



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA  
MESTRADO EM HISTÓRIA

Dissertação de Mestrado

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EM PERNAMBUCO (1991 - 2001)**

**José Rogério de Oliveira**

Recife - 2008

JOSÉ ROGÉRIO DE OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E REFORMA  
PSIQUIÁTRICA EM PERNAMBUCO (1991 – 2001)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito para obtenção do grau de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda

Recife - 2008

**Oliveira, José Rogério de**  
**Políticas públicas de saúde mental e reforma**  
**psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001) / José Rogério**  
**de Oliveira. – Recife: O Autor, 2008.**  
**148 folhas : tab.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de**  
**Pernambuco. CFCH. História, 2008.**

**Inclui: bibliografia.**

**1. História social. 2. Psiquiatria – Reforma. 3.**  
**Psiquiatria – Pernambuco. 4. Política social – Psiquiatria.**  
**5. Saúde mental. I. Título.**

**981.34**  
**981**

**CDU (2. ed.)**  
**CDD (22. ed.)**

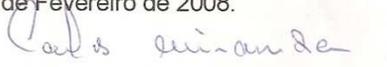
**UFPE**  
**BCFCH2008/74**

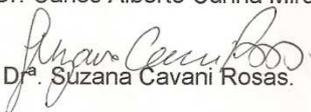


**ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO JOSÉ ROGÉRIO DE OLIVEIRA.**

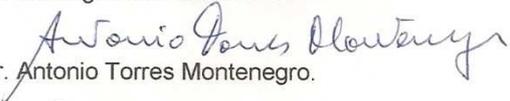
Às 09:00 h do dia 25 (vinte e cinco) de fevereiro de 2008 (dois mil e oito), no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco, reuniu-se a Comissão Examinadora para o julgamento da defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre apresentada pelo aluno **José Rogério de Oliveiras** intitulada **“Políticas Públicas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica em Pernambuco”**, em ato público, após argüição feita de acordo com o Regimento do referido Curso, decidiu conceder ao mesmo o conceito **“APROVADO COM DISTINÇÃO”**, em resultado à atribuição dos conceitos dos professores doutores: Carlos Alberto Cunha Miranda (orientador), Suzana Cavani Rosas e Wellington Barbosa da Silva. Assinam, também, a presente ata o Coordenador, Prof. Dr. Antonio Torres Montenegro e a Secretária do Deptº de História, Rogéria Feitosa de Sá, para os devidos efeitos legais.

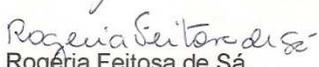
Recife, 25 de Fevereiro de 2008.

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda.

  
Profª. Drª. Suzana Cavani Rosas.

  
Prof. Dr. Wellington Barbosa da Silva.

  
Prof. Dr. Antonio Torres Montenegro.

  
Rogéria Feitosa de Sá.

## AGRADECIMENTOS

**E** escrever as páginas de agradecimentos é, sem dúvida, o momento de reconhecer todos que, de alguma forma, interferiram positivamente para a feitura desta dissertação, já que nela encontram-se as impressões de muitas gentes que possibilitaram a sua realização, árida e prazerosa a um só tempo. Algumas pessoas do convívio acadêmico incentivaram e influenciaram-me diretamente; de antemão, eximo-os de quaisquer “desatinos” cometidos por mim.

Início agradecendo ao meu orientador, o Prof. Dr. Carlos Miranda que, com o seu senso crítico e humanista, acolheu minha proposta de trabalho e esclareceu minhas dúvidas e imprecisões.

Durante o curso das disciplinas na Pós-graduação, eu tive o imenso prazer de compartilhar da generosidade de professores que tomam o conhecimento com compromisso ético. Assim, também agradeço às Professoras Maria do Socorro Ferraz e Regina Beatriz e aos Professores Antônio Paulo Rezende, Marc Jay Hoffnagel, Dennis Bernardes, Flávio Weinstein e Jorge Siqueira.

Não poderia esquecer as pertinentes e elucidativas observações críticas feitas pela Professora Suzana Cavani e pelo Professor Wellington Barbosa no processo de qualificação desta investigação, a eles deixo registrada a minha gratidão, pela interlocução sagaz e pela identificação intelectual cultivada antes mesmo do Mestrado.

Durante o curso de Graduação em História, prestado em Vitória de Santo Antão, fiz muitas amizades boas com professores que sempre apostaram em mim, seja indicando ou me emprestando livros, recomendando leituras, abrindo portas ou motivando-me enfim, para que eu pudesse dar prosseguimento aos meus estudos. Por isso, agradeço a Cibeli, a Ígia e, especialmente, a Inocência Galvão, generosas amigas e mestras.

Não foram poucos os amigos interlocutores, a eles o meu muito obrigado pela participação imprescindível nessa jornada: a Ílzia, pela revisão da dissertação, pela beleza insuperável e amizade, a Johnny e Cadinho, pela palavra amiga, e ainda a Fernanda e Beth; a Ênio e João; aos amigos do mestrado: Cíntia, Andreza, Carol,

Adilson, Carlos Eduardo, Vilmar, Francivaldo, Flavinho, Geovani, muito obrigado pela força.

Agradeço ainda a dois mestres e amigos: Maria Concepta e Augusto, pelas dicas e empréstimos de livros, ao pessoal da Pós-graduação em História da UFPE que, sempre com muita cordialidade, facilitaram-me os trâmites burocráticos; a Aluizio e Carmem, muito obrigado por tudo.

A Denise, secretária da biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e ao pessoal de apoio da biblioteca de Manguinhos, pelos préstimos; e aos primos, Rita e Léo, pela acolhida durante o tempo que pesquisei no Rio de Janeiro.

Por último, mas sem hierarquias de afeição, agradeço profundamente aos meus pais, Ana e João, pela força e estímulo, além, é claro, do amor sem medida; a meus irmãos, Ieda e Romualdo, pelos presentes que me deram no concebimento de Álvaro, José Ailton e João Carlos, meus sobrinhos; a meu primo/irmão, Luiz Paulino e a minha doce Cida, tia/mãe que, como meus pais, está mais exultante do que eu mesmo.

No âmbito institucional, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da UFPE e à CAPES, pela providencial bolsa de estudo.

Gostaria também de agradecer àquelas pessoas que, direta ou indiretamente, facilitaram a investigação, mas que não estão nomeadas nestas páginas de agradecimento.

E, de modo particularmente carinhoso, agradeço a Fernando Holmes, pela paciência, pela palavra amorosa, pelos mimos e cuidados e, sobretudo, pela cumplicidade.

Dedico este trabalho a Maria Paulino  
grande influência humana.

## RESUMO

**E**sta investigação tem como objetivo historiar as políticas públicas em saúde mental e a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco, no período de 1991 a 2001, ressaltando que o Estado e a Psiquiatria sempre estiveram juntos na história da loucura em Pernambuco, através de uma relação de complementaridade. Tendo em vista que a instituição manicomial sempre foi um local de exclusão e violência, consideramos a necessidade de superação desse modelo em face das proposições lançadas pelos partícipes da Reforma Psiquiátrica. Nesse panorama, notamos que a efetivação do projeto reformista só será alcançada por meio de uma ação crítica contínua e de uma participação social efetiva para que a desinstitucionalização da loucura não seja reduzida à desospitalização manicomial. Portanto, para que novas políticas de saúde mental sejam verdadeiramente profícuas, o desafio a ser seguido não é o do ingênuo apagamento da realidade da loucura, mas o da construção de novos espaços de fato democráticos, em que o louco seja pensado e acolhido em sua diferença.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, políticas públicas, saúde mental.

## ABSTRACT

**T**his research aims to follow the history of the public politics toward mental health and Psychiatric Reform in the State of Pernambuco between 1991 and 2001, emphasising the fact that State and psychiatry were always together in history of madness in Pernambuco, in a complementarity-like relationship. Taking into account that the institution of asylum turned into a place of exclusion and violence, we consider the necessity of overcoming that model facing the propositions put forward by those who took part in the Psychiatric Reform. In that panorama, we noticed that the execution of the reformists project will only be reached through a continuous critical action and an effective social engagement, in order that the deinstitutionalization of madness be not reduced to a dehospitalization of the asylum. Therefore, to make new mental health politics truly proficuous, the challenge to be conquered is not the ingenuous obliteration of madness reality, but the building of new actual democratic spaces where the mentally ill, in their difference, be thought and welcome.

Key Words: Psychiatric Reform, public politics, mental health.

Uma medicina privada, “liberal”, submetida aos mecanismos da iniciativa individual e às leis do mercado; uma política médica que se apóia em uma estrutura de poder e que visa à saúde de uma coletividade; não resulta em quase nada.

(Foucault, Michel. 2004. *Microfísica do poder*. p.193)

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
<b>1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA</b>	<b>18</b>
1.1 O acontecimento do manicômio e do saber psiquiátrico	18
1.2 <i>Aos loucos o Hospício</i> : a implementação do manicômio no Brasil	25
1.3 Um local para o desatino em Pernambuco	31
1.4 Uma psiquiatria eclética em Pernambuco	40
<b>2 O MANICÔMIO EM QUESTÃO: NOVAS IDÉIAS SOBRE VELHAS PRÁTICAS</b>	<b>58</b>
2.1 As primeiras experiências socioterapêuticas e o ideal de prevenção	58
2.2 Encontros e desencontros de uma reforma cidadã: a <i>Antipsiquiatria</i> e a <i>Psiquiatria Democrática Italiana</i>	69
2.3 Novos rumos para a loucura no Brasil	76
<b>3 IMPLICAÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REFORMA PSQUIÁTRICA EM PERNAMBUCO</b>	<b>93</b>
3.1 O início da trajetória	93
3.2 Obstáculos à Reforma Psiquiátrica em Pernambuco	18
3.2.1 A desumanização e precariedade na assistência médica psiquiátrica	110
3.2.2 Os serviços psiquiátricos privados	112
3.2.3 A municipalização do projeto de Reforma	114
3.3 Uma Reforma com avanços...	119
3.4 ...e limitações	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
BIBLIOGRAFIA	138

---

---

## INTRODUÇÃO

---

---

No dia 21 de dezembro, quinta-feira, todos os grandes jornais de Pernambuco noticiaram o achamento do corpo de Josiane Severina da Conceição, 30 anos, em um esgoto que media um metro e vinte de profundidade localizado dentro da área do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, precisamente, por detrás da enfermaria daquela unidade hospitalar. Desde o dia 16 de dezembro, os responsáveis pela contagem dos pacientes ali internos deram por sua falta quando, finalmente, no dia 19 de dezembro, numa terça-feira, “alguns funcionários atraídos pelo mal cheiro”<sup>1</sup> descobriram o corpo naquele fosso. Segundo o diretor do hospital, na época o Dr. Margarido Múcio, “O impacto da queda pode ter causado alguma lesão grave, ocasionando a morte de Josiane”<sup>2</sup>. Noutro jornal, o diretor argumentou que “A tampa do esgoto era de ferro e estava submersa por causa das chuvas. Como o material estava danificado, acredito que ela pisou na tampa sem perceber e caiu sem que ninguém visse”<sup>3</sup>. Após a tragédia, o esgoto foi devidamente coberto com uma placa de concreto.

É comum em tragédias de grande comoção que o ser humano tenda a pôr a culpa em alguma manifestação da natureza e, nesse sentido, a chuva se transformou no *carrasco* de Josiane. Porém, sabemos que a história não é bem essa: a chuva talvez tenha precipitado a queda da interna, mas o fator negligência salta aos olhos nesse caso. Josiane estava sob os cuidados de uma instituição que, em tese, deveria protegê-la e tratá-la. A Secretaria de Saúde do Estado instaurou sindicância para apurar os fatos e encontrar os responsáveis pela negligência que vitimou Josiane. Para o diretor, não existiu negligência, “Foi apenas um acidente. Não dá para ter controle com todo mundo. Acidentes assim acontecem até dentro de casa”<sup>4</sup>.

Depois de colocar a culpa na chuva e a desculpa não servir de argumento, foi a vez de culpar a própria paciente. Segundo a reportagem, “O diretor disse que todos os

---

<sup>1</sup> JORNAL. *Folha de Pernambuco*, 21 de dezembro de 2000. Caderno Grande Recife, p. 2.

<sup>2</sup> Cf. op. cit.

<sup>3</sup> JORNAL. *Diário de Pernambuco*, 21 de dezembro de 2000. Caderno Vida Urbana, p. 5.

<sup>4</sup> Cf. op. cit.

pacientes são recolhidos aos respectivos pavilhões a partir das 17 h”<sup>5</sup> e, de acordo com o próprio diretor, “Nesse horário, os doentes não podem ficar circulando no hospital”<sup>6</sup>. Assim, Josiane não deveria estar lá fora, sobretudo, embaixo de chuva. Ainda segundo o Dr. Margarido Múcio, “Ela estava com quadro clínico agudo, ou seja, apresentava todos os sintomas da doença e tomava medicação para melhorar”<sup>7</sup>. De acordo com a própria reportagem, “Múcio não descartou também que a paciente possa ter morrido ao tentar fugir”<sup>8</sup>.

Nesses termos, termina a história de Josiane, esquecida por mais de três dias num buraco fétido, no intramuros para onde havia sido mandada a tratamento. Acharam-na somente após o apodrecimento de seu corpo indicar sua exata localização. Seus familiares – na época, morando a 121 quilômetros do Recife, no sítio Serra Verde, município de Orobó – foram notificados na quarta-feira, dia 20 de dezembro. Até hoje, a causa da morte não foi determinada e tampouco houve inquérito por negligência.

Somam-se a esse outros casos, como o de José Fernandes Xavier, 52 anos, encontrado morto por enforcamento no Sanatório Recife, hospital psiquiátrico particular credenciado pelo SUS/PE. Outra morte por enforcamento foi relatada também nesse mesmo Sanatório, a de Jamerson Ferreira de Almeida, 30 anos. Na unidade psiquiátrica do Hospital Otávio de Freitas, em Recife, foram registradas as mortes da menor P. S., por asfixia, e do menor I. V. A., por traumatismo craniano; além dessas, a de Jaime José da Silva, no Hospital Psiquiátrico Santo Antônio, também por enforcamento<sup>9</sup>. Quase todas essas mortes – à exceção das ocorridas no Hospital Otavio de Freitas – não foram noticiadas pela imprensa pernambucana, sendo divulgadas após o Relatório redigido pela Comissão de Direitos Humanos e pelo Conselho Federal de Psicologia.

Essas mortes revelam o caráter brutal e destrutivo do manicômio, pois sabemos que, nessas Instituições de Violência<sup>10</sup>, grassam a indiferença e o desrespeito à vida das pessoas que necessitam desses espaços e de seus serviços. O hospital psiquiátrico não

---

<sup>5</sup> Cf. op. cit.

<sup>6</sup> Cf. op. cit.

<sup>7</sup> Cf. op. cit.

<sup>8</sup> Cf. op. cit.

<sup>9</sup> *Jornal do Conselho Federal de Psicologia*. Ano XVIII, nº 78, maio de 2004, pp. 10 – 11.

<sup>10</sup> Basaglia identificou que a principal característica do manicômio é a brutalidade e a exclusão, que estão na base de toda relação estabelecida nessa instituição, justificando o uso corrente da coerção física e da exclusão como medidas terapêuticas. BASAGLIA, Franco. (2001). *As Instituições da Violência*, in. A Instituição Negada, pp. 99-133.

deve ser visto, aqui, como o único *carrasco* das inúmeras *Josianes* e numerosos *Josés* que tiveram seu direito à vida negado. Tanta violência e banalização da vida humana nesses locais são também o mórbido resultado de contraditórias e excludentes ações em saúde mental, elaboradas pelo Estado.

