços de *medicalização* e *institucionalização* do sofrimento mental. (AMARANTE, 1991) Este tipo de concepção, leva ao questionamento do movimento horizontalizado da saúde mental e à opção pelos modelos gerados no movimento da Psiquiatria Democrática italiana.

Além da mudança como prioridade política, os serviços de atenção primária em saúde mental sofrem, assim como os outros equipamentos da rede pública estadual, uma deterioração de suas práticas, durante os mandatos seqüentes, a partir de 1987, em parte explicada pelo “segundo momento do SUDS” em 1988-89, de redução e atraso no repasse de verbas do governo federal aos outros níveis de governo. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994) e pela diminuição do financiamento do setor saúde pelo governo estadual paulista, sugerindo um não repasse das verbas do SUDS para o setor da saúde.

“ ...Logo a seguir, com a posse do governo Quéricia no Estado de São Paulo a situação se complicou ainda mais. No seu início inverteu-se a tendência de desospitalização do período anterior, ampliando-se o número de leitos contratados, recadastrando hospitais cujo convênio havia sido cancelado pelo INAMPS por apresentarem condições precárias de atendimento. A assessoria de Saúde Mental que então funcionava, criticava os ambulatórios exatamente por ‘ficarem 6 meses sem internar’. (vide *Folha de S. Paulo*, 25/10/87 e 10/11/87).” (CESARINO, 1989, p. 26)

No artigo supra-citado, Cesarino relata o início do desmonte do *Projeto Zona Norte* a partir da mudança do governo municipal de São Paulo, em 85, com a perda do apoio da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde.

Embora a descontinuidade do projeto seja a tônica nos anos subsequentes, a efervescência que caracterizou o período ampliou e

diversificou as questões em saúde mental e criou um espaço social mais amplo para a Saúde Mental.

Ainda em 1986, o INAMPS constitui um grupo de trabalho em saúde mental, cujo relatório final, entregue em 87, traz as características principais das políticas da C.S.M. em 83, propondo, entre outras, ações de saúde mental pela equipe de atendimento à saúde em geral em postos de saúde municipais, centros de saúde estaduais de menor complexidade e PAM do INAMPS de pequeno porte e atividades da equipe multiprofissional de saúde mental em postos de saúde municipais, centros de saúde estaduais e PAM do INAMPS de médio porte. (BRASIL,1987)

A experiência paulista de atenção primária em saúde mental, com implantação de equipes mínimas de saúde mental nos centros de saúde passa a ser um modelo, combatido ou perseguido, e inspira outros movimentos, como o projeto municipal paulista de Saúde Mental, na gestão Erundina.(1989-92).

4 - CONCLUSÕES

As mudanças ocorridas no manejo do sofrimento mental são resultado de alterações no entendimento do que é a loucura e dos modos de lidar com ela.

Esta dissertação percorreu o caminho dessas transformações através da Higiene Mental e da Saúde Mental buscando discernir, para cada um desses movimentos: os saberes utilizados na compreensão do objeto de teorização; o objeto sistematizado; o objeto de intervenção; os instrumentos utilizados.

O estudo também procurou caracterizar, numa separação artificial para efeito de análise, dois momentos de aplicação em cada uma das fases descritas: o das *proposições higiênicas* e o das *proposições curativas*, assim como entende CASTEL (1991) e GIORDANO JR. (1989)

Chega-se à conclusão que as proposições higiênicas percorrem as mutações do discurso, ao longo do tempo, como higiene social normativa. Essas alterações discursivas são traduções do que ocorre nos saberes e nas práticas, a partir de seu contexto histórico. Assim, enquanto no Alienismo a higiene moral tinha a coletividade como objeto sistematizado e de intervenção, na Higiene Mental, o aspecto individual é tomado como ponto de partida para a criação das normas coletivas. O individual é tomado em sua concretude corporal na higiene da degenerescência e, mais tarde, na eugenia.

Na Saúde Mental a proposta higiênica funde-se, de forma mais clara, à proposta terapêutica. O objetivo é a coletividade através da intervenção terapêutica na sociedade e no indivíduo.