Políticas de saúde mental são o resultado de normas, leis e intervenções concretas na vida de vasto contingente populacional que necessita dos serviços psiquiátricos, aqui entendidos enquanto todo o aparato técnico e administrativo oferecidos nos hospitais, clínicas e CAPS prestadores desses serviços. Essas políticas são acionadas pelo Estado, visando a solucionar o problema de acesso à assistência psiquiátrica de pessoas cujas condições sociais de existência dependam, necessariamente, das ações públicas em saúde mental. Noutros termos, consideramos essas políticas de saúde mental a maneira pela qual o Estado tenta conduzir o problema das condições de vida de despossuídos sociais com problemas psíquicos.

Nesse sentido, as políticas de saúde mental no Brasil se constituíram historicamente a partir das necessidades impostas, de um lado, pelos interesses de alguns setores econômicos ligados à assistência psiquiátrica e, de outro, por um Estado pouco afeito às reais demandas assistenciais do louco. Isso termina por estabelecer as contradições entre os discursos – leis, portarias, planos em saúde mental, etc. – e a prática institucional da Psiquiatria, notoriamente excludente e violenta. Além disso, a Psiquiatria encerrou o problema da loucura dentro dos muros manicomial, tornando evidente o seu exercício de poder, afastando o louco<sup>11</sup> do convívio social e estigmatizando-o<sup>12</sup> em termos classificatórios.

A classificação dos loucos se deu pela necessidade de nomear desde a mais simples e evidente demonstração de loucura até as mais sutis de suas manifestações. Inventaram-se tratamentos terapêuticos de todos os tipos, morais, físicos, químicos e, contemporaneamente, neuroquímicos, e nenhum deles logrou curar a loucura. De fato, a

---

<sup>11</sup> O termo “louco”, empregado neste trabalho, refere-se a todos os homens, mulheres e crianças um dia diagnosticados por médicos psiquiatras, valendo salientar que tal termo é aqui utilizado em sua positividade e em oposição aos termos característicos da medicina psiquiátrica (doente mental, psicopata, alienado, etc.), pois que esses reforçam os preconceitos sociais sobre o louco e corroboram idéias e práticas de exclusão e reclusão desse *Outro*.

<sup>12</sup> Goffman (1988: 11-4) observa que os estigmas são marcas visíveis percebidas de diferente forma que, com o desenvolvimento dos estudos de patologia social, criou-se o protótipo do banido social, o qual seria considerado culpado por seu próprio banimento. No rol desses estigmatizados, figuram as abominações do corpo, os estigmas tribais e, finalmente, as culpas de caráter individual, nessas inclui-se o doente mental. In. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.

Psiquiatria encerrou o louco em claustros, nomeando-o cientificamente. Contudo, a loucura sempre existiu e, exatamente por ter acompanhado a trajetória da humanidade desde longa data, tornou-se uma preocupação política. A partir de fins do século XVIII, a loucura perdeu seu atributo de individuação e inseriu-se no contexto dos problemas sociais, incapacitando homens e mulheres para a produção e construção do Estado burguês.

Então, surgem as primeiras necessidades de construir um espaço para seu banimento social, já que tanto incomodavam à nova ordem burguesa. Repleta de propósitos liberais e utilitaristas, o Estado moderno tratou de reformar as velhas instituições hospitalares criando espaços apropriados para o recolhimento de toda sorte de indivíduos classificados como loucos. Novos dispositivos teóricos, práticos e terapêuticos foram elaborados para, cada vez mais, dar aplicabilidade e coerência à própria instituição manicomial, obstando a ação e o desejo do louco. Reformados os antigos hospitais e transformados nos novos manicômios, o tratamento atrelou-se à estrutura política, devidamente regulamentada. Por meio de ações governamentais, sobretudo em saúde coletiva, as inúmeras reformas práticas e teóricas da Psiquiatria validaram-se.

Objetivamos, pois, nesta investigação, identificar a constituição da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco, no período entre 1991 e 2001, a partir de uma crítica histórica sobre a conjuntura da *desinstitucionalização da loucura*, que no Brasil transformou-se em *desospitalização*. Nesse sentido, faz-se necessário o exame crítico de certos discursos de corporações médicas privadas, que passaram a agenciar seus próprios interesses e certas políticas de saúde mental propostas pelo Estado. Assim, consideramos a estruturação político-econômica da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco através da relação de complementaridade entre os interesses do Estado e os da Psiquiatria e, no meio desses, perdem-se de vista as reais necessidades do louco que, em princípio, deveria ser a principal preocupação das instituições em questão.

Para a elaboração desta dissertação, usamos alguns conceitos propostos por Michel Foucault, na apreensão de três eixos principais – verdade, poder, moral –, através dos quais a loucura transmutou-se em doença mental. Na tríplice relação, observamos que a articulação do pensamento foucaultiano demonstra, a partir da medicina psiquiátrica, que a constituição das ciências humanas e sociais inaugura um tipo particular de poder nas sociedades capitalistas. Desse modo, as instituições psiquiátricas, ao inventarem

novos saberes classificatórios, terminam por instituir verdades totalizantes acerca dos comportamentos individuais ou de grupos, incluindo-os ou marginalizando-os numa combinação balizada pelo ponto de vista moral.

Nesses termos, o que caracteriza a medicina psiquiátrica moderna é menos o seu aperfeiçoamento conceitual e técnico do que propriamente suas novas formas de saber e, conseqüentemente, de poder instituído sobre corpos e mentes de um vasto contingente humano, previamente diagnosticado/classificado. O internamento do louco, pois, resulta dessa prática, condizente com uma demanda ideológica. E, assim, a Psiquiatria se torna cúmplice das exigências de controle social, usando mecanismos validados política, jurídica e cientificamente para segregar os loucos da sociedade.

Para Foucault, o saber está intrinsecamente relacionado à questão do poder, à medida que o discurso da racionalidade científica efetua uma nova ordenação/classificação do louco, separando o discurso científico sobre a loucura do não-científico, o racional do irracional e o normal do anormal. Em fins do século XVIII, indivíduos e grupos passaram a ter suas condutas geridas não só pelo Estado, mas também por procedimentos disciplinares conduzidos por novas instituições constituídas para o projeto de normatização da sociedade, a exemplo da instituição psiquiátrica. O projeto de normatização social foi elaborado a partir da produção de saberes locais que se instituíram enquanto verdades absolutas. Assim, disciplinarização e normatização foram efetuadas na conjunção dos interesses do Estado e da Medicina Psiquiátrica. A simbiose entre saber e poder caracterizou o louco como doente mental e legitimou o seu seqüestro, a sua tutela, a sua observação, além de sua estigmatização social, provocando, por fim, a mortificação de seu corpo, de suas vontades e gestos, posto que o indivíduo patologizado, ao adentrar nos recintos do manicômio, tornou-se a extensão da própria instituição psiquiátrica.

O presente trabalho está dividido em três capítulos e o tema da loucura, no que tange à Reforma Psiquiátrica em Pernambuco, está delimitado no período entre 1991 a 2001. Entretanto, para atingirmos o cerne desta investigação, consideramos um retorno histórico ao acontecimento do manicômio. Tal procedimento visa ao questionamento do presente, mas sendo preciso perceber os fatos possibilitadores da instituição manicomial como evento histórico. Assim, procuramos as finalidades do saber/poder psiquiátrico e de seu contrato sociopolítico com o Estado, ressaltando os mecanismos de legitimação dessas práticas. Desse modo, intentamos observar a constituição histórica dos saberes e

práticas sobre a loucura, determinados pela Psiquiatria, que se resguarda na convenção de neutralidade científica.

No primeiro capítulo, recuamos no tempo a fim de mostrar alguns fatos possibilitadores do acontecimento do manicômio no Ocidente e a construção da percepção médica sobre a loucura, em fins do século XVIII. No âmbito nacional, durante a segunda metade do século XIX, observamos a reprodução dessas estruturas e suas singularidades. Especificamente em Pernambuco, a partir do último quartel dos Oitocentos, verificamos que a instituição do manicômio foi uma reivindicação mais política do que médica. Com isso, apreciamos as determinantes do surgimento do manicômio em diferentes lugares, apontando as principais modificações ocorridas na assistência ao louco em Pernambuco, privilegiando, ainda, as reformas assistenciais pretendidas e algumas executadas, sobretudo pelo Dr. Ulysses Pernambucano e sua equipe. Nesse contexto, evidenciamos a relação de complementaridade entre o Estado Novo e a Psiquiatria.

No segundo capítulo, analisamos as principais correntes teóricas e práticas que influenciaram a elaboração das proposições do atual processo reformista, demonstrando que sua reivindicação é o resultado da aglutinação de experimentos anteriores, refeitos conforme as necessidades de políticas públicas de saúde mental gestadas no Brasil. Dentre tantas, destacamos as experiências das *Comunidades Terapêuticas Inglesas*, a *Psiquiatria Institucional Francesa*, a *Psiquiatria Democrática Italiana*, a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria Preventiva*. Tais experiências começaram a aparecer no momento histórico posterior à Segunda Guerra Mundial, num cenário em que surgiram relevantes e variados projetos reformistas, cada qual, a seu modo, questionando a terapêutica ou o próprio manicômio. No Brasil, especificamente, prevaleceu o modelo preventivista estadunidense que, por sua vez, preparou as bases para a implementação das políticas públicas em saúde mental, favorecedoras do modelo assistencial privativo.

Por fim, debruçamo-nos sobre a Reforma Psiquiátrica em nosso Estado, privilegiando o decisivo papel das políticas públicas em saúde mental na elaboração e efetuação de atividades reformadoras, ambientando certos entraves na efetivação da reforma e observando, concomitantemente, os avanços e as limitações na assistência ofertada ao louco em Pernambuco.

Diante disso, apontamos a emergência de estudar a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco sob os condicionantes da História Social, pois que o caráter violento da

instituição psiquiátrica e sua relação com o poder público não aparecem explicitamente quando a Psiquiatria e/ou os representantes do Estado são convocados a explicar as arbitrariedades cometidas no intramuros da instituição manicomial. Caracterizamos, a partir disso, o processo de Reforma Psiquiátrica em Pernambuco, apontando o seu papel de reprodutor de políticas públicas em saúde mental instituídas no Brasil e colocando em pauta algumas determinações governamentais na elaboração de novos dispositivos jurídicos e na implementação de idéias acionadas a partir da década de 1990.

As proposições reformistas surgiram contundentes no cenário nacional; o Movimento de Luta Antimanicomial<sup>13</sup>, por exemplo, com seu caráter político e reivindicativo, mantém na denúncia uma prática que persevera contra as arbitrariedades da psiquiatria e de seu estreito laço com o Estado e, ainda, contra a hegemonia do saber psiquiátrico em relação à loucura. Suas denúncias chamaram a atenção da sociedade para a relação de complementaridade construída historicamente entre o Estado e a Psiquiatria. A consciência social dessa relação promoveu o surgimento de entidades sociais e de direitos humanos preocupadas em estabelecer limites para a instituição psiquiátrica e preparando a base da transformação política e assistencial no setor de saúde mental.

Como referencial teórico-crítico, dialogamos com Michel Foucault, em *A História da loucura na Idade Clássica* (2002), obra fundamental para uma proveitosa crítica à instituição manicomial e ao seu caráter repressor, e em *O Poder Psiquiátrico* (2006), coletânea de artigos em que é discutida a relação de complementaridade entre Estado e Psiquiatria; para uma incursão histórica no universo psiquiátrico brasileiro, selecionamos obras de variados autores nacionais que seguiram a abordagem teórica iniciada por Foucault, como Roberto Machado *et. al*, em *Danação da Norma* (1978), Vera Portocarrero, em *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* (2002), e Magali Gouveia Engel, em *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios - Rio de Janeiro, 1830 – 1930* (2001). Para o entendimento sobre políticas de saúde mental, no Brasil, destacamos o artigo de Madel Therezinha Luz, *História de uma marginalização: A Política Oficial de Saúde mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidades* (1994).

---

<sup>13</sup> O Movimento de Luta Antimanicomial não se insere nos estudos clássicos sobre movimentos sociais urbanos ou outras formas de associativismo dado, sobretudo, ao seu caráter descontínuo e assistemático em Pernambuco, esse movimento surgiu em 1991, segundo a psiquiatra Jave Lemos (1996) — arquivo da autora.

Em todas as obras supracitadas, percebemos como se deu o acontecimento do manicômio e como a figura do louco foi moldada pela Psiquiatria e, ainda, como o poder público – através de campanhas de higienização, de normatização e de saúde pública – concorreram para a efetivação desses saberes.

E, ainda, dialogando com Franco Basaglia – em a *Instituição negada* (2001) e *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (2005) –, notamos que o entendimento de Reforma Psiquiátrica sofreu uma imediata transformação, com as experiências e reflexões elaboradas pelo psiquiatra italiano em Gorizia e Trieste, enfatizando que o papel do hospital psiquiátrico é, essencialmente, de contenção e violência, e não de cuidado e terapêutica. Por isso, o hospital psiquiátrico deveria ser negado e superado, sem negar, no entanto, os estados patológicos do louco. As construções científicas, historicamente datadas, acerca da loucura resultaram na elaboração de conceitos como *alienado mental*, *doente mental*, *psicopata*, *psicótico* etc. Tais conceitos criaram barreiras ante as manifestações individuais de inúmeras gentes diagnosticadas como loucas, tornando-as o inverso dos cidadãos racionais, na concepção da sociedade burguesa, e colocando-as na oposição imediata da condição humana instituída, obstando, ainda, sua integração à sociedade.

De fato, não pode haver Reforma Psiquiátrica enquanto o papel da ciência, o da instituição psiquiátrica bem como o poder do Estado não forem questionados no horizonte teórico colocado. Nesse sentido, o principal ponto desta dissertação é historicizar os modos pelos quais no Brasil e, particularmente em Pernambuco, as políticas públicas em saúde mental processaram-se.

Empregamos fontes históricas elucidativas do processo em questão, entre as quais, destacamos prontuários médicos e relatórios de profissionais em psiquiatria do *Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano*, notícias de jornais locais, Diários Oficiais e periódicos científicos especializados; para uma melhor apreensão dos resultados concretos das ações reformistas, buscamos, junto ao Ministério da Saúde e às Secretarias estadual de Pernambuco e municipal do Recife, dados sobre saúde mental no Brasil, no estado e na cidade.

---

---

## CAPÍTULO 1:

# A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

---

---

“Trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (MACHADO DE ASSIS).

### 1.1 – *O acontecimento do Manicômio e do Saber psiquiátrico*

No conto *O Alienista* (1882), do qual foi extraída a citação acima, a expressão “a face da terra”, no que tange à loucura, já havia sido modificada à época, mediante uma experiência científica que autorizaria o dilatamento de seu campo. A ampliação da noção de loucura pela medicina desde fins do século XVIII, na Europa e Estados Unidos, possibilitou o surgimento de novas definições para a loucura, mas também implicou a mudança da percepção social sobre os loucos e, o mais importante, promoveu uma reforma na assistência a eles dispensada, a partir da instalação do manicômio. Nesse sentido, buscaremos nos deter, neste Capítulo, nessa reforma assistencial e seus desdobramentos.

Assim, recompondo a trajetória do pensamento alienista / higienista, focalizaremos o período de instauração da reforma hospitalar, a partir do qual se deu o acontecimento do manicômio na França revolucionária e no Brasil imperial até meados do século XX, mais precisamente quando do surgimento dos neurolépticos, em inícios dos anos de 1950, observando alguns dos principais projetos de medicalização da sociedade com os quais a psiquiatria instituiu-se como instrumental técnico-científico poderoso, enfatizando os eventos ocorridos no estado de Pernambuco.

Nessa direção, reputamos, inicialmente, a expressão denominada *Reforma pineliana*<sup>14</sup>, cuja história é conhecida e tem permanecido no imaginário da medicina

---

<sup>14</sup> Nas palavras de Pedro Gabriel Delgado, a reforma pineliana ocorreu no momento em que alguns reformadores após a *Revolução Francesa* delegaram a *Philippe Pinel*, influente médico francês, a tarefa de humanizar a assistência e oferecer terapêutica clínica aos internos dos *Hospitals Generais*, como os de *Bicêtre* e *Salpêtrière*, os quais integravam o conjunto de instituições hospitalares para o recolhimento dos marginalizadas da sociedade. Nessa iniciativa, a distinção / separação dos loucos de outros indesejáveis sociais possibilitou a emergência do asilo. O autor salienta também que, na retórica dos reformadores, o

psiquiátrica como o ato inaugural da própria psiquiatria. Para sublinhar a força dessa representação, oferecemos trecho de trabalho apresentado no *1º Congresso Médico de Pernambuco*, em 1º de Maio de 1909, no *Lyceu de Artes e Ofícios de Pernambuco*, em que observamos a ratificação do legado triunfalista de Phillipe Pinel, mais de cem anos depois:

*Por fim Pinel, auctor da memorável reforma de 1793, mudou completamente, a sorte dos loucos e inaugurou uma nova era na história da medicina mental. Diante dos supplicios que barbaramente se impunham aos pobres alienados, resolveu-se, PINEL, a dar o brado de seus vehementes protestos, provocando, dest'arte, um movimento geral em prol desses infelizes. Aos máos tratos, às violencias brutaes, aos golpes e às correntes, instituiu elle meios de repressão sabiamente combinados; mostrou os effeitos da energia, concertando com a doçura e a paciência, como base firme do tratamento moral. Demonstrou a necessidade de crear-se para os alienados, um estabelecimento especial, indicando os princípios que deviam presidir à sua construcção, à sua organização, à sua direcção, à separação dos doentes em secções distinctas, de conformidade com a natureza de sua molestia mental: em uma palavra, traçou as primeiras regras da hospitalisação dos alienados e fez comprehender-se o papel do médico na observação e na direcção scientifica e material desses doentes.*

*Tal é a summula da reforma de PINEL, o homem que, por sua generosa iniciativa e perseverante vontade, realisou o que muitos seculos em vão haviam procurado: a rehabilitação do alienado e a sua elevação à dignidade de doente*<sup>15</sup>.

No fragmento, cumpre-nos demarcar, inicialmente, a insistência de Dr. Codeceira em vislumbrar o filantropismo reformador no gesto pineliano de libertar os loucos internos no *Bicêtre*, com vistas ao tratamento apropriado. Tal crença não era compartilhada e propagada apenas pelo médico pernambucano, pois tanto Pinel quanto Esquirol, com seu tratamento físico-moralizante<sup>16</sup>, forneceram as diretrizes teóricas e

---

manicômio, criado em nome da liberdade, visava ao “imperativo (ético e filosófico) da liberdade e do direito”, do qual decorreria a necessidade de tutela e asilamento dos loucos. DELGADO, Pedro Gabriel (1992); in *As Razões da Tutela*, pp. 36-7. Para maior aprofundamento a respeito das reformas realizadas no âmbito da assistência hospitalar e da criação e instituição do manicômio na França revolucionária, indicamos ainda CANGUILHEM, George (1978); in *O Normal e o Patológico*, pp. 210-6. Na obra, Canguilhem indica-nos que a reforma exprimiu “uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levava enfim ao que se chamou desde então de normalização”. As implicações histórica e filosófica das ações médicas na sociedade evidenciam a imbricada teia em que se envolveram esse campo de saber, a política, a sociedade burguesa e os imperativos capitalistas para a adaptação de sujeitos à reprodução da nova ordem política, social e econômica que, à época, encontrava-se em processo de instituição, não apenas na França.

<sup>15</sup> CODECEIRA, Alcides (1910); in *ANNAES do 1º Congresso Médico de Pernambuco*, pp. 326-7.

<sup>16</sup> Heitor Resende acentua que o tratamento físico-moralizante preconizado por Pinel – e retomado e ampliado por Esquirol – não se constituiu enquanto saber clínico acabado, ora como etiologia, ora como tratamento específico de doença mental, oscilando entre as mais rígidas, disciplinadoras e permissivas posturas que dependiam da personalidade de seus aplicadores. RESENDE, Heitor (1990); in *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*, pp. 25-9. Birmam anota, de outro modo que, quando o “tratamento moral torna-se psicoterapia imatura [...], desintegra-se o saber psiquiátrico no seu núcleo

práticas da medicina alienista no Brasil, que remontam à segunda metade do século XIX.

Devemos salientar que a presença do médico no palco da loucura não se detecta unicamente após Pinel libertar os loucos em *Bicêtre*, em fins do século XVIII<sup>17</sup>; a maneira com que a medicina lidava com o desatino durante o Antigo Regime, consoante Robert Castel<sup>18</sup>, não era de todo contrária a uma certa medicalização, muito embora fosse ainda impossível considerar a existência de uma ciência médica do tipo Clínico<sup>19</sup> naquele período, mas, apenas no final dos Setecentos, “a loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam a outros reclusos”, conforme o mesmo Castel.

Nesse contexto, a psiquiatria faz sua aparição após a publicação do *Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental* (1801) ou *Traité de Pinel*, como é comumente conhecido<sup>20</sup>. De fato, o aparecimento da medicina alienista e/ou psiquiátrica apenas se tornou possível em face “do surgimento do asilo de loucos. A psiquiatria foi capaz de florescer depois – mas não antes – de grande número de internos encher os manicômios”<sup>21</sup>. No entanto, seria extremamente artificioso acreditarmos na argumentação bastante difundida de que a psiquiatria se instituiu apenas na França,

---

significativo; ao não tratá-lo metodicamente como um corpo complexo e estruturado, constituído de teoria–terapêutica–asilo, sem o qual, entretanto, nenhum de seus elementos constitutivos ganha seu verdadeiro lugar e explícita a sua funcionalidade”. Assim, se desconsiderássemos a crítica efetiva ao tratamento físico-moral, por não conter, em seu bojo teórico-prático, elementos clínicos, anularíamos o caráter mais evidente do saber e da prática psiquiátrica no momento de sua constituição, a arbitrariedade praticada dentro dos muros dos manicômios e que serviu aos propósitos iniciais da ciência psiquiátrica, qual seja, a exclusão social e/ou domesticação dos corpos dos considerados sem razão. Cf. BIRMAM, Joel (1978); in *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*, pp. 29-30.

<sup>17</sup> Os séculos XVII e XVIII marcaram a passagem da loucura do campo das explicações religiosas, notadamente a demonista, para o âmbito da ciência médica. Em 1625, Félix Plater foi quem primeiro utilizou a expressão “alienação mental” (*mentis alienatio*), depois retomada pelo *Alienismo*, este o responsável pela elaboração de grande parte da psiquiatria do século XIX, o qual produziria enunciados sobre o louco e a loucura em termos científicos. Além disso, em 1777, o médico e professor William Cullem publicaria trechos de aulas ministradas na Universidade de Edinburg, em que concebia a loucura como a decorrência de um distúrbio do sistema nervoso, lançando as bases para as futuras teorias organicistas. PESSOTTI, Isaias (2001); in *A Loucura e as Épocas*, pp. 124-44.

<sup>18</sup> CASTEL, Robert (1978); in *A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo*, p. 57.

<sup>19</sup> Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault observa que a medicina de tipo clínico surgiu em fins do século XVIII, a partir de possibilidade histórica e condições políticas precisas, quando o domínio de sua experiência e estrutura de racionalidade criam “a possibilidade do indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento”. FOUCAULT, Michel (2003); cf. op. cit., p 227.

<sup>20</sup> Pessotti informa-nos que, no plano estritamente médico/teórico, a loucura fez sua aparição a partir do *Traité*, tornando necessária / inevitável a relação de complementaridade entre “etiologia passional ou ‘moral’, lesão mental e manicômio”; anota ainda que, antes do século XIX, não havia uma “classificação verdadeiramente *nosográfica* da loucura”. Cf PESSOTTI, Isaias (1992); in *O Século dos Manicômios*, pp. 67-70.

<sup>21</sup> PORTER, Roy (1991); in *Uma História Social da Loucura*, p. 27.

embora não possamos negar a fortíssima influência teórica que o saber psiquiátrico francês legou ao mundo, sobretudo se pensamos no Brasil.

Pinel, na França, Tuke, na Inglaterra ou Rush, nos Estados Unidos, foram os pioneiros de um movimento reformista no tratamento dispensado ao louco, possibilitando a construção de locais específicos para a internação, nos quais ele passaria a receber algum tipo de cuidado. Nesses termos, esse saber constituiu-se a partir de pilares filantrópicos e científicos<sup>22</sup> e a institucionalização do manicômio foi impulsionada em fins do século XVIII, quando a maioria das nações européias e os Estados Unidos instituíram seus próprios hospícios mediante as reformas realizadas em antigas instituições hospitalares. Muitos desses hospícios sempre funcionaram “como meros lugares convenientes para encerrar pessoas inconvenientes”, além do quê, à medida que “os procedimentos legais de interdição se desenvolveram no século XIX, esses manicômios tornaram-se cada vez maiores e ficaram abarrotados de casos sem esperança”<sup>23</sup>.

A respeito das teorias e práticas desses pioneiros, o julgamento de estudiosos voltados para a elaboração de uma história da psiquiatria e/ou da loucura aparece de maneira polarizado: de um lado, há uma consagração acrítica das ações de homens como Pinel – o filantropo que libertou dos grilhões os loucos do *Bicêtre* –; de outro, as opiniões partem do princípio de que as correntes que antes aprisionavam os loucos foram substituídas por outras, tanto mais perigosas porque mais sutis e aceitáveis socialmente. Dentre essas, contemplamos as considerações tecidas por Michel Foucault, para o qual Pinel

*fez ruir as ligações materiais (não todas, entretanto), que reprimiam fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpetua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros [...]. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de*

---

<sup>22</sup> Não podemos negar que a reforma assistencial iniciada em fins do século XVIII, na conjuntura histórica do Iluminismo, possibilitou as primícias reflexões sobre os loucos em termos científicos e humanitários, oferecendo-lhes a cura para seus males psíquicos, mediante sua elevação à dignidade de doente. Porém, é imprescindível admitir que tal dignidade levou-os à estigmatização, legitimando sua captura nos manicômios e promovendo a cronificação e esquecimento de inúmeros homens, mulheres e crianças para ali encaminhadas. GOFFMAN, Erving (2005); in Manicômios, Prisões e Conventos, pp. 23-69.

<sup>23</sup> PORTER, Roy (2004); in Das Tripas Coração: Uma Breve História da Medicina, pp. 169-172.

*um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais*<sup>24</sup>.

Seguindo a análise desse pensador, notamos que a *memorável reforma* promoveu a substituição da violência explícita por uma mais velada, em que ameaças e privações seriam a tônica do tratamento físico-moralizante preconizado pelo alienista que, dentro do asilo, possuía o absoluto poder de julgar e dirigir o comportamento dos internos, além de ser reconhecido institucional e socialmente como a única e máxima autoridade no assunto capaz de teorizar, nomear e enunciar sobre a loucura. Contudo, devemos evitar, aqui, tratar o movimento de institucionalização da loucura como sendo essencialmente repressivo e punitivo, pois era principalmente segregador, no sentido de o alienismo ter florescido a partir da prática de confinamento; seguindo o preceito fundamental alienista, confinar os loucos prestava-se tanto a seu bem-estar e segurança deles quanto garantia da segurança e bem-estar da sociedade.

O momento histórico no qual o louco se tornou um ente ameaçador a si mesmo e à sociedade é caudatário à ciência do Direito Penal<sup>25</sup>, quando se passou a conjugar os temas da *proteção do louco* e *defesa da sociedade* perante os excessos da loucura. Nessa direção, esses temas combinados constituem, desde os primórdios da psiquiatria, os pólos em que se moveram tanto os debates e orientações psiquiátricas quanto as opções organizativas do legislativo<sup>26</sup>, fixando-se em torno da matéria, as primeiras legislações sobre os princípios definidores da chamada periculosidade social do louco e

---

<sup>24</sup> FOUCAULT (2000); in Doença Mental e Psicologia, p. 82.

<sup>25</sup> O período inicia-se na segunda metade do século XIX, a partir da apropriação de saberes da Biologia, Psicologia e da Medicina para estabelecer uma compreensão do comportamento humano a partir de sua natureza biopsíquica, ensejando o surgimento da *Escola Positiva de Direito Penal*, para a qual um infrator pertenceria à categoria dos indivíduos portadores de anomalias biopsíquicas mediante um comportamento delituoso, caracterizador de sua periculosidade. Assim, se *crime* confunde-se- com *doença*, de um lado e, de outro, sendo a loucura uma doença, então o louco seria um criminoso (porque portaria uma anomalia) em cujo delito situar-se-ia sua periculosidade. Cf. CARRARA, Sérgio (1987); in Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.

<sup>26</sup> Historicamente, a inter-relação entre Psiquiatria e Estado erigiu-se amparada no controle da sociedade, intermediada por aparelhos repressivos estatais – dentro dos quais emerge a psiquiatria, especialmente quando pensamos no manicômio. Contudo, sem a legitimação das Ciências do Direito e sem a concordância da Sociedade, a psiquiatria não teria tal poder. Dessa forma, sem condições de inserção em atividades minimamente produtivas e regulares os loucos foram se constituindo juridicamente enquanto entes ao mesmo tempo; incapazes, irresponsáveis e perigosos e essa idealização, científica e jurídica, estabeleceu os três grandes ângulos por onde é visto o louco até os nossos dias os; de preconceito, de exclusão e de intolerância. Para uma apreciação sobre as relações entre loucura, Estado e judiciário indicamos a obra de CASTEL, Robert (1978); cf. op. cit., pp. 215-74. E, sobre as leis que definiriam os loucos no Brasil, remetemos à leitura de NERY FILHO, Antonio & PERES, Maria Fernanda Tourinho (2002); in A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Ininputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança, pp. 335-55.

das finalidades, usos e modos para o seu tratamento que se iniciava com seu isolamento<sup>27</sup>.

Em seu *Des maladies mentales* (impresso pela primeira vez na Paris de 1838), Esquirol realça o valor da prática de isolamento:

*O isolamento tem a finalidade de modificar a direção viciosa da inteligência e dos afetos dos alienados: é o meio mais enérgico e ordinariamente mais útil para combater as enfermidades mentais [...] Todos os médicos ingleses, alemães e franceses, que se dedicam ao estudo das enfermidades mentais, aconselham o isolamento dos alienados, e são unânimes sobre a utilidade deste meio de cura [...] O isolamento ao qual geralmente se recorre, porque esta mais ao alcance de todas as fortunas, e todos os meios de tratamento então reunidos, consiste em colocar o enfermo numa casa consagrada ao tratamento das enfermidades mentais*<sup>28</sup>.

O isolamento teorizado e praticado por Esquirol e reconhecido nos grandes centros do mundo enquanto mecanismo eficaz e necessário – ainda que ordinário – para se chegar à cura do alienado mental procurou, com efeito, conferir uma flexibilidade conceitual cuja aplicação efetuava-se a partir da observação da personalidade do paciente internado ou da observação dos sintomas manifestos de sua “doença”, sendo esse isolamento aconselhado conforme os preceitos estabelecidos pela terapêutica físico-moralizante. É também oportuno lembrar que, em 1764, o filósofo iluminista Voltaire lançava o notório *Dicionário Filosófico*, no qual define a loucura como as “[...] doenças dos órgãos do cérebro que impedem o homem de pensar e agir como os outros: não podendo gerir seus bens, é interdito; não podendo ter idéias de acordo com a sociedade, é excluído; se for nocivo é enclausurado, se for furioso trancafiam-no”<sup>29</sup>.

Iniciou-se, assim, um processo de cristalização, menos para a definição da loucura do que para o direcionamento dos procedimentos em relação ao louco daí em diante: interdição, enclausuramento, exclusão. As idéias sobre sua exclusão e confinamento propostas por Voltaire, 64 anos antes da terapêutica preconizada por Esquirol, denotam a grande transformação no saber sobre a loucura, não por via de uma grande descoberta médico-científica, mas mediante sua identificação com comportamentos delinquentes

<sup>27</sup> Foucault esclarece-nos que o isolamento do louco nos manicômios só foi legitimado socialmente depois que este “assumiu um valor terapêutico, e isso através do reajustamento de todos os gestos sociais ou políticos, de todos os ritos imaginários ou morais, que [...] haviam conjurado a loucura e o desatino”. FOUCAULT, Michel.(2002); in *História da Loucura*, p. 434.