No plano das *proposições curativas* a Saúde Mental distingue-se pela concepção do sofrimento mental em estágios sucessivos de gravidade e pela inclusão da promoção à saúde. Outra diferença é que institucionaliza-se como política pública de saúde numa era que se caracterizou pelas propostas de reinclusão social, num momento em que

o Estado amplia suas funções através das políticas sociais. Nesse ponto pode-se falar da Saúde Mental genericamente, tendo essa base comum como apoio.

Nesse momento histórico, “a voz do cidadão médio” é ouvida como consequência da sua participação ativa na guerra, da divisão dos blocos socialistas e capitalistas, da guerra fria, da melhor organização reivindicatória dos direitos. A Saúde Mental ampliada em relação ao objeto, aos instrumentos e às práticas, pode converter-se em um terreno de práticas públicas, com as intervenções terapêuticas no seu cerne. Suas possibilidades de instrumentalização individual/ambulatorial introduzidas pelo desenvolvimento dos psicofármacos e, pela incorporação das psicoterapias, são maiores e podem prescindir de grandes hospícios para exercer sua técnica.

A fusão da higiene à terapêutica torna mais eficaz a penetração do discurso higiênico da Saúde Mental porque, nesse, todos podem ser *incluídos*, através da *medicalização* do sofrimento emocional, da desadaptação social, do “simples mal-estar de viver”. A Saúde Mental “pode” discursivamente relativizar a exclusão social, a psicologizando.

Relativizando a higiene acima descrita, para uma forma particularizada, como a do “preventivismo”, pode-se falar da Saúde Mental que se articulou mais especificamente à Saúde Pública. Desse modo, o salto que a Saúde Mental realiza, ao integrar as *proposições higiênicas* às *curativas*, se dá na mesma direção da aproximação da Saúde Pública à Assistência Médica.

Resultado desse imbricamento, as ações *higiênicas preventivas* unem-se às ações *curativas*. Isto ocorre diante da possibilidade teórica encontrada no modelo de história natural da doença, que ressignifica a atenção individual como instrumento de intervenção no coletivo, ao lhe dar estatuto preventivo. Essa junção do *curativo* ao *preventivo* ocorre no contexto histórico que propicia o surgimento da Medicina Comunitária, ou seja de organização estatal de serviços de atenção diante de reivindicações populares. A Psiquiatria Preventiva e Comunitária são os modelos que a Saúde Mental adota nesse sentido.

As organizações supranacionais têm papel decisivo na importação desses movimentos para a América Latina e Brasil. Através da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) são veiculadas propostas em torno da ideologia de modernização, como as da “Aliança para o Progresso”. Os propósitos da medicina de comunidade, e posteriormente de atenção primária, são compatíveis com as intenções dessas mudanças sociais a partir de políticas estatais. Nessa acepção são realizados os encontros entre os Ministros de Saúde das Américas, reuniões freqüentemente citadas nos artigos brasileiros favoráveis a reformas psiquiátricas.

Analizando o movimento de Higiene Mental em São Paulo, entre as décadas de 20 e 50, percebe-se que teve duas vertentes que se realizaram institucionalmente: a psiquiátrica e a psicanalítica. A primeira, representada pelo grupo de Pacheco e Silva, com *proposições higiênicas* eugenistas e *proposições curativas* fundamentadas na prática médico-psiquiátrica. A segunda, com *proposições higiênicas* de norteamento psicológico e *proposições curativas* baseadas numa incipiente equipe multiprofissional e técnicas psicológicas.

A partir da segunda metade deste século, o discurso higiênico da primeira vertente se reveste de conteúdo social e as ações terapêuticas são centradas nos espaços psiquiátricos como o hospital e o ambulatório. E a segunda vertente caracteriza-se por um movimento de articulação à Saúde Pública, porém com nítida separação das ações higiênicas e assistenciais. Isto é reflexo também da estruturação dicotômica nos serviços de saúde pública. Na reforma da gestão Leser, em meados da década de 70, essa divisão dá lugar a uma forma de integração da assistência médica às instituições de saúde pública e a uma horizontalização da organização dos serviços.

A conclusão que se chega é que em São Paulo o terreno já está preparado para a incorporação da assistência médica aos equipamentos estaduais de saúde. Esta introdução se faz, porém dentro do ideário de submeter o cuidado médico a uma “gerência epidemiológica”.