<sup>28</sup> Esquirol apud BIRMAM, Joel (1994); cf. op. cit., pp. 260-2.

<sup>29</sup> VOLTAIRE (2002); in *Dicionário Filosófico*, p. 361.

ou perigosos. Então, isolá-los tornou-se a primeira prática a ser de fato efetuada<sup>30</sup>. Além disso, importa-nos sublinhar que o isolamento dos alienados nos antigos manicômios representou a legitimação da psiquiatria enquanto ciência – considerando que o enclausuramento de indivíduos nesses espaços gerou pesquisas científicas específicas<sup>31</sup>.

E como eram estes asilos? Geralmente, possuíam diversos pavimentos (nos quais os internos eram separados por sexo e diagnóstico), simetricamente dispostos no terreno, e interligados por corredores ou isolados entre si; possuíam muros altos, pátio interno com jardins (onde era permitida sua circulação) ou jardins ao redor dos pavimentos (em recintos interditados aos passeios dos internos) ou, ainda, jardins internos ao redor do conjunto. Contudo, a configuração primordial do hospício do alienado oitocentista não era ser a de um lugar aprazível com jardins bem cuidados, com uma vista bucólica, como faziam crer as imagens amplamente divulgadas por médicos alienistas e poder público. Pelo contrário, destinavam-se, primordialmente: ao internamento, em primeiro lugar; em segundo, ao diagnóstico; em terceiro, à classificação; e, finalmente, ao tratamento e cura para o louco ali encaminhado<sup>32</sup>.

O alienado que adentrasse em seus portões deveria possuir uma vontade reta e abster-se de suas paixões, superstições, idéias políticas, vícios ou taras. E, dessa forma, o internamento no hospício do século XIX coincidiu com o momento em que a loucura passou a ser concebida mais como conduta social irregular do que propriamente uma patologia, posto que, na história do desatino, o alienismo, como prática de isolamento também traduziu: “[...] um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de

---

<sup>30</sup> Sobre o debate iluminista acerca da antinomia estabelecida entre loucura e liberdade, recomendamos a leitura da obra foucaultiana, especialmente o Capítulo 12º, intitulado *Do Bom Uso da Liberdade*. FOUCAULT, Michel (2002); cf. op. cit., pp. 417-57.

<sup>31</sup> Foucault explicita também que, ao final do século XVIII, o asilo proposto por homens como Pinel e Tuke instaurou a antinomia loucura–liberdade, posto que a positividade das teorias médicas imbricou a loucura com estruturas de proteção jurídica, possibilitando, ao mesmo tempo, o surgimento dos postulados da psiquiatria, dos “temas de uma ciência objetiva do homem” e da “restrição à liberdade material dos insensatos”. Cf. op. cit., pp. 435-457.

<sup>32</sup> É ainda Foucault quem anota que o manicômio do século XIX indicia-o como “lugar de diagnóstico e classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios, cuja disposição faz pensar numa grande horta; mas também espaço fechado para um afrontamento; lugar de uma luta; campo institucional, onde se trata de vitória e submissão”. FOUCAULT, Michel (1997); in O Poder Psiquiátrico, p. 49.

integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”<sup>33</sup>.

O acontecimento do manicômio só foi possível, pois, a partir da construção de um argumento, a um só tempo científico, político e jurídico de exclusão – e paradoxalmente de inclusão – para o indivíduo alienado. Todavia, tal inclusão seria apenas validada a partir da observação e fala psiquiátrica restrita aos espaços do manicômio. Além disso, é precisamente por seu caráter normalizador, custodial e excludente que o saber do médico/alienista passou a produzir os vários nomes da loucura. Revestida de máscara humanitária, mas legitimada cientificamente, essa prática médica instaurou novas percepções sociais sobre a loucura. Portanto, o hospício, no imaginário social – em que pese suas promessas – é historicamente percebido menos como local de cura do que de banimento, esquecimento e estigmatização social de incontáveis seres humanos.

## **1.2 - *Aos loucos o hospício: a implementação do manicômio no Brasil.***

Em terras brasileiras, foi apenas a partir da terceira década do século XIX que um saber médico teórico se manifestou discursivamente visando a instituir, no país, uma “casa de Orates”<sup>34</sup> como as já existentes nas nações ditas civilizadas. Nessa perspectiva, reputamos que o acontecimento do hospício no Brasil só pode ser entendido a partir de 1830, quando veio a público o Relatório efetuado pela *Comissão de Salubridade Geral* ligada a *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*, criada em 1829<sup>35</sup>.

Foi, então, a partir da divulgação desse documento que começaram a surgir os primeiros debates públicos acerca da criação de um *locus* específico para o confinamento dos loucos no país. Os protestos eram oriundos, em sua maioria, de médicos que se contrapunham à situação em que se encontravam os loucos assistidos pela Santa Casa de Misericórdia, em contrapartida e precipuamente, eles asseveravam a

---

<sup>33</sup> Os novos significados atribuídos à pobreza e ao superdimensionamento ético dado ao trabalho, a partir da conjuntura histórica do Iluminismo, formam o conjunto de motivos e o tempo que determinaram tanto a experiência quanto o sentido atribuído à loucura, ensejando a instituição do manicômio e da psiquiatria. Nesse sentido, o sonho burguês de uma cidade onde imperasse uma razão absoluta realizar-se-ia por meio de um mecanismo estatal e científico que fez do internamento o dispositivo ideal para a “eliminação espontânea dos a-sociais. Cf. FOUCAULT, Michel (2002); op. cit., p. 436.

<sup>34</sup> Cf. ASSIS, Joaquim Maria Machado de (1991); in *O Alienista*, pp. 9; 54-5.

<sup>35</sup> Para um esclarecimento maior sobre o citado documento, ver MACHADO, Roberto et al (1978); in *Da(na)Ação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, pp. 180-193.

imediate criação de um hospício de alienados na cidade do Rio de Janeiro, com vistas à melhoria de atendimento aos “doidos” do Império, trazendo, como ponto central de suas propostas, a máxima *aos loucos o hospício*. A argumentação era bastante clara, fundando-se no fato de que a “terapêutica” oferecida nessa já quase quatrocentona instituição de caridade<sup>36</sup>, indicava menos um tratamento do tipo clínico do que “a salvação da alma” das pessoas que dessas instituições necessitassem, para o que, era urgente e necessária a construção de um hospício.

Estavam lançadas, portanto, as bases discursivas para a institucionalização da loucura no Brasil, cuja principal meta era a construção de um hospício. Após sua publicação e divulgação, muitos outros opúsculos vieram fazer eco às proposições presentes no relatório da comissão de salubridade. Essas publicações, além de insistirem na construção de um hospício e nas críticas à assistência ofertada nas Santas Casas, passaram a chamar a atenção da sociedade para a situação de perigo que o louco oferecia a si mesmo e, principalmente, aos outros<sup>37</sup>.

Um dos artigos em particular, publicado no *Diário de Saúde*, informava sobre o perigo representado pelos loucos que trafegavam livremente pelas ruas do Rio de Janeiro<sup>38</sup>. Segundo seu autor, o Dr. Sigaud, o livre trânsito do insano constituía uma latente “ameaça a hygiene publica”, considerado, por isso, um caso para a *Polícia Médica*<sup>39</sup>. Ainda conforme o combatente médico, caberia à polícia médica intervir, não apenas em assuntos de hygiene pública, mas também controlar o “doido” que circulava

---

<sup>36</sup> As *Casas de Misericórdia*, fundadas pela rainha Leonor de Lancastre (1498), possuíam a função precípua da prática caritativa – tratamento e amparo a doentes e/ou pobres e/ou órfãos –, recebendo, também, os chamados *cabeças alienadas*. Nesse sentido a missão da Misericórdia vincular-se-ia ao âmbito espiritual dos doentes, assistindo e preparando as almas para a morte ou aceitação de seu infortúnio. Cf. RIBEIRO, Lourival (1971); in *Medicina no Brasil Colonial*. Sobre o assunto, ver também MIRANDA, Carlos Alberto Cunha (2004); in *A Arte de Curar nos tempos da Colônia: Limites e espaços de cura*, pp. 405-23.

<sup>37</sup> José Francisco Xavier Sigaud e Luiz Vicente De-Simoni produziram textos emblemáticos sobre questões como a necessidade de trancafiar os loucos em local apropriado e a periculosidade atribuída aos loucos soltos nas ruas, a partir do projeto de faxina nas cidades idealizado e perseguido pela medicina Oitocentista e acalentado pelas elites políticas do Rio de Janeiro. Cf. SIGAUD, José Francisco Xavier (1835); in *Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro* e DE-SIMONI, Luiz Vicente (1839); in *Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento para o tratamento dos alienados*.

<sup>38</sup> Cf. SIGAUD, José Francisco Xavier (1835); op. cit., pp. 8-10.

<sup>39</sup> No Brasil, foi com a chegada de D. João que a Intendência Geral de Polícia criou a polícia médica, em 5 de Abril de 1808, à qual coube, no geral, a manutenção e promoção da hygiene pública, além do conhecimento, ordenamento, normatização e disciplinarização das populações urbanas. Sua extinção, em 1828, não significaria o fim das ações do Estado voltadas para a área, mas que a atribuição de elaborar leis e fiscalizar a saúde pública assistiria, ora, às Câmaras Municipais. Cf. MACHADO, Roberto et al (1978); op. cit., pp. 166-8.

livremente pelas ruas, razão pela qual essa polícia deveria direcionar a atenção e repressão àqueles que poderiam vir a enfurecer-se e, de súbito, praticar um homicídio ali mesmo, na rua. Um discurso médico já respaldado por legislação específica, tendo em vista que, desde 1830, o Primeiro Código Criminal do Império do Brasil trataria de constituir, juridicamente, o(a)s louco(a)s do País<sup>40</sup>.

De outro modo, a construção de uma legislação criminal, no período imperial, apontava, também, para o reconhecimento da inocência dos atos criminosos praticados pelo indivíduo declaradamente louco – o que significou um certo avanço em relação à concepção vigente. No entanto, com a promulgação do Código, a justiça criminal e a nascente psiquiatria brasileira tornaram-se aliadas, obviamente por ambas se ocuparem de comportamentos considerados desviantes no humano (delinqüente/doente), acabando por imputar ao louco uma delinqüência que, conseqüentemente e de forma sistemática, estigmatizaram-no duplamente.

Além disso, a construção de um espaço específico para a clausura dos loucos significaria que esses juntamente como os criminosos, poderiam ser reabilitados, desde que tivessem - como sugeriu De-Simoni em 1839 - “um estabelecimento especial para tratamento” como já ocorria “em quase todas as cidades da França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos da América”<sup>41</sup>. Outro fator a destacar diz respeito ao reconhecimento jurídico-legal da autoridade familiar; os loucos que cometessem crimes poderiam ficar sob a guarda das famílias, aspecto já existente na prática, sobretudo quando o louco pertencesse a uma família rica, em razão de, como considerado pelo Dr. Sigaud, os loucos oriundos das “famílias abastadas” viverem, em geral, da maneira mais controlada e discreta possível, “isolados em quartos fechados, vigiados, alimentados e tratados” longe das ruas da cidade e devidamente ocultado livrando a cidade de escândalos públicos<sup>42</sup>.

Assim, o louco analisado pela medicina alienista tornou-se uma figura tão perigosa (circulando livremente nas ruas da cidade) quanto injustiçada, sofrendo chacotas e

---

<sup>40</sup> O Art. 10º presente no Código Criminal do Império do Brasil, trata dos criminosos inimputáveis, dispõe, no §2º, que serão considerados não-criminosos “os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime”. Ainda conforme o Código, em seu Art. 12, “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas a eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente”. NERY FILHO, Antônio & PERES, Maria Fernanda Tourinho (2002); cf. op.cit., p. 338.

<sup>41</sup> DE-SIMONI, Luiz Vicente (1839); cf. op. cit., pp. 241-2.

<sup>42</sup> SIGAUD, José Francisco Xavier (1835); cf. op. cit., p. 6.

agressões nas ruas ou violência nas Santas Casas, devendo, então, ser devidamente encapsulado em espaço adequado para tratamento, onde não colocasse em perigo a si mesmo e aos outros. Da mesma forma, a justiça considerar o louco um criminoso potencial ou vítima indefesa, tratou de abrigá-lo sob legislação específica – a inimputabilidade do louco. Assim, a emergência do hospício no Brasil foi ensejada por um discurso médico, legitimado em arcabouço jurídico.

A primeira tese acadêmica sobre psiquiatria no Brasil, intitulada *Considerações Gerais sobre Alienação Mental*, foi defendida em 1837, por Antônio Luiz Silva Peixoto, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Nela, Dr. Peixoto – notório divulgador e reproduzidor, em terras brasileiras, das teorias do francês Esquirol – advoga enfaticamente sobre as benesses que um tratamento médico poderia trazer ao alienado; e a necessidade de um estabelecimento próprio para seu tratamento; além de se constituir o espaço ideal para tratá-lo, também o isolaria de suas famílias e da sociedade (focos considerados muitas vezes deflagradores da alienação mental). Essas casas especiais deveriam ser construídas longe de aglomerados urbanos, como evidencia o mesmo Dr. Peixoto:

*A construção e direção de uma casa de alienados influi muito para o bom êxito do tratamento. Um tal estabelecimento deve ser construído fora das grandes povoações e cidades, num lugar plano e elevado, e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve oferecer separações distintas e suficientes para que os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranqüilos, os que se acham em tratamento dos insanáveis, os convalescentes de todos os outros; e finalmente os epiléticos, ou os que padecem de alguma moléstia acidental que possa ser danosa aos outros, devem ser separados cuidadosamente*<sup>43</sup>.

A condição *sine qua non* para a cura dos alienados, prescrita por médicos como Dr. Peixoto, seria a imediata construção de um local apropriado para os alienados do Império. Isto se devia, sobretudo, à característica muito própria da doença que, segundo a fala alienista, necessitaria de recursos diferenciados (banhos, passeios, trabalho, emborcação, separação dos internos por classes, sexo e sintomas). Nesse sentido, os reclames dos médicos incidiam sobre a urgência de se estabelecer imediatamente um manicômio no país, sob o risco do tratamento oferecido restringir-se às práticas caritativas empregadas nas Santas Casas e isso não condizia, em absoluto, com os reclames dos médicos, uma vez que estes asseguravam ser “O tratamento dos maníacos

---

<sup>43</sup> PEIXOTO, Antônio Luis da Silva (1837); in *Considerações Gerais Sobre Alienação Mental*, p. 42.

no Hospital de Misericórdia uma obra de misericórdia, e nos reclamamos uma obra de filantropia”<sup>44</sup>.

Os alienistas exigiam um local apropriado ao tratamento do louco devido à particularidade de suas anormalidades. Além disso, pensar o hospício enquanto obra filantrópica e não caridosa revela o estreitamento do discurso alienista com a nova ordem política instituída<sup>45</sup>. E assim, consciente da imperativa necessidade de se resolver um problema duplamente grave – de uma parte, os protestos cada vez mais exaltados da classe médica da Corte, influente e abastada e, de outra, a indignação social ante as denúncias de maus tratos veiculadas por uma competente imprensa médica, ávida por escândalos –, o provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Clemente Pereira<sup>46</sup> enviou, em 15 de Julho de 1841, ofício ao Ministro e Secretário do Império, Sr. Cândido José de Araújo Viana.