A Saúde Mental pode articular-se à Atenção Primária, em São Paulo, pela via da integração das ações higiênicas e terapêuticas, no plano teórico e, pela integração aos equipamentos de Saúde Pública, no

nível da viabilização prática, financiada pelas AIS - que buscavam a descompatibilização da assistência médica das atribuições federais.

A instituição da Saúde Mental no estado de São Paulo se dá através da sua implementação como Atenção Primária. A Saúde Mental traz como práticas não mais os serviços estritamente psiquiátricos entendidos como consulta médica e prescrição de medicamentos, mas através da equipe multiprofissional e, introduz, em maior escala, outros profissionais de saúde - os psicólogos e assistentes sociais nos Centros de Saúde, os terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos nos ambulatórios; as práticas psicoterápicas individuais e grupais, como técnicas de atenção à saúde mental. A direção é no sentido de realização de uma reforma psiquiátrica.

A Saúde Mental inaugura-se através da Atenção Primária porque esta é o carro-chefe das propostas, situação proveniente de sua melhor adequação às propostas das AIS e de sua força, naquele momento político, como mote *progressista* capaz de dar conta das desigualdades de acesso a serviços de saúde e das distorções da assistência psiquiátrica. Ou seja, por seu potencial discursivo de reinclusão social.

Algumas críticas à proposição de Saúde Mental em Atenção Primária são realizadas ao seu suposto caráter preventivista, numa alusão à Psiquiatria Preventiva de Caplan. Essas considerações por vezes entendem as *proposições preventivas* como se fossem a única forma de *higiene*, ou seja, como se existisse a possibilidade de existir uma Saúde Mental que não contivesse um mandato social normativo.

A experiência paulista de Saúde Mental em Atenção Primária traz a equipe multiprofissional para os cuidados de primeira linha, gerando questionamentos, em consequência, às próprias concepções de Atenção Primária.

O pressuposto de uma menor complexidade das ações não é compatível com a aplicação de psicoterapias. Por outro lado, generalistas na primeira linha possivelmente podem reduzir o cuidado mental à possibilidade única de intervenção medicamentosa, caracterizando-o como uma assistência mais empobrecida para comunidades marginais.

A presença de especialistas no cuidado primário de saúde desperta para a questão da especificidade das ações em saúde mental nesse nível.

Pode-se considerar que essa particularidade reside no tipo de profissional que as realiza (generalista/especialista); na localização geográfico-espacial (Facilidade/dificuldade de acesso); na complexidade das ações e equivalente simplicidade de treinamento (terapias medicamentosas/psicoterapias); no tipo de intervenção (atendimento ao caso/ inserção aos recortes programáticos) ou ainda, de uma determinada arquitetura das ações entre os vários profissionais que possa garantir os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALHO FILHO, J.L., Planejamento de Assistência Hospitalar e Psiquiátrica no Estado de São Paulo e sua relação com a Política Brasileira de Saúde Mental. **Arq. Coord. Saúde Mental do Est. S. P.**, v. XLII, n. especial, pp.79-88, jan/80-dez/81.

ALVES, C. R. O reajustamento étnico-social do negro e do mestiço no pós-guerra. **Arq. Assist. Psicop. Do Est.S.Paulo**, v. IX, n.3 e 4, pp.237-46, 1944.(Conf.)

ALVIM, J.F. Prophylaxia do Suicídio, in **Estudos Neuro-Psiquiatricos**, A Impressora Ltda. Editores, SP, 1931.

_____-Dispensarios e serviços abertos para doentes mentaes. **Arch. Bras. De Hygiene Mental**, , pp.226-8, jun-set, 1934

AMARANTE,P.D.C. A Trajetória do Pensamento Crítico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial. In: **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Ed. Hucitec e Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo - Salvador, 237p.,1992.

ARAÚJO, D. Ambulatórios de Psiquiatria e Higiene Mental. **J.Bras.Psiq.** 7(2): 151-72, abr.jun. 1958.[Relat.]

ARRUDA, J. Notícias e Comentários -Psiqu., **Arq. Neuro-Psiq.**,vol II, n. 2,p.229, jun 44.

- BATESON, G.; JACKSON, D. D.; HALEY, J.; WEAKLAND, J. H. Hacia una teoria de la esquizofrenia. In: **Interacción familiar: aportes fundamentales sobre teoria y técnica**. Buenos Aires, Tiempo Contemporaneo, 1974.
- BEERS, C. W. **Um espírito que se achou a si mesmo**, SP, Ed. Nacional, 1942. (tradução de Manuel Bandeira).
- BELMARTINO, S.; BLOCH, C. Reflexiones sobre participación popular en Salud en Argentina. **Cuadernos Médico Sociales**, 27: 7-21, Rosario, Argentina, 1984.
- BEZERRA JR., B. C. De médico, de louco e de todo mundo um pouco - O campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Guimarães, R.; Tavares, R. A. W. **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro. Ed. Relume Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. A Psiquiatria como discurso da Moralidade. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- _____. Psiquiatria e Sociedade. **Jorn. Bras. Psiq.**, 31(4): 237-46, 1982.
- _____; BEZERRA JR., B. C. Saúde Mental. In: Guimarães, R.; Tavares, R. A. W. **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro. Ed. Relume Dumará, 1994.
- BLAYA, M. Assistência Psiquiátrica Previdenciária - Novas perspectivas. **Coordenadoria de Saúde Mental**. Publicação n. 10, São Paulo, 1973.
- _____. Sequelas das reações psiconeuróticas de guerra. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.19, n.4, pp.315-20, dez 1961.
- BOTELHO, A. Dados sobre as atividades psiquiátricas e de higiene mental no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, Ano I, n.1, pp. 43-56, 1955.

BOTELHO,A. Psicanálise e Higiene Mental, **Revista Brasileira de Saúde Mental**, vol II, n 2 , pp. 19-24, 1956.

BRASIL. S.N.D.M. O 1º Colóquio Nacional sobre Psiquiatria Assistencial Preventiva no Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Mental**, Ano 13,v.XI, n.único, pp.137-49, 1967a

_____. S.N.D.M. A Criação da Campanha Nacional de Saúde Mental. **Rev.Bras. de Saúde Mental**, Ano13, v. XI, n. único, pp.175-96, 1967b.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Serviços Médicos. **Assistência Psiquiátrica na Previdência Social**. Rio de Janeiro,1975a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria No. 32/BSB, de 22/01/1974. In Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Serviços Médicos. **Assistência Psiquiátrica na Previdência Social**, Rio de Janeiro, 1975b. (Anexo)

_____. Ministério da Saúde. **Anais do Seminário Situação de Saúde nas áreas metropolitanas brasileiras**. Fac. de Saúde Pública USP, São Paulo, pp.164-8, 1976.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Relatório Final do Grupo de Trabalho em Saúde Mental, junho, 1987.

BRAVO,A.L. Historia de la Salud Publica Internacional. Politicas Sectoriales y Cooperacion Internacional. Las Experiencias de la OMS y de la OPS. **Cuadernos Médico-Sociales**, Santiago, Chile, v. XXIII, n. 4, pp.5-21, dez. 1982.

BURNHAM, A . C. **The Community Health Problem**, Nova Iorque, Macmillan Co., 1920, p.108. apud ROSEN, 1980, p.385.

BUSNELLO, E.D'A.; THOMAZ, T.O.; ZIMERMAM, D.E.; GERCHMANN, S.; CUNHA, J.A.; AVERBUCH, C.; FREITAS, C.; PRADO, L.D.S.; SILVA, A.C.V.; CRISTÓVÃO, P. A Psiquiatria Comunitária do Centro Médico Social São José do Murialdo de Porto Alegre. **Jorn. Bras. de Psiq.**, v. 24, n.4, pp. 443-78, out.dez. 1975.

CANDEIAS, N. M.F., **Rev. Saúde Pública S.P.**, v. 18, n. especial, pp.1-60, 1984.

CARAVEO A., J.; GONZÁLEZ, C.; RAMOS L., L.; MENDOZA B., P. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. **Salud Publica de Mexico**, v. 28, n. 5, pp.504-14, set/out 1986.