Nesse documento, o provedor recomendava ao Imperador a fundação imediata de um Hospício de Alienados, sugerindo que o caridoso ato prestar-se-ia a perenizar o magnificente dia de sua consagração e coroamento. Ademais, o esperto provedor lançava a idéia de que o empreendimento, ao mesmo tempo filantrópico e científico, levaria o nome do monarca brasileiro, *Hospício D. Pedro II*. Quanto ao financiamento, o provedor Pereira propôs uma parceria entre a praça de comércio, mediante subscrições voluntárias, e o Estado Imperial. O estabelecimento, seguindo os preceitos de Dr. Peixoto, deveria ser construído em terreno salubre e apropriado para o tratamento dos “mentecaptos” ali encaminhados.

Nessa perspectiva, o local mais apropriado para a edificação do pomposo monumento à ciência, sugerido, foi um terreno na chácara de Vigário Geral, localizado à Praia Vermelha que, não coincidentemente, pertencia à Santa Casa de Misericórdia.

---

<sup>44</sup> SIGAUD, José Francisco Xavier (1835); cf. op. cit., p. 8.

<sup>45</sup> Castel sublinha que a exclusão do louco jamais fora colocada em questão; excluir ou segregar pessoas ou grupos que emperrassem o desenvolvimento da sociedade burguesa não seria objeto de contestação social. O discurso/prática do filantropismo, no segundo quartel dos Oitocentos, buscou a disciplinarização/normatização da população, cujo saber absolutista confinaria um número incalculável de seres humanos que não interiorizassem as regras mantenedoras dessa engrenagem. Essa tentativa de homogeneização do comportamento, porém, não conceberia o uso da violência explícita como forma de punição, mas como forma de correção e esta acelerou a institucionalização de estratégias e dispositivos disciplinadores, notadamente sobre as classes menos privilegiadas. CASTEL, Robert (1978); cf. op. cit., pp. 97-141.

<sup>46</sup> O ofício em tela é amplamente discutido por uma historiografia orientada ao mapeamento dos discursos médicos sobre a realização do *Hospício de Pedro II*. Ver ENGEL, Magali Gouveia (2001); in Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospícios (Rio de Janeiro, 1830 – 1930), pp. 201-36.

Considerando que as propostas do provedor da Pia Casa foram ouvidas, o Imperador, no dia de sua sagração, 18 de Julho de 1841, assinou um Decreto que criou o primeiro hospital destinado exclusivamente ao tratamento de alienados chamado *Hospício de Pedro II*<sup>47</sup>. As obras de construção do hospício imperial foram iniciadas em oito de Setembro de 1842, embora tenham sido concluídas após dez anos, quando de sua inauguração, em cinco de Dezembro de 1852.

A fundação do primeiro hospício brasileiro não representou apenas a realização concreta de um ideal perseguido pela medicina brasileira, desde 1830, mas também um estratagema político e publicitário para um nascente Império que necessitava se afirmar interna e externamente mais moderno e progressista do que de fato era. A aparição do Imperador *protetor dos insanos*<sup>48</sup>, na inauguração do *Palácio da Praia Vermelha*, não exclusivamente se constituiu como ato político isolado de triunfo de um benemerente estadista, significando, também, a diminuição da influência de uma ativa classe médica, em termos políticos, uma vez que tudo – da administração do estabelecimento à assistência aos internos – caberia à deliberação da Provedoria da Santa Casa<sup>49</sup>.

A concretização do sonho alienista tinha sido, em parte, realizada; a capital imperial possuía ora *uma Casa de Orates*, tal como Londres, Paris, New York ou a fictícia *Itaguaí* imaginada por Machado de Assis. Todavia, na cidade real onde fora gestada a Itaguaí machadiana, o Rio de Janeiro, a ampliação conceitual revestida de frágil verniz científico sobre a loucura fez, muito rapidamente, com que a prática de internamento/isolamento se intensificasse, fazendo lotar o suntuoso prédio, “destinado privativamente para asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império”<sup>50</sup>, transformando o “Palácio da Praia Vermelha” num grande depósito de indesejáveis sociais.

---

<sup>47</sup> CALMOM, Pedro (1952); in O Palácio da Praia Vermelha: 1852 – 1952, esboça historicamente os aspectos arquitetônicos da sociedade brasileira do período.

<sup>48</sup> SILVA, A. C. Pacheco (1967); in Pedro II. Grande Protetor dos Insanos.

<sup>49</sup> Pelo menos até 1890, o *Hospício de Pedro II* não se adequaria ao modelo teórico-prático da medicina psiquiátrica; o ideal disciplinar e documental contido em seu estatuto e confirmado em seu regimento interno não se concretizaria na prática médico-asilar do Império, mesmo depois da publicação do Decreto-Lei N° 3.141, de 20 de outubro de 1882. Cf. MACHADO, Roberto et al (1978); op. cit., pp. 375-84.

<sup>50</sup> Foi o Decreto de N°1.077, de 4 de dezembro de 1852, que estabeleceu o estatuto do *Hospício de Pedro II*, cujos principais artigos e regimentos estão transcritos em ELIA, Francisco da Fonseca (1966); in Doença Mental e Cidade: o hospício de Pedro II, pp. 17-22.

Seguindo os passos da capital, surgiram, nos anos seguintes, outras instituições desse tipo em diversas províncias do país; nenhuma, entretanto, com o marmóreo brilho e a suntuosidade arquitetônica do hospício imperial. A urgência exigida na implantação de outros asilos pelo Brasil não aguardou edificações definitivas, instalando-se provisoriamente e funcionando como uma espécie de *meio-caminho* entre as internações nos porões das Santas Casas e as celas de prisões, até a definitiva construção de um hospício provincial como a que ocorreu em Pernambuco, em 1864; após contínuas transferências, os loucos foram finalmente mandados para o primeiro hospício das províncias do Norte.

### 1.3 – *Um local para o desatino em Pernambuco*

A história das primeiras instituições psiquiátricas no Brasil, salvas as especificidades locais (a ser observadas), são, *grosso modo*, semelhantes. Porém, se queremos compreender o acontecimento do hospício em Pernambuco, a questão a destacar seria a mínima preocupação que a loucura despertaria nos médicos durante o período imperial. Em Outubro de 1842, a Sociedade de Medicina de Pernambuco tornou públicas suas pesquisas<sup>51</sup>; doenças como febre amarela, varíola, cólera, tifo, etc, bem como as terapêuticas e prevenção respectivas, são descritas e interpretadas. Entretanto, nada é dito sobre a loucura, denotando menos o desinteresse da medicina pernambucana sobre os alienados provinciais do que a urgência em estancar as endemias que grassavam e vitimavam a população de Pernambuco<sup>52</sup>. Nessa perspectiva, a escassa atenção dispensada à loucura na província não significava que o cuidado para com o

---

<sup>51</sup> Em 1841, 12 anos depois de inaugurada a *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*, foi fundada a *Sociedade de Medicina de Pernambuco*, cujos fundadores, a exemplo do que ocorreu com o corpo médico da capital, possuíam formação européia, assumindo a função de auxiliar o poder público nas questões relativas à saúde coletiva, através de pesquisas sobre epidemias e moléstias que assaltavam a província. Sobre essas pesquisas, modalidades de tratamento / profilaxia, quadros estatísticos de morbididades, etc, ver ANNAES da Medicina Pernambucana - 1842-1844, in Coleção Pernambucana da Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco. (1977).

<sup>52</sup> Miranda observa que durante uma visita realizada ao *Hospital de Caridade no Recife*, em 1845, a Comissão do *Conselho Geral de Salubridade Pública* ouvira “gritos e vozerios, causados pelos pacientes loucos que ecoavam por todo prédio”; só em 1851, porém, os membros do Conselho denunciariam “o estado de abandono e as péssimas condições de funcionamento do hospital”. Cf. MIRANDA, Carlos Alberto da Cunha (2006); in Higiene, Saúde e Doença: A intervenção do Ministério Público, pp. 298-9. Contudo, vale salientar que, do período imperial ao primeiro quartel do século XX, os hospitais psiquiátricos do estado foram custodiados pela *Santa Casa de Misericórdia do Recife*, nos quais o pessoal médico submetia-se às irmãs de caridade e aos leigos provedores da instituição.

louco não existisse uma vez que, historicamente, cabia à Santa Casa de Misericórdia essa função.

Rastreando as informações legadas por Pereira da Costa, encontramos o primeiro hospital do Recife desvinculado da pia instituição, fundado por iniciativa de Francisco de Souza Rego:

*Francisco de Souza Rego, natural da ilha de S. Miguel, e possuidor de alguma fortuna, começou a angariar donativos, e por escritura publica lavrada em 20 de Novembro de 1802 comprou para semelhante fim ao capitão José de Alemão Sisneiro duas casas situadas na rua Nova, em Santo Antonio pela quantia de 3:600\$000, entrando porém com 3:000\$000 em dinheiro, porque os 6000\$000 que faltaram deu ele vendedor de esmola aos pobres da Ribeira da rua Nova desta vila do Recife, para quem são elas compradas para se fazer um hospital<sup>53</sup>.*

Na época de sua inauguração, recebeu o nome de *Hospital dos Pobres da Rua Nova da cidade do Recife* e, como indicava a própria e primeira designação, esse arremedo de hospital recebia toda a gente despossuída da região. Quanto às *cabeças alienadas* que necessitassem de algum tipo de cuidados, não é indevido lembrarmos a pouca ou nenhuma assistência médica oferecida aos desvalidos levados àquele estabelecimento.

Em primeiro de Outubro de 1828, o *Hospital dos Pobres* foi incorporado ao *Hospital dos Lázaros*, este vinculado à Misericórdia, onde foi rebatizado com o nome de *Hospital de São Pedro de Alcântara*. No dia 13 de Outubro de 1831, mais uma vez foi removido, agora para o *Hospital do Paraíso*, situado no pátio de mesmo nome; e, no primeiro dia de Julho de 1833, foi deslocado novamente, na oportunidade para o *Convento do Carmo do Recife*, onde existira o *Hospital Militar* desde 1817<sup>54</sup>.

Finalmente, em 14 de Março de 1846, o errante hospital foi mais uma vez transferido, estabelecendo-se, definitivamente, na freguesia dos Coelhos, em

*[...] antigo edifício da casa de vivenda dos proprietários do sitio dos Coelhos, que pelas suas dimensões, dois pavimentos, larga fachada e fundo correspondente, perfeitamente se prestava a semelhante fim, e cuja aquisição foi feita mediante arrendamento [...] Concedendo a Lei Provincial nº 165 de 17 de Novembro de 1846 à Administração dos Estabelecimentos de Caridade vinte loterias de cem contos cada uma, de extrações anuais, para o seu*

<sup>53</sup> COSTA, Francisco Augusto Pereira da (1984); in *Anais Pernambucano*, p. 32.

<sup>54</sup> A Lei Provincial nº 37, de 29 de Abril de 1837, autorizou o governo a retirar o *Hospital de São Pedro de Alcântara* do Convento do Carmo, tendo em vista a reclamação dos religiosos desde que o primeiro havia sido transferido para as dependências da ordem religiosa. Contudo, os reclames dos religiosos apenas foram atendidos nove anos depois. Cf. COSTA, Francisco Augusto Pereira da. *Anais Pernambucano*. Recife, 1984. FUNDARPE, Vol.9 (Coleção Pernambucana –2º fase, 10). P.408- 411.

*benefício ser exclusivamente aplicado à construção de um grande hospital de caridade sob a denominação de Pedro II.*<sup>55</sup>

Assim, o antigo *sobrado dos Coelhos*, o *Hospital de São Pedro de Alcântara* – mais comumente conhecido como *Hospital de Caridade* —, situado nas proximidades da construção do monumental Hospital D. Pedro II, continuou a assistir os pobres e a receber os loucos provinciais<sup>56</sup>.

Em 1856, à *Junta Administrativa dos Estabelecimentos de Caridade* assistiu a fundação, na cidade do Recife, de uma irmandade da Misericórdia<sup>57</sup>, por intento de Ambrósio Leitão da Cunha, então presidente da província, o qual tornou extinta a *Misericórdia de Olinda*, em 29 de Julho de 1860, estabelecendo nova Santa Casa na freguesia de Santo Amaro. Contudo, o decrépito prédio de Olinda poderia muito bem servir aos interesses do administrador da província; numa mensagem enviada à *Assembléia Legislativa de Pernambuco*, expressou sua vontade de transferir os loucos para outro prédio que não fosse o imponente hospital recém-construído nos Coelhos (o *Hospital D. Pedro II*) mas, sim, o antigo edifício da *Misericórdia de Olinda*:

*Quando projetei mandar aprontar o Hospital Pedro II e mandar para ele os enfermos a cargo da Santa Casa de Misericórdia assentei, de conformidade com o parecer dos médicos, baseado nos princípios da ciência e nas praticas dos países cultos, não os fazer acompanhar pelos infelizes loucos com quem conviviam no velho hospital. Aquelas desgraçadas criaturas deviam merecer-me naturalmente mais compaixão do que os seus companheiros, que não tiveram a infelicidade de perder como eles a razão. [...] Lembrei-me então de que, unida a Irmandade da Misericórdia de Olinda á do Recife, e podendo o novo Hospital Pedro II receber os doentes enfermos que de Olinda o procurassem, convinha aproveitar o Hospital daquela cidade, depois de reparado, para serem nele recolhidos exclusivamente e tratados os loucos [...] Poderia então ali estabelecer-se um Hospital de Alienados. [...] Nestas circunstancias resolvi autorizar [...] por ora os reparos indispensáveis para ser montado o Hospital e recolher a ele os enfermos, que por enquanto mandei conservar no velho Hospital dos Coelhos.*<sup>58</sup>

<sup>55</sup> COSTA, Francisco Augusto Pereira da (1984); in *Anais Pernambucano*, V. 9, p. 440.

<sup>56</sup> COSTA, Francisco A. P. (1977); in *Anais Pernambucano*, V. 7 e 9.

<sup>57</sup> Em 04 de Abril de 1856, a referida Junta assinaria um compromisso, submetido à apreciação da Assembléia provincial em 26 de Abril, porém nada se fez até 1858, quando o deputado e cônego Francisco Peixoto Duarte apresentou à Assembléia um projeto para a instalação da *Santa Casa de Misericórdia no Recife*, que só iria efetivada em 1860. Cf. SOUZA Pedro Rodrigues (1878); in *História da Santa Casa de Misericórdia do Recife*, pp. 160-2.

<sup>58</sup> COELHO FILHO, Heronides (1977); in *A Psiquiatria no País do Açúcar*, pp. 28 -9. Embora proceda a uma apologia da psiquiatria em Pernambuco, a obra constitui importante fonte documental e indiciária para a trajetória do saber psiquiátrico e seu corolário, o manicômio, do Império à intervenção de Agamenon Magalhães, enfatizando, de forma triunfalista, as ações de Ulisses Pernambucano

Entretanto, o chefe do executivo pernambucano viu malograrem seus planos, em face de os dirigentes da Santa Casa de Misericórdia de Olinda se oporem veementemente à mudança dos alienados, dos Coelhos para Olinda. O governo provincial exigia a transferência e, desse modo, Antônio Marcelino Nunes Gonçalves, que veio a substituir o Barão de Mamoré no governo de Pernambuco pretendia, como seu antecessor, efetivar a criação do hospício e a transferência, em definitivo, dos insanos para Olinda. Após muitas brigas entre governo e Santa Casa, as partes finalmente acordaram que o prédio em ruínas receberia apenas as reformas mais urgentes. E assim, os loucos foram finalmente transferidos no dia:

*[...] 20 de julho de 1864. Pelas 5 horas da tarde, uma Alvarenga coberta abicou junto aos Coelhos e recebeu os 34 doentes, dos quais 25 do sexo feminino. Escoltada por praças embaladas da milícia provincial, singrou as águas plácidas do Capibaribe até a foz do Beberibe, e, tomando por este ultimo curso d'água, acostou no Varadouro de Olinda, onde desembarcaram todos. [...] O desembarque teve lugar já noite fechada, e isso propositalmente, pois receavam as autoridades a fuga de algum doente e a ordem era detê-los a bala caso isso ocorresse. Além disso aquela lúgubre procissão não convinha ser presenciada pelas famílias da aristocrática cidade<sup>59</sup>.*

Dessa forma, camuflados pela noite e marchando sob a mira de armas de fogo, a “leva de indesejáveis” não feriam os brios dos aristocráticos olindenses, adentrando nos espectrais recintos do primeiro hospício das províncias do Norte, o *Hospício da Visitação de Santa Isabel* que em pouco tempo tornou-se um depósito insalubre de doentes, pois como nos indica o Provedor da Santa Casa Anselmo Peretti:

*De todos os pontos de Pernambuco, bem como das províncias limítrofes, chegavam trazidos pelas autoridades policiais, doentes para internar afora os que eram levados pelas famílias. E se acontecia não serem recebidos por falta de vaga, aguardavam, umas e outras, algum intervalo lúcido para internar o doente no Hospital Pedro II.<sup>60</sup>*

Nos dezenove anos em que existiu, o hospício olindense recebeu variadas e inúmeras denúncias que iam da superlotação à sempre ausente assistência médica, passando pela escassez constante de alimentos, água e pessoal. Foram, porém, as mortes registradas no local que mais incomodaram a sociedade. Nas estatísticas do *Hospício da Visitação de Santa Isabel*, devemos ressaltar, no período compreendido

<sup>59</sup> COELHO FILHO, Heronides (1977); in *A Psiquiatria no País do Açúcar*, pp. 34-5.

<sup>60</sup> PERETTI, Anselmo (1870); in *Relatório Apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia do Recife (1870)*, p. 11.

entre 1864 e 1883, a desmedida entre o número de internos que receberam alta e o número de óbitos registrados.

*Tabela bienal de movimentação de pacientes no Hospício da visitação de Santa Isabel (1864 – 1883).*<sup>61</sup>

<b>BIÊNIO</b>	<b>INTERNOS</b>	<b>ENTRADAS</b>	<b>SAÍDAS</b>	<b>MORTALIDADE</b>
1864-66	34	67	19	18
1866-68	64	54	19	35
1868-70	67	72	22	43
1870-72	74	63	19	44
1872-74	74	75	25	50
1874-76	88	120	43	49
1876-78	116	131	33	70
1878-80	144	193	47	176
1880-82	109	204	73	125
1882-83	116	270	107	116

Quando projetado, o hospício disponibilizava acomodações para, no máximo, 40 internos, mas, como constatamos no quadro apresentado, esse número era rapidamente suplantado. Em alguns anos, o total de mortos ultrapassou a casa dos 50% da população internada sem, no entanto, haver uma equiparação em termos de quantidade de leitos. Se, durante no biênio 1864-1866, passaram pelo hospício 101 pessoas e, dessas, apenas 19 receberam alta, enquanto 18 vieram a falecer, isso soma uma taxa de mortalidade de 18,5%, correspondendo a um quadro preocupante de morbidade. Do biênio 1878-1880, a taxa de mortalidade chega a 53% do total de pessoas que utilizaram os serviços prestados no hospício. Assim, das 2.053 pessoas que foram internas na instituição durante seu período de atividade, 724 morreram, perfazendo um total aproximado de 28% da população levada àquela unidade, nos quase vinte anos em que a instituição funcionou.

O alto índice de morticínio no *Hospício da Visitação de Santa Isabel* não passou em branco aos provedores da Santa Casa que, em seus relatos, reclamavam das condições

<sup>61</sup> COELHO FILHO, Heronides (1977); cf. op. cit., p. 37.

precárias do edifício, da superlotação e escassez de alimentos, da falta de pessoal e precariedade das enfermarias, razão pela qual solicitavam verbas para a ampliação do prédio ou no número de leitos, além de aumento no número de pessoal técnico. Peretti, no Relatório apresentado a Assembléia Provincial, observou que:

*o acanhamento das atuais acomodações do hospício insta pela realização do aumento projetado no edifício respectivo pela presidência, obra que nem a Santa Casa pode, e nem a Assembléia Provincial tem querido mandar fazer, decretando a quota necessária para esse fim, tendo-se por isto contentado a quinta junta com ordenar certas obras de reparo no hospício, as quais estão em vias de ultição<sup>62</sup>.*

Finalmente, Henrique Pereira de Lucena, presidente da Província, ao visitar as dependências do *Hospício da Visitação de Santa Isabel*, teria ficado escandalizado com o degradante espetáculo ali exposto. O governante, tomando a si a missão de livrar os “hóspedes” da deprimente e insalubre unidade, convocaria imediata reunião com eminentes membros da sociedade e da Junta da Santa Casa para pôr fim ao hospício de Olinda e iniciar a imediata construção de um novo hospício.

O local escolhido foi o sítio da Tamarineira, pertencente à Santa Casa. Coube ao engenheiro Victor Fournier a elaboração da planta do prédio e, em oito de Setembro de 1874, no terreno onde seria erguido o edifício, foi colocada a pedra fundamental, ainda que o *Hospício de Alienados* da Tamarineira tenha aberto suas portas apenas no dia primeiro de Janeiro de 1883. Na véspera, haviam sido transferidos os internos do *Hospício da Visitação de Santa Isabel* de Olinda para Recife, os quais somavam um total de 87, 47 homens e 40 mulheres<sup>63</sup>.

Em Pernambuco, não foram autoridades médicas as primeiras a enunciar a necessidade de assistência médica aos loucos da província, mas personalidades ligadas ao poder público e/ou Santa Casa. Tanto isso é um fato que foi um bacharel em direito, o desembargador Francisco de Assis Oliveira Maciel, quem primeiro “teorizou” sobre os usos, modos e finalidades do hospício pernambucano. Para ele, a finalidade do hospital de alienados não deveria se restringir a;

*[...] dar um leito e o alimento ao enfêrmo até que ele baixe à sepultura; creio que mais nobre e santa é a sua missão, que é poder restituir à sociedade, que lhes confiou o doente, indivíduos sãos de corpo e de espírito, para serem úteis a si e as suas famílias e para se conseguir esse desideratum devem ser empregados todos os meios possíveis. [...] e quão meritório não será o*

<sup>62</sup> PERETTI, Anselmo (1870); cf. op. cit., p. 12.

<sup>63</sup> COELHO FILHO, Heronides (1977); cf. op. cit., pp. 39-60.

*serviço, que prestaremos a esses infelizes, que conseguirem recuperar o juízo e dali saírem sabendo um ofício?*<sup>64</sup>

Numa época em que a prática terapêutica no Estado era quase inexistente – resumia-se a visitas médicas esporádicas, nas quais eram oferecidos uma cama e parca alimentação aos internos, Oliveira Maciel realçou a necessidade de o médico intervir, terapeuticamente, no curso e na cura da doença daqueles infelizes, restituindo-os à família e à sociedade, a exemplo do realizado com os presos na *Casa de Detenção do Recife*<sup>65</sup>. Dentre as suas propostas, indicava o trabalho como profilaxia:

*Empregue-se, portanto, o trabalho; abram-se algumas oficinas, de alfaiate, de sapataria,[...] O trabalho que não fatigue mas distraia o louco, e a boa higiene serão meios que terão por fim auxiliar poderosamente o emprego dos recursos terapêuticos a aconselhados pela ciência para a cura de muitos*<sup>66</sup>.

A *laborterapia* prescrita pelo eminente bacharel inscrever-se-ia menos no âmbito de uma suposta intuição médica do que numa estratégia de *imposição da ordem asilar* que procurou articular rigorosamente os lugares, ocupações, empregos de tempo e hierarquias que orientaram e teceram vidas, tanto dos internos quanto do pessoal administrativo e médico, dentro dos hospícios<sup>67</sup>. Assim, o trabalho praticado pelos internos dentro do *Hospício de Alienados*, antes de ser considerado em termos de positividade terapêutica, deve ser visto como mecanismo de gerenciamento do tempo dentro das unidades asilares. O problema não reside no fato de o louco se “distrair” com o trabalho, mas de como fazê-lo aceitar o trabalho imposto dentro do asilo como distração.

Nesse panorama, Oliveira Maciel também articulou e promoveu a inserção de dispositivos disciplinares que regessem a vida cotidiana dos insanos. O *1º Regulamento*

<sup>64</sup> OLIVEIRA, Francisco de Assis Maciel (1880); in Relatório Apresentado a Junta da Santa Casa de Misericórdia do Recife (1880), p. 35.

<sup>65</sup> Clarissa N. Maia indica-nos que a primeira tentativa de estabelecimento de um sistema correccional na *Casa de Detenção do Recife* ocorreu em 1862, com a experiência das oficinas de trabalho desenvolvidas por Augusto Rufino de Almeida, cuja finalidade, consoante o ideário criminológico da época, era não apenas de punir ou isolar o criminoso, mas também de discipliná-lo e mantê-lo longe de pensamentos criminosos. MAIA, Clarissa Nunes (2001); in Policidados: Controle e Disciplina das Classes Populares na cidade do Recife, pp. 214-23.

<sup>66</sup> OLIVEIRA, Francisco de Assis Maciel (1880); cf. op. cit., p. 37.

<sup>67</sup> Nos termos de Castel, o programa da medicina alienista tinha em vista transformar o hospital em um instrumento manipulável nas mãos de médicos esclarecidos, mediante uma tecnologia que, mesmo não sendo nova, tornaria o hospício profundamente renovado, maximizando sua eficácia a partir de uma “imposição da ordem” cuja consecução dar-se-ia mediante estratégias e técnicas que vão desde o isolamento até a constituição da relação de autoridade, passando pelo estabelecimento da ordem asilar. CASTEL, Robert (1978); cf. op. cit., pp. 85-9.

do *Hospício de Alienados*, nos capítulos destinados à correção dos internos – intitulados *Do Regime Disciplinar e Alimentício* dispõe, em seu Art. 38:

*Para obrigar os alienados à obediência serão permitidos, procedendo sempre autorização dos facultativos, os seguintes meios de repressão:*  
 § 1º- Reclusão solitária, não excedendo a dois dias;  
 § 2º- Diminuição da alimentação por um dia;  
 § 3º- Privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios, inclusive o uso do tabaco.  
 § 4º- Colete de força com ou sem reclusão.  
 § 5º- Cadeira de força.  
 § 6º- Banhos de emborcação, aplicados somente na presença de um dos facultativos clínicos.<sup>68</sup>

O cotidiano do hospício, ao menos no tocante aos internos, era orquestrado por rígidas normas, de conduta de acordo com o estabelecido pelo estatuto e esperado pelos médicos e encarregados da instituição. Qualquer desvio seria passível de punição, de formas variadas e cruéis. Nessa medida, o hospício surgiu como espaço de disciplinarização de corpos e mentes vigiados com vistas a torná-los dóceis, o fim último do pensamento alienista, cuja consecução, na maioria das vezes, era efetuada pela coerção.

Com o isolamento dentro dos muros do hospício, estabelecia-se uma relação de submissão e, se essa instrução não fosse seguida após o internamento, tornava-se necessária a utilização de um dos meios coercitivos disponibilizados no Art. 38 do regulamento já citado. A relação de submissão era de suma importância para que o ensinamento das regras pudesse ser viabilizado. E, dessa forma, o louco estaria a serviço de uma vontade que lhe era totalmente estranha, mas que o determinava. Os termos dessa relação são bastante claros: a consecução da ordem dentro do hospício devia-se ao uso da força física, pelos guardas/enfermeiros, sob autorização dos facultativos clínicos impingindo em incontáveis corpos diferentes marcas de violência através de uma terapêutica físico-moralizante.

No entanto, à medida que o tempo passava, mais se questionavam os efeitos desse tratamento. Nenhum dos problemas atribuídos ao *Hospício da Visitação de Santa Isabel* foi resolvido no novo *Hospício de Alienados*; as altas taxas de morbidade continuaram, assim como o problema de superlotação.

---

<sup>68</sup> O 1º Regulamento do Hospício de Alienados data de 1884; a transcrição, integral, pode ser encontrada em COELHO FILHO, Heronides (1977); cf. op. cit., pp. 75-84.

Com o advento da República ocorreram modificações significativas nas relações entre a Santa Casa de Misericórdia e o governo do Estado, a partir de promulgada a Constituição<sup>69</sup>. Assim, o governador Barbosa Lima Sobrinho, no dia primeiro de Maio de 1892, data em que deveria nomear a Junta Administrativa da Santa Casa para o exercício do biênio 1892-1894, estabelece:

*O Governador do Estado atendendo ao que dispõem os §§ 3º e 7º do Art. 72 da Constituição Federal [...] Resolve deixar ao arbítrio da referida irmandade a nomeação da sua Junta Administrativa, reformando para esse fim o seu compromisso pela forma que entender conveniente nos termos das citadas disposições da Constituição Federal.*<sup>70</sup>

Os tempos e as políticas eram outros e o Brasil entrou em um novo universo teórico de apropriação da loucura que não rompe com os preceitos do alienismo francês, mas se alia ao Organicismo indicado pelo alemão Emil Kraepelin<sup>71</sup>. A articulação entre essas linhas teóricas da psiquiatria que, na Europa e Estados Unidos, já dividiam os psiquiatras, foi retomada com a Teoria da Degenerescência<sup>72</sup> preconizada por Benedict Morel, tornando-se a argamassa que uniu o Alienismo ao Organicismo e criando um denso e eclético edifício teórico no Brasil, concretizando-se, definitivamente – como veremos –, a partir da década de 1930 e instaurando o momento de ruptura teórica com a psiquiatria alienista clássica – cuja força, real e simbólica, edificara-se com a constituição / construção do manicômio.

<sup>69</sup> A cisão entre Igreja e Estado, disposta no Art. 72 (incisos 3º e 7º) da Constituição de 24 de Fevereiro de 1890, implicou a limitação das atribuições do governo estadual à concessão e isenção de subvenções e impostos. MACHADO, Roberto (1978) et, al. cf. op. cit.

<sup>70</sup> COELHO FILHO, Heronides (1977); cf. op. cit., p. 85.

<sup>71</sup> A *Escola Organicista-Higienista* da psiquiatria reputava imprescindível a utilização de conceitos da anatomia patológica, da clínica médica e da psicologia experimental tomados em sua totalidade, numa relação de complementaridade, visto que, se concebidos solitariamente, esses revelar-se-iam insuficientes para diagnosticar o doente mental como um todo. Se o legado organicista-higienista serviria de referencial teórico a especialistas como Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano, a psiquiatria brasileira consolidar-se-ia no início do século XX, quando a cientificidade do saber psiquiátrico tornara-se uma exigência e, ora livre da amarra religiosa, assumiria sua função social mediante terapêuticas que visavam à manutenção e equilíbrio da sociedade e, dessa forma, “sem haver percorrido toda trajetória de pesquisas, debates e impasses da psiquiatria européia”, a medicina psiquiátrica nacional dispôs cientificamente sobre as causas psicossociais das doenças mentais e da anormalidade mental ou moral dos brasileiros. PORTOCARRERO, Vera (2002); in *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*, pp. 34-5.

<sup>72</sup> O conceito de *Degenerescência*, elaborado por Benedict Morel em fins dos anos de 1850, partiu da premissa de que as degenerescências – transmitidas por herança, intoxicação ou meio – constituíam desvios doentios à normalidade do ser humano e, por essa razão, elaborara um programa de profilaxia à higiene física e moral, dirigida a todo o corpo social. Cf. op. cit., pp. 47-64.

## 1.4 – Uma Psiquiatria Eclética em Pernambuco

Desde fins dos Oitocentos, as teorias alienistas baseadas no tratamento *físico-moral* vinham dando mostras de ineficiência e dividindo os psiquiatras na Europa e Estados Unidos. A psiquiatria por esses tempos passou a abarcar de modo mais sistemático, outras teorias oriundas da fisiologia, biologia e criminologia, que buscavam explicar a loucura de um modo, declaradamente, científico. Isso inflacionou ainda mais os quadros nosográficos propostos, primordialmente, pelo *Alienismo* clássico<sup>73</sup>, possibilitando à psiquiatria intervir não somente sobre as pessoas que manifestassem os sintomas atribuídos à loucura, mas, sobre todo e qualquer sujeito que apresentasse algum desvio do comportamento julgado *Normal*. Dessa maneira, toda conduta previamente percebida como irregular passou a ser vista como desvio/doença mental, devendo ser sumariamente submetida a uma racionalização terapêutica para que o dito *Anormal*<sup>74</sup> pudesse ser detido, corrigido em seus gestos, docilizado em seus atos e reeducado, Para que enfim, pudesse ser devolvido e tornado útil à sociedade.