CASTEL, R. Novos conceitos em Saúde Mental, 1986. (em tradução livre de Barbosa, L. H. S. e Albuquerque, M. T. C. (xerox))

_____. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo** Ed Graal, RJ, 1991.

CERQUEIRA, L. **Por uma Psiquiatria Social - um levantamento preliminar**. Rio de Janeiro, 1968, 230p. (xerox)

_____. Perspectivas do Hospital Psiquiátrico Brasileiro. **Coordenadoria de Saúde Mental**, Publicação n.6, São Paulo, 1973a.

_____. Análise Macrodimensional da Problemática de Saúde Mental do Estado de São Paulo. **Coordenadoria de Saúde Mental**, Publicação n.8, São Paulo, 1973b.(Relat.)

_____. Um Quinquênio de Assistência Psiquiátrica no Brasil. 1965/1970. **Coordenadoria de Saúde Mental**, São Paulo, Publicação n.9, 1973c.

- CERQUEIRA, L. Experiências de Psiquiatria de Setor no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.24, n.4, pp.479-91,out.dez. 1975.
- CESARINO, A .C. Uma experiência de Saúde Mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A ., org. **SaúdeLoucura** n.1, Ed. Hucitec, São Paulo,1989.
- CLIMENT, C. E.; DIOP, B. S. M.; HARDING, T. W.; IBRAHIM, H. H. A .; LADRIDO-IGNACIO, L.; WIG, N. N. La salud mental en la atención primaria de salud. **Crónica de la OMS**, 34: 249-55, 1980.
- CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Ayuri Ed., Rio de Janeiro, 184p., 1991.
- COSTA, J. F. Psiquiatria Preventiva e Representação da Doença Mental In: **História da Psiquiatria no Brasil**, 4^a ed., Xenon, 1989.
- _____. **História da Psiquiatria no Brasil**, 4a.ed. revista, Ed. Xenon, RJ,1989.
- FERRAZ, M.P.T. Prioridades em Saúde Mental. **Arq. Coord. Saúde Mental -São Paulo**, v. XLIV, n. único, p. 11-20, jan84/ dez 84.
- _____.; MORAIS, M.F.L. Política de Saúde Mental: Revisão dos dois últimos anos. **Arq. Coord. Saúde Mental- São Paulo**, v. XLV, n.único, p. 11-22, 1985.
- FIOCRUZ. **Guia do Acervo da Casa de Osvaldo Cruz**. COC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
- FOUCAULT,M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Ed.Perspectiva, 1991.
- GALENDE, E. **Psicoanálisis y Salud Mental - Para una crítica de la razón psiquiátrica**. Buenos Aires, Paidós, 1990.

GALVÃO, L.A.P. Notas para a História da Psicanálise em São Paulo. **Rev. Bras. Psicanálise**, v.1, n.1, pp.46-66, 1967.

GIORDANO JR., S. **A Persistência da Higiene e a Doença Mental: contribuição à história das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo** Dissertação (Mestrado), Departamento Medicina Preventiva, FMUSP, 1989.

_____.; PEREIRA, L.M.F. Saúde Mental. In: Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B., org. **Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo, Hucitec, pp.133-50, 1996.

GOLDBERG, D. Epidemiology of Mental Disorders in Primary Care Settings. **Epidemiologic Reviews**, v. 17, n.1, 1995.

GUIMARÃES FILHO, A. **Da Higiene Mental e sua importância em nosso meio**. São Paulo, 1926. 201p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de São Paulo.

HERRERA, A.G. **Higiene Mental**, Ed. Cultural, S.A., 2^a ed, La Habana, Cuba, 1953.

INPS, Relatório do Grupo de Trabalho- monografia da Secretaria de Assistência Médica do INPS- Velloso, C.; Cerqueira, L.; Sequeira, H.; Cunha, C. C.; Moreira, Z.B.; Kritz, J.; Andrade, O. M.; Lannes, E. Rio. 1971.

JABES, M.R.; RIOS, I.C. Uma vigilância epidemiológica em saúde mental. **São Paulo (Estado)**. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica, 8p., 1993.

KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a Reforma Psiquiátrica Italiana. In: **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo, Ed. Mandacaru e Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, pp.67-83, 1987.

- KOVEL,J. The American Mental Health Industry. In: Ingleby,D.(editor): **Critical Psychiatry. The politics of mental health.** New York, Pantheon Books, 1980 apud GIORDANO JR.,1989.
- KRUGMAN,M. Some psychological and psychiatric practices in war countries. **Ment. Hyg.**, 26:354 (julho) 1942. apud MARCONDES, 1944.
- LAING, R. **A Psiquiatria em questão.** Lisboa, 2^a ed., Editorial Presença, 173p.,1979.
- LANCETTI, A . Hospital-dia “A Casa”: Conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A . org. **SaúdeLoucura**, n.1, Ed. Hucitec, São Paulo, 1989a.
- _____. Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A . org. **SaúdeLoucura**, n.1, Ed. Hucitec, São Paulo, 1989b.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the doctor in his community.** McGraw-Hill, New York, 684p.,1965.
- LEMKAU, P. V. **Higiene Mental**, Fondo de Cultura Econômica, México-Bs.As,1953.
- LOPES, R. C.; RAMOS, U. S. Psiquiatria Comunitária - Uma análise crítica e Esboço de um modelo alternativo. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. 1976 (datilografado)
- LOPES, R. C. **Programas de Saúde Mental: a proposta e uma concepção alternativa.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, USP, Dep.Med.Prev.,1982.
- MACHADO, R.; LOUREIRO,A .; LUZ, R ; MURICY, K. **Danação da Norma**, Ed.Graal, RJ, 1978.

MARCONDES, D. Higiene Mental de Guerra. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.II, n.3, pp.239-47, set 1944.

MARSIGLIA, R.G. Os Cidadãos e os Loucos no Brasil. A Cidadania como Processo. In: **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo, Ed. Mandacaru e Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, pp.13-28, 1987.

MASCARENHAS, R., A reforma do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1925. **Revista de Organização Científica**, v. XX, n.234, jun, 1951.

_____. Paula Souza, o Sanitarista Social. **Arq. Fac. Hig.**(São Paulo), 17(I): 51-8, jul 1963.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política**. São Paulo, Hucitec, 1992.

MORÃO DIAS, I. **A história da psiquiatria no Estado de São Paulo: sob o signo da exclusão**. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, 1985.

NECROLÓGIO **Arq. Neur. Psiq.** vol. II, n.1, p.3, mar - 1944.

NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B., org. **Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo, Hucitec, pp.48-65, 1996.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: Guimarães, R.; Tavares, R.A.W. **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro. Ed. Relume Dumará, 1994.

NOVAES, R. L. **A Saúde e os Conceitos**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 185p., 1976.

NUNES, E.D. Trayectoria de la Medicina Social en la America Latina - Elementos para su configuracion. In: Franco, S.; Nunes, E. D.; Breilh, J.; Granda, E.; Yépez, J.; Costales, P.; Laurell, C. **Debates en Medicina Social**. Quito, Organización Panamericana de la Salud, 350p., 1991.

OFFE, C. ; LENHARDT, G. Teoria do Estado e Política Social. Tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da Política Social in Offe, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. R. J., Tempo Brasileiro, p.15, 1984.

OPAS. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, v.LXVI, n.1, p.80, jan 1969 a.

_____. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, v. LXVII, n.1, p.80, jul 1969b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Salud Mental. **Crónica de la OMS**, v.4, n.1, pp.3-7, jan 1950.

_____. Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la Segunda Reunión. Ginebra, 1952. (Serie de Informes Técnicos n.31)

_____. 3º Informe del Comité de Expertos en Salud Mental,1953.**Informe**.Ginebra,1953. (OMS.Série de Informes Técnicos)

_____. La OMS y la Salud Mental, 1949-1961. **Crónica de la OMS**, v. 16, n.3, pp.81-91, mar 1962.

_____. Organizacion de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo. **Informe** 16º informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental., Ginebra,1975. (Serie de Informes tecnicos n. 564).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sartorius, N., Nuevo Programa de Salud Mental de la OMS. **Crónica de la OMS**, 32: 63-7, 1978a.