O Asilo, Hospício, ou Hospital de Alienados continuou como *locus* privilegiado para “tratamento e cura” da loucura. Mas a ampliação conceitual proposta pelo organicismo dotou a psiquiatria e o psiquiatra, conseqüentemente, de uma autoridade médica que se espalhou para outras instâncias da sociedade, além disso, o louco não poderia ser mais considerado como “alienado mental” mais sim “doente mental” e esta mudança na nomenclatura que passou a referendar o louco,- mais definitivamente a partir da década de 1930 – contribuiu para a criação de uma imagem condizente com esse novo aporte científico preconizado pelo organicismo.

---

<sup>73</sup> Até o século XVIII, a nomenclatura sobre a loucura permaneceria análoga à utilizada desde o século V a. C. mas, a partir da instituição da psiquiatria e o estabelecimento do manicômio – no século XIX –, surgiram duas linhas teóricas dominantes na ciência psiquiátrica: uma *Mentalista* – partindo da idéia da loucura causada por processos mentais, com ou sem manifestações orgânicas –, e uma *Organicista*; a primeira estabeleceu quadros nosográficos como *mania* (com ou sem delírio), *demência* e *melancolia*; a segunda, orientada pela teoria da anormalidade, instituiu esquemas mais amplos, agrupando não apenas os doentes mentais, mas também os degenerados, epiléticos, sifilíticos, senis, místicos e alcoólatras. Nessa perspectiva, a psiquiatria ampliaria a classificação da loucura, inaugurando novas etiologias como *histeria*, *paralisia geral*, *delírio*, *esquizofrenia*, *cretinismo*, *paranóia*, etc. Cf. PESSOTTI, Isaias (2001), in *Os Nomes da Loucura*, pp. 57-188.

<sup>74</sup> A noção de *anormalidade* buscou atender às demandas médico-psiquiátricas da época em termos eminentemente científicos, em que cada modalidade de *doença mental* responderia a uma questão etiológica específica sobre a loucura. Porém, mais do que responder às causas da doença mental, desde sua remota origem, a concepção “buscou combater preventiva e profilaticamente os problemas sociais decorridos do comportamento indisciplinável dos indivíduos que não podiam ser considerados loucos, propriamente, nem tão pouco normais”. PORTOCARRERO, Vera (2002); cf. op. cit., p. 111.

Medicalizar apenas no hospício com sua sempre crescente população de loucos, já não seria a única tarefa do psiquiatra. Muito embora, esta continuasse na ordem do dia. Era preciso psiquiatrizar todo indivíduo potencial e virtualmente louco, bem como os locais em que a loucura pudesse ser irradiada. Observando sistematicamente as causas que possibilitavam a produção e reprodução da loucura, a medicina psiquiátrica buscou não apenas a quimera alienista da cura, mas, principalmente, de conhecê-la previamente para combatê-la, voltando-se para os degenerados de toda sorte - criminosos (natos ou passionais), sífilíticos, alcoólatras, místicos, etc. –, inserindo-os no campo de uma variante dos indivíduos considerados normais e, portanto, potencialmente loucos.

Na Primeira República, a ênfase dada aos aspectos considerados nocivos para uma sociabilidade normal, marcou essa nova característica da ação psiquiátrica na sociedade. E, incitando o governo republicano ao estabelecimento de uma legislação específica para a assistência aos alienados em todo território brasileiro<sup>75</sup>. Para controlar os focos de eclosão da doença mental, certos locais e, principalmente, certos tipos de comportamento reputados inadequados, começam a ser concebidos negativamente, como perigo e obstáculo ao progresso do Estado republicano. Ademais, as críticas lançadas à ineficiência das práticas terapêuticas empregadas no velho hospício faziam parte de uma retórica e propaganda política de psiquiatras antimonárquicas que visavam, sobretudo, a denunciar os males herdados das políticas de saúde do antigo Estado imperial<sup>76</sup>.

Coube ao psiquiatra e deputado Teixeira Brandão instaurar uma psiquiatria científica no País<sup>77</sup>. Contudo, mais interessado em sua carreira política foi substituído, em 1903, no comando do Hospital, por Juliano Moreira que, de imediato, implantou algumas reformas que se propunham a estancar as causas endógenas e exógenas da

---

<sup>75</sup> O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, definiu e regulamentou a assistência aos alienados e de cuja elaboração participou o deputado e psiquiatra Teixeira Brandão, primeiro Diretor do *Hospital Nacional de Alienados*, nome republicano do outrora imperial *Hospício de D. Pedro II* e grande articulista para a efetivação do citado Decreto. MACHADO, Roberto (1978) et, al. cf. op. cit

<sup>76</sup> A proclamação da República trouxe, por força do Decreto Nº 124 A, de 11 de Janeiro de 1890, a administração dos hospícios para a alçada dos médicos, ora os representantes – no interior do hospício – e suporte do poder estatal no que toca à proteção da ordem pública, fazendo desse um espaço privilegiado de pesquisa, de acordo com o processo iniciado desde a criação da primeira cadeira de *Clínica Psiquiátrica* da *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, em 1881. Vale salientar que, desde 1883, Teixeira Brandão tornou-se o professor-titular da disciplina. ENGEL, Magali Gouveia (2001); cf. op. cit., pp. 253-62.

<sup>77</sup> A asserção é reputada por muitos estudiosos da História da Psiquiatria no país – como Roberto Machado, Maria Clementina Pereira Cunha, Magali Gouveia Engel e Vera Portocarrero, além de Jurandir Freire Costa –, com os quais concordamos.

loucura, a partir de uma abordagem organicista, baseada, prioritariamente, na profilaxia da doença mental, expressa numa teoria e prática; em quase tudo diferente da clássica abordagem físico-moral<sup>78</sup>.

Em Pernambuco verificamos a penetração de idéias "mais orgânicas" a partir dos registros legados pelo Dr. Codeceira; amparado nas concepções pré-kraepelenianas de médicos alemães como Krafft-Ebing, considerava duas "causas productoras de loucura": as "ocasionaes" e as "predisponentes", sendo a primeira decorrente de algum acontecimento orgânico. Nessa direção, chamam-nos atenção, as variáveis das causas *predisponentes* apontadas pelo médico, abarcando um leque amplo de indivíduos predestinados à moléstia. Divididas em duas formas, "as geraes e as individuaes", da primeira, faz parte "a civilização, as raças, os acontecimentos políticos, as revoluções, as ideas religiosas, as superstições", ao passo que as individuais resultariam de "Herança, a idade, o clima, as phases lunares, a temperatura, o estado civil, a profissão, a educação". Do mesmo modo, as causas *ocasionaes* apresentar-se-iam como "Psíquicas", motivadas por "Surmenages, emoções, paixões, pesares, imitação, contagio, prisão, outros"; já as "Fisiológicas" seriam ensejadas pela "prenhez, parto, lactação, idade critica"; e, finalmente, as "Patológicas" seriam oriundas das "intoxicações, infecções diversas, moléstias do sistema nervoso, afecções viceraes, diatheses variadas, molestias cirúrgicas, operações e afecções dos órgãos dos sentidos"<sup>79</sup>.

Dentro do esquema do psiquiatra pernambucano, restariam poucos indivíduos aptos a servirem à sociedade e ao Estado. Ao abarcar tantas causas possíveis de produção/reprodução da loucura, seguindo os passos de seus mestres alemães, Codeceira faz uma incursão num campo psicopatológico de orientação decididamente organicista (causas psíquicas, fisiológicas e patológicas). Ao inserir, porém, fatores como "fases lunares, clima, temperatura, contagio ou imitação" para a definição das causas da loucura, demonstra o ecletismo de nossa psiquiatria, visto suas idéias operarem no campo do vago e do indefinido, associando-se à esfera dos preconceitos e

---

<sup>78</sup> As estratégias de controle profilático da doença mental foram difundidas mais energicamente a partir da década de 1920, sob a égide do pensamento eugênico propalado por defensores de políticas de higiene mental, servindo, de uma lado, à ampliação dos "mecanismos de identificação dos que deveriam ser imediatamente internados" e, de outro, estendendo os "tentáculos do poder do psiquiatra para muito além dos limites do mundo asilar" e, sob essa perspectiva, estabelecida a distinção entre o brasileiro normal e o degenerado. ENGEL, Magali Gouveia (2001); cf. op. cit., p. 309.

<sup>79</sup> CODECEIRA, Alcides (1910); cf. op. cit., pp. 329-30.

crendices da época. Da mesma maneira, “os acontecimentos políticos e as revoluções” como causas geradoras de loucura dizem menos às preocupações da psiquiatria do que apontam para ao âmbito político-social. Ainda assim, e é este o ponto que aqui demarcamos, seriam o “alcoolismo, Syphilis, prisão, herança, ideas religiosas e misticismo: [...] os fatores etiológicos de papel preponderante e de efeitos decisivos” a serem combatidos “para o bem estar da sociedade e da família”<sup>80</sup>, segundo o médico pernambucano.

*Bem estar da sociedade e da família*, eis a retórica de convencimento político e social da psiquiatria na Primeira República, num novo projeto de normatização e medicalização social e familiar ao qual, ocultado pelo mítico manto da neutralidade científica, subjaz a aliança entre a ciência psiquiátrica e o Estado e evidencia seus vínculos políticos<sup>81</sup>.

Assim, a psiquiatrização do alcoólatra, do sifilítico, do criminoso e do praticante de religiões consideradas inferiores respondeu a uma demanda estatal que era a do controle das populações; prevenir e combater a loucura é, antes, recuperar o(a) desviado(a) ou degenerado(a) social e familiar para fazer girar a engrenagem da *Ordem e do Progresso* do Estado e Sociedade republicana com seu novo modo de produção, que não mais comprava ou vendia sua força de trabalho – o problema não reside na promessa, mas na arbitrariedade de sua execução. O desdobramento da psiquiatria alienista ao Organicismo compôs o novo projeto de medicalização social no momento em que se congregaram as noções de higiene mental<sup>82</sup>, de profilaxia da loucura e de anormalidade - com suas medidas de prevenção e/ou combate à *doença mental* –, objetivando, junto ao poder público, lutar contra um contingente expressivo de improdutivos e indisciplinados.

Nesse contexto, os “verdadeiramente loucos” deveriam ser apartados dos sifilíticos, dos alcoólatras, *místicos* e daqueles que teriam cometido crimes., embora essa separação

---

<sup>80</sup> Cf. op. cit., p. 338.

<sup>81</sup> Sobre as implicações político-filosóficas da psiquiatria no Liberalismo, ver SERRA, Antônio A. (1979); in *A Psiquiatria como Discurso Político*.

<sup>82</sup> A *Liga Brasileira de Higiene Mental*, criada no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Riedel, em 1923, objetivou a melhoria da saúde mental do louco, propondo ações de higiene mental dentro dos hospitais psiquiátricos. Baseada no pensamento eugenista, recomendava medidas de purificação da raça brasileira, no sentido de criar brasileiros mentalmente sadios mas, apoiada em pressupostos pseudocientíficos de fundo racista e diluindo o paradoxo entre capital e trabalho, justificou a exclusão social dos inadaptados para a produção no plano biológico. A Liga constituiu o primeiro programa de administração social da loucura no Brasil, reproduzindo-se por todas as regiões do país. COSTA, Jurandir Freire (1989); in *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, pp. 75-113.

não se tenha traduzido apenas na inflação dos quadros nosográficos propostos por psiquiatras, gerando, também, intenções desdobradas em ações concretas em todo o país, como a criação de *Colônias Agrícolas* – para assistir os loucos crônicos – e *Manicômios Judiciários* — local onde a relação entre psiquiatria e justiça é mais explícita –, além da criação de legislação específica para “Assistência a Psicopatas”.

Em Pernambuco, a nova reforma no saber e na prática psiquiátrica começa a se concretizar efetivamente quando do acordo de transferência do Hospício da Tamarineira para administração estatal<sup>83</sup> celebrado entre a Misericórdia do Recife e o governo do Estado. Empossado diretor pelo governador de então, Sérgio Loreto, o médico psiquiatra Ulisses Pernambucano de Mello Sobrinho logo deu início a uma ampla reforma predial e assistencial no antigo hospício, ora denominado *Hospital de Doenças Nervosas e Mental*, explicitando, desde a nomenclatura, a postura terminantemente científica a ser seguida. Ainda que a execução daquilo que tinha aprendido em seus anos de faculdade<sup>84</sup> apenas tenha sido possível realizar-se com a nomeação do interventor Carlos de Lima Cavalcanti, quando, vitoriosa a revolução de 1930, assumiu Getúlio Vargas o governo do Brasil.

Através do Ato nº 26, de 10 de Janeiro de 1931<sup>85</sup>, a criação do Serviço de Assistência a Psicopatas em Pernambuco inaugurou uma nova era nos serviços de assistência aos loucos do estado. O fato de vincular-se à *Secretaria da Justiça e Negócios Interiores*<sup>86</sup> denota o interesse do Estado sobre a questão da loucura – o Art. 1º do Ato em questão é particularmente ilustrativo desse interesse recíproco Estado / psiquiatria, estabelecendo a subordinação do *Instituto de Seleção e Orientação Profissional* ao *Serviço de Assistência a Psicopatas*; seu Parágrafo Único dispõe, inclusive que, sob a rubrica desse Serviço, proceder-se-iam “todas as pesquisas psicológicas para o diagnóstico das doenças mentais, para o conhecimento da mentalidade de nossa gente, diagnóstico de aptidões para orientação profissional, além das que lhe forem solicitadas pelas autoridades do ensino”<sup>87</sup>.

<sup>83</sup> Lei Estadual nº 1.639. in. COELHO FILHO Heronides. cf. op.cit., p.116.

<sup>84</sup> A formação acadêmica de Ulisses Pernambucano completar-se-ia no *Hospital Nacional de Alienados*, no Rio de Janeiro, sob a orientação de Juliano Moreira e seu legado reformador seria incessantemente perseguido quando Ulisses esteve à frente do *Hospital da Tamarineira*, no período entre 1924-26. MEDEIROS, José Adailson (2001); in *Ulisses Pernambucano*, pp. 21-6.

<sup>85</sup> Diário Oficial do Estado, de 11 de janeiro de 1931, p.3.

<sup>86</sup> Cf. op. cit. p. 3.

<sup>87</sup> Cf. op. cit., p. 4.

Nesse Estado intervencionista, a psiquiatria mostrou-se extremamente eficaz, cuja atuação, inflacionada, respondeu a demandas estatais concretas as de conhecer a mentalidade e a competências para o trabalho e o estudo de “nossa gente” e, nesse sentido, a intervenção do *Serviço de Assistência a Psicopatas de Pernambuco* na sociedade não tratou apenas de prever e corrigir as condutas desviantes, assumindo, também, a tarefa de orientar o trabalho e educação do povo pernambucano. Um texto impresso pelo *Boletim de Higiene Mental*, de autoria desconhecida, dá-nos uma dimensão da nova tarefa: “A obra de educação devera ser amparada pela orientação profissional que porá cada um no seu verdadeiro lugar no trabalho diário e evitara as causas de conflitos e de surmenage inerentes a uma má adaptação ao meio de trabalho e a própria profissão”<sup>88</sup>.

A preocupação do governo em tornar o país auto-suficiente do ponto de vista industrial pressupunha tanto a educação quanto o direcionamento profissional da população e essa preocupação possibilitou o incremento da psiquiatria ao campo comportamental: mediante certos testes, poder-se-ia diagnosticar a capacidade intelectual de indivíduos, determinando e/ou limitando seu acesso ao mercado de trabalho<sup>89</sup>. A onipresente psiquiatria, nesses termos, pôde realizar o sonho acalentado pelos alienistas; o encarceramento do louco, decorrência específica do ajuste Estado x psiquiatria, foi apenas a primeira ação psiquiátrica. Contudo, o projeto originário indicava uma intervenção sistemática no sentido de medicalizar a complexa teia social, estabelecendo as bases para uma sociabilidade sadia.