_____. Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. **Crónica de la OMS**, 32: 445-68, 1978b.

_____. Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones. **Informe**. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra, 1984. (Serie de Informes Técnicos n.698)

_____. **La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria**. Ginebra, 1990.

_____. Nations for Mental Health. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.1, n.3, pp. 253-4, mar 1997.

PACHECO E SILVA, A . C. A **Higiene Mental**, Publ. Div.Dif.Cult. da Reitoria da U.S.P., SP,1952.

_____. **Aspectos da Psiquiatria Social - O Homem, a Sociedade e a Saúde Mental**. São Paulo, Edigraf Ltda, 1957.

PAULA SOUZA,G.H., Eugenia e Imigração. **A Folha Médica**, 9(6), pp.65-7, fev 1928.

_____; VIEIRA, F.B.. **Centro de saúde “Eixo” da Organização Sanitária**. SP, Reed. Imprensa Oficial do Estado,1944.

PEREIRA, L. M.F. **Reformas da ilusão : a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX**, Campinas,414p.Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. 1995.

PERNAMBUCO (ESTADO). Assistencia a Psychopathas. Comunicado da Directoria Geral. **Archivos da Assist. Psych. Pernambuco**, anno 1, n.1, pp.128-9, out 1931.

PHILLIPS, W.C. **Adventuring for Democracy**, Nova Iorque, Social Unit Press, pp.59-60,1940 apud ROSEN,1980, p. 383.

PINHEIRO, L.U.F.; PAIM, J.S.; SANTANA, V.S. Algumas Questões sobre a Psiquiatria Comunitária. **Rev. Assoc. Psiqu. Da Bahia**, v. 1, n.1,pp.9-27, 1977 ;

PITTA-HOISEL, A .M. Apresentação. In: Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental. **Arq. Coord. Saúde Mental - São Paulo**, v. XLIII, n. especial, 42p. jan 82/ dez 83.

_____, **Sobre uma Política de Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina USP, Dep.Med.Prev.1984.

QUERIDO,A., Saúde Mental nos Planos de Saúde Pública. **Coordenadoria de Saúde Mental**, Publicação n.5, São Paulo, 1973. (tradução resumida de Publicaciones Científicas n.81 da OPAS/OMS).

RAMOS, A . **Saúde do Espírito**, SNES, Min.Saúde, RJ, 6^a ed., 1956.

RAMOS, U. S.; LOPES, R. C. Psiquiatria Comunitária : Considerações Críticas sobre o modelo. Trabalho apresentado no II Congresso de Psicopatologia Infanto-Juvenil, 1976. (datilografado).

RELATÓRIO GERAL DE ATIVIDADES das Equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde da Grande São Paulo, referentes ao período de março de 1980 a março de 1981. Texto Mimeo. Apud Pitta- Hoisel, 1984. p.91.

ROSEN,G. **Locura y Sociedad: Sociologia historica de la enfermedad mental**, Madrid, Alianza Editorial,1974.

_____. **Da Polícia Médica à Medicina Social**, RJ, Ed. Graal Ltda.,1980.

SÃO PAULO (ESTADO) Legislação sobre Assistência a Psicopatas em São Paulo, **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, vol. XV (único),jan/dez, 1950.

_____. Relatório do Serviço de Higiene Mental dos Centros de Saúde da Capital. **Arq. Hig. e Saúde Pública**, v.XVII,n.52, pp.359-64, jun/1952a

_____. Relatório do Serviço de Higiene Mental dos Centros de Saúde da Capital, no período de 1948 a 1951. **Arq. Hig. e Saúde Pública**, v.XVII,n.53, pp.435-40, set/ 1952b

_____. Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Saúde Mental. O que é a Coordenadoria de Saúde Mental. Centro de Informações em Saúde, 567, Cx.S4. (em 31/12/1972), São Paulo.

_____. Secretaria da Saúde. **Coordenadoria de Saúde Mental**, Publicação n.3, São Paulo, 1973.

_____. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Projeto de Implantação de Equipes de Saúde Mental em 91 Centros de Saúde I no Estado de São Paulo. São Paulo,1983a. 10p. (datilografado)

SÃO PAULO (ESTADO) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios. Relatório da I Jornada de Integração Centro de Saúde/ Ambulatórios de Saúde Mental. São Paulo, 8p., 1983b.

Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios. Programação de Atividades para o biênio 83-84. São Paulo, 3p., 1983c. (datilografado)

Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios. Proposta de Regionalização, Hierarquização e Integração dos Serviços de Saúde Mental do Estado e da Prefeitura no Município de São Paulo. Centro de Informações de Saúde n. 227. São Paulo, 1983d. 22p. (datilografado)

Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios. Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental. São Paulo, 1983e. (datilografado)

Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios. Relatório de Atividades da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental no ano de 1984. São Paulo, 9p., 1984. (datilografado).

Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. AIS - Ações Integradas de Saúde - Seminário de Avaliação - INAMPS- São Paulo, 7p., julho de 1986.

Secretaria do Governo. **A Batalha da Saúde no Governo Montoro**. S. Paulo, p. 16-23 e p. 87-117, mar, 1987a.

Arq. Saúde Mental - São Paulo, v. XLVI, supl. n.5, jan/dez 1987b.

SÃO PAULO (ESTADO) Secretaria da Saúde. Proposta de atuação do GEPRO de Saúde Mental para o biênio 1989-1990, 16p. 1989.

Secretaria da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde. Saúde Mental - Planejamento e Organização de Serviços: subsídios para o planejamento municipal e regional. 29p. 1990.

_____. Secretaria da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde. Plano de Atenção à Saúde Mental no Estado de São Paulo - Biênio 1991-1992, 16p. 1991a.

_____. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Saúde Mental: Internações Psiquiátricas no Estado de São Paulo. São Paulo, 32p., 1991b.

SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL. **C.I.S.** 552 Cx. S4. Acervo do Centro Técnico de Documentação da Secretaria de Estado da Saúde do Est. São Paulo, 1982.

SEQUEIRA, H.; ASSIS DO CARMO, C.- Deformação no uso do leito hospitalar psiquiátrico no INPS-GB. **Psiquiatria Social e América Latina**. São Paulo, Ed. Referência, pp. 495-7, 1971. apud CERQUEIRA, 1973.

SILVA, E. S. Uma Programação Experimental de Saúde Mental em Centros de Saúde da cidade de São Paulo. Mimeo. 1976.

SILVEIRA, A., Aplicação da genética humana à Higiene Mental Revisão de 300 matrículas do Centro de Saúde de Santana. **Arq. Neuro-Psiqu.**, v.14, n.2, pp. 117-35, jun 1956.

SONIS, A.; PAGANINI, J.M. Atención Médica. In: SONIS, A. org. **Medicina Sanitária y Administración de Salud**. Tomo II. Buenos Aires, "El Ateneo", pp.261-360, 857p., 1978.

TELLES, F.E. da Fonseca, Um grande nome nacional: Paula Souza. **Anhembi**, ano XXII, v.XLVIII, n.144, nov. 1962.

TORRES, A.R.; POMPEI, M.S.; KERR-CORRÊA, F. Avaliação da implantação de um serviço de saúde mental em centro de saúde I. **Revista ABP-APAL**, v. 11, n.3, p.114-20, 1989.

TOSQUELLES, **Recherches**, n. 17, maio, 1975. Apud GALENDE, 1990.

VASCONCELOS, E.M. Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente. **J. bras. Psiq.**, v.41, n. 6, p.283-6, 1992.

WINSLOW, C. E. A . Prefácio. In: **Um Espírito que se achou a si mesmo** BEERS,1942.

_____ The Health Center Movement, **Modern Medicine** 1: 327, 1919. apud ROSEN,1980, p. 390.

YAHN,M. e OLIVEIRA,G. Resumo da História da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**, vol XIII-XIV, n. único. pp.19-33, jan/dez 1948-49.

_____ **Higiene Mental e Saúde Pública**. São Paulo, Edigraf,1955.

_____ **Higiene Mental**. São Paulo,3^a ed, Edigraf, s/d. (1^a ed,1952; 2^a ed,1957)

YASUI,S. CAPS: Aprendendo a Perguntar. In: LANCETTI,A. org. **SaúdeLoucura**, n.1, Ed. Hucitec, São Paulo, 1989.

YUNES,J. Apresentação. In: SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria do Governo. **A Batalha da Saúde no Governo Montoro**. S.Paulo, p. 9-15, mar, 1987.