Até a promulgação do Ato nº 26, Pernambuco contava com um único hospício público para albergar parte de sua população dita anormal. Com a promulgação de outro Ato<sup>90</sup>, a psiquiatria pernambucana ampliou substancialmente seu arsenal de dispositivos técnico-teóricos, intensificados em ações concretas, a partir da criação de uma ampla rede de assistência aos denominados psicopatas e essas, por seu turno, concretizaram-se na criação do *Manicômio Judiciário*, da *Colônia Agrícola de Barreiros* e da ampliação e reforma do velho *Hospício da Tamarineira*. Além disso, dispositivos auxiliares foram

<sup>88</sup> *Boletim de Higiene Mental*, Ano II. Recife, agosto de 1934. p. 3.

<sup>89</sup> Essa orientação profissional competia ao Instituto de Seleção e Orientação Profissional – antigo Instituto de Psicologia -, criado e dirigido por Ulisses Pernambucano, cujo regulamento previa testes para determinação de profissão, utilizados também em mediuns pernambucanos, notadamente os de QI. MEDEIROS, José Adailson (2001); cf. op. cit., pp. 51-6.

<sup>90</sup> O Ato nº 583, de 24 de Abril de 1931, publicado no Diário Oficial do Estado em 25 de abril de 1931, regulamentou os serviços prestados pelo Serviço de Assistência a Psicopatas, previstas a constituição de pessoal, nomeação, penas disciplinares, direitos e deveres de pessoal técnico, etc.

criados, quais sejam, o *Serviço Aberto* e o *de Higiene Mental*. No comando dos serviços enunciados, subordinados ao *Serviço de Assistência a Psicopatas de Pernambuco*, o primeiro diretor geral, Dr. Ulisses Pernambucano. Toda essa organização tinha como objetivo primordial e declarado combater e estancar as causas da loucura em nosso Estado. No que tange à difusão de idéias e pesquisas efetuadas pelos psiquiatras pernambucanos, foram lançados periódicos<sup>91</sup>. Essas idéias e empreendimentos, somados à carismática vocação docente de Ulisses Pernambucano, contribuíram para o surgimento da notória *Escola de Psiquiatria do Recife*.

No entanto, o número de internos no *Hospício da Tamarineira* crescia paulatina e sistematicamente; o quadro abaixo mostra-nos aumento substancial do número de internos – números que não diminuíram, mesmo após a criação do *Manicômio Judiciário*, da *Colônia Agrícola de Barreiros* e do *Serviço Aberto*:

*Tabela quinquenal do movimento de pacientes internados no Hospício da Tamarineira (1906 – 1935).*<sup>92</sup>

QUINQUÊNIO	HOMEM	MULHER	TOTAL
1906 – 1910	1.265	1.185	2.450
1911 – 1915	1.738	1.352	3.090
1916 – 1920	1.828	1.425	3.253
1921 – 1925	1.967	1.444	3.411
1926 – 1930	2.753	2.286	5.039
1931 – 1935	4.756	4.172	8.928

Nesse período de aumento dos estatísticos da loucura, circulava nos periódicos locais – amplamente divulgadas por higienistas mentais – notícias apocalípticas sobre uma feroz ameaça à sociedade, a de que a loucura tomaria corpos e mentes da cidade. A reportagem, publicada originalmente no *Diário de Pernambuco*, de certo Dr. Toulouse, prenuncia: “Ou organizamos a Luta contra a loucura, como fizemos contra as doenças venéreas e a tuberculose, ou seremos todos loucos dentro de um século”. O anúncio indica então o modo de evitar a ameaça à população em curto espaço de tempo: “tratar de seu cérebro como trata de seus dentes, do seu corpo”, pois, consoante o higienista

<sup>91</sup> Periódicos como *Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco*, *Boletim de Higiene Mental e Neurobiologia*, este ainda em circulação.

<sup>92</sup> Tabela organizada a partir do *Boletim de Higiene Mental* (1937), Ano V, p. 1. Os números apresentados refletem palidamente o contingente de internos nos manicômios pernambucanos da época. No entanto, a amostra (como outras recolhidas pelo *Boletim*) prestou-se a indicar ao poder público a necessidade de criar e ampliar ações da *Seção de Higiene Mental do Recife*.

mental francês, “A loucura – ouça bem – é a corrente das correntes, toca todos os lados da vida social: o crime, a infância, a maternidade, a raça, o futuro, tudo isso é função da loucura dos seres!”. Corroborando essa idéia, a Seção de Higiene Mental do mesmo jornal explicita sua pretensão: “despertar a atenção dos poderes competentes para a necessidade de prestigiarem, difundirem e aumentarem os serviços de higiene mental”<sup>93</sup>.

Ao *Serviço de Assistência a Psicopatas* – cujo artigo específico no Decreto nº 26 – dispunha explicar e educar o público em geral sobre “a natureza, a causa e a curabilidade das doenças mentais e meios de evitá-las”, sendo também de sua competência “fazer a prevenção dos psicopatas colaborando com os serviços de higiene pré-natal, maternidade, médico-escolar, de profilaxia da sífilis, higiene industrial e profissional”<sup>94</sup>. Seu Parágrafo Único estabelece ainda que “Para orientação de sua atividade a Seção de Higiene mental organizara a estatística geral dos Serviços de Assistência a Psicopatas de modo a ficar conhecendo as causas mais freqüentes de doenças mentais em nosso meio”<sup>95</sup>.

A ampla gama de ações veiculadas à Seção de Higiene Mental permitiu que a psiquiatria pudesse “pular os muros dos asilos”, ampliando seu campo de interesse para além do hospício e redimensionando seu pacto político. Travestida de valores humanitários como a “reconstrução social”, ajuda e promoção humana e da saúde mental, a psiquiatria atrelou-se definitivamente ao poder político e, a partir dessa aliança, o complexo desenho das relações sociais não poderia mais repousar apenas na antinomia estabelecida loucura/liberdade. E, já que uma de suas principais metas da intervenção da psiquiatria, na sociedade pernambucana em questão, consistia no comportamento produtivo dos indivíduos, fazia-se necessário diagnosticar e separar o(a)s normais do(a)s anormais.

No que diz respeito às atribuições fundamentais da Seção de Higiene Mental, cumpre-nos demarcar aquelas legadas pelo eminente psiquiatra Ulisses Pernambucano, elucidativas da tendência persecutória de nossa psiquiatria, na medida em que essas eram efetuadas sobre agentes sociais, com formas específicas de identidade. Entre outras atribuições, Ulisses Pernambucano estabeleceu, para o Serviço de Higiene Mental, o combate às “causas de doenças mentais diretamente acessíveis: álcool, sífilis,

---

<sup>93</sup> Cf. op. cit.

<sup>94</sup> Art.7º do Ato Nº 26 (1931); in Diário Oficial do Estado, de 11 de Janeiro de 1931, pp. 3-4.

<sup>95</sup> Cf. op. cit.

baixo espiritismo, etc.”<sup>96</sup> e a organização, via *Instituto de Psicologia*, de modelos de observação e perfis psicológicos<sup>97</sup>.

O(a) alcoólatra, o(a) sífilítico(a), o(a) praticante do “baixo espiritismo” seriam as mais diretamente predispostos à loucura e foi sobre esse tripé que a psiquiatria organicista pernambucana agiu mais concreta e insidiosamente. De fato, foram várias as pesquisas programas, serviços e profiláticos organizados pelo Serviço de Assistência a Psicopatas de Pernambuco para combater os males advindos do alcoolismo e da sífilis. Contudo, no que tange à prática de religiões afro-brasileiras, os psiquiatras (não somente pernambucanos) jamais conseguiram explicar de modo convincentemente científico quaisquer ligações entre loucura e culto religioso, sobejando, aí, os preconceitos culturais e as atitudes discriminatórias dos cientistas<sup>98</sup>.

Os resultados concretos da apropriação de práticas religiosas de matriz africana pela psiquiatria pernambucana foram inúmeros; em 15 de Outubro de 1933, o Serviço de Higiene Mental, então sob a batuta de Dr. Costa Pinto, iniciou, em conjunto com a Secretaria de Segurança Pública, estudos sobre essa religião e cujos objetivos declarados visavam a detectar a loucura em seus praticantes e chefes espirituais. Para os psiquiatras, o espiritismo nada mais seria do que “uma psicose semelhante à histeria, ou próxima dela, contagiosa e de fácil difusibilidade” e, para pôr fim a essas “condições patológicas”, as “autoridades sanitárias e policias deveriam tomar providências para evitar [...] as praticas espiritas”<sup>99</sup>. A asserção, (de um tal Austregésilo), aponta menos a uma possível “patologia espírita” do que à ideologia do autor, indicando-nos, também, uma extensão do campo de ação da psiquiatria para uma problemática anteriormente adstrita a polícia.

---

<sup>96</sup> CARRILHO, Heitor (1937); in Ulysses Pernambucano e a organização dos serviços de assistência a psicopatas em Pernambuco, pp. 14-5.

<sup>97</sup> Não intentando, na presente investigação, julgar historicamente a validade humanística ou profissional de Ulisses Pernambucano, cumpre-nos sublinhar, no entanto, que após o *I Congresso Afro-brasileiro*, idealizado pelo primo de Ulysses, Gilberto Freire e realizado em Recife no ano de 1934, Ulisses conceberia a mestiçagem como positividade, contrapondo-se à idéia de higiene social da raça preconizada pelo higienista paulista Renato Kehl.

<sup>98</sup> Xavier de Oliveira publicou, no Rio de Janeiro, uma vasta e bem documentada obra sobre *Mysticopathias* – que denominava *Espiritopathia* – ou *Demonopathia*, como classificava Esquirol. Os termos referir-se-iam à investigação do aspecto religioso na psiquiatria, ou “as relações do espiritismo com a loucura”, porquanto o espiritismo, para ele, seria a maior causa da alienação, depois da sífilis e alcoolismo. A vinculação da loucura à prática religiosa não-oficial, como vimos, era corrente no país, de norte a sul.

<sup>99</sup> In Boletim de Higiene Mental (1938), Ano VII, Recife, março de 1938 p. 3. Para uma leitura diacrônica da questão, ver PADOVAN, Maria Concepta (2006); in As Máscaras da Razão: Memórias da loucura no Recife durante o Estado Novo (1937 – 1945).

Havia, ainda, psiquiatras empenhados em comprovar “cientificamente”, senão a loucura dos *mediuns*, ao menos uma suposta debilidade mental. Em artigo publicado em 1937, Dr. René Ribeiro aplicou exames mentais em 100 *mediuns* do Estado. Utilizando a escala Binet-Simon-Terman - revisão pernambucana, Dr. Ribeiro concluiu que, do total de 100 indivíduos testados, apenas 11 apresentavam inteligência normal; 01 (hum) foi classificado de imbecil, 73 denominados “Débeis Francos”, 07 definidos “No limite da debilidade” e 08 possuiriam “inteligência embotada”<sup>100</sup>. René Ribeiro também não se furtou de emitir comentário preconceituoso acerca do meio social e cultural em que era mais viva a prática espírita, onde mais comumente se localizava a maioria dos Centros Espíritas de Pernambuco, como o transcrito a seguir: “[...] se distribuem na quase totalidade nos bairros pobres, bairros habitados pela parte de nossa população de nível cultural inferior; população cujas expressões artísticas, *folk-lore*, crenças, etc. demonstram sobrevivências da mentalidade pré-lógica”<sup>101</sup>, arrematando: “Estamos diante de um grupo de indivíduos que exclusivamente vivem iludindo a boa fé dos elementos mais inferiores de nossas classes sociais. Ao observador deram a impressão de simuladores intencionais “<sup>102</sup>.

Assim, a conjunção de interesses políticos, científicos e da religião dita oficial validaria o espírito persecutório da psiquiatria aos terreiros de Pernambuco. De acordo com o *espírito da época*, “O espiritismo por não ter fundamento na sistemática clínica, jamais pode ser levado a sério como um recurso nos tratamentos”<sup>103</sup>, numa assertiva que realça o principal fundamento dessa “cruzada”: a ausência de bases político-institucionais reconhecidas implicou uma estigmatização de terreiros, chefes e a maioria de seus praticantes.

A perseguição da psiquiatria a religião espírita e afro-descendentes e seus praticantes havia resultado em “licenças para funcionamento dos centros espíritas e seitas africanas”, emitidas “mediante autorização do Serviço de Higiene Mental,”<sup>104</sup>. Essas práticas religiosas, antes debatidas (e proscritas) nos púlpitos de igrejas cristãs e nas delegacias de polícia, se tornaram alvo do imperativo psiquiátrico alicerçado na ciência sob o arbitrário padrão de normalidade burguesa pretendida à época. Além disso, o

<sup>100</sup> RIBEIRO, René (1937); in Alguns resultados do estudo de 100 mediuns, p. 74.

<sup>101</sup> Cf. op. cit., p. 73.

<sup>102</sup> Cf. op. cit., p. 83.

<sup>103</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano II. Recife, agosto de 1934. p. 3.

<sup>104</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano II. Recife, março de 1934. p. 2.

“tratamento espiritual” oferecido nos centros espíritas era e ainda é considerado “prática ilegal da medicina”. Coube então à psiquiatria, em nome da boa profilaxia, a tarefa de “combater o espiritismo” cientificamente.

Como o macumbeiro e/ou catimbozeiro, o alcoólatra também não estava livre de internamento, e isso se justifica no grau de dano que representa; segundo Dr. Aduino Botelho, diretor da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, “Em sua imensa nocividade, o álcool representa nas intoxicações, o papel tenebroso que cabe a tuberculose nas infecções”<sup>105</sup>.

Discursos como esse reverberaram em Pernambuco, levando psiquiatras pernambucanos a propor medidas inibitórias para o consumo de álcool, como a criação da *Semana Anti Alcoólica*, pelo Serviço de Assistência a Psicopatas de Pernambuco, com o intuito de estancar os males provocados pelo consumo alcoólico, visto que “No interior do Estado, nos povoados e nos engenhos, a cachaça aos domingos, feriados e dias santos manda sempre gente para a Detenção e para a Tamarineira.”<sup>106</sup>.

O consumo de álcool possui raízes históricas profundas, sendo utilizado pelas mais diversas sociedades, e cujos símbolos e significados sempre estiveram associados ao sensível e ritualístico da vida humana, quer nas práticas religiosas, quer na busca de sensações de bem-estar e prazer. Foi o caráter social da medicina que, desde o século XIX, classificou a doença *Alcoolismo*<sup>107</sup>, coincidindo com o aumento da medicalização dos costumes e comportamentos das sociedades burguesas, servindo, sobretudo, aos interesses da ordem capitalista, objetivando educar e tornar útil os indivíduos que os novos processos de trabalho deles demandavam.

Transformada em *Doença Social* pela medicina higienista nos Oitocentos, a ingestão de bebida alcoólica, quando se tratava da classe trabalhadora, tornou-se objeto de censura e repressão pela psiquiatria pernambucana, empenhada em maximizar o trabalho nas fábricas, uma vez que, conforme Ruhama W. Farnsworth; “Vivemos na era da máquina, quando o homem necessita possuir todos os sentidos aguçados” e o uso do

---

<sup>105</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano VII. Recife, outubro de 1938. p. 4.

<sup>106</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano VII. Recife, outubro de 1938. p. 3.

<sup>107</sup> Sobre o assunto, remetemos à leitura de Fernando Sérgio Dumas dos (2006); in Moderação e Excesso: Uso e Abuso: Os saberes médicos acerca das bebidas alcoólicas.

álcool “diminuiria todas as faculdades do indivíduo privando-o do Maximo de sua força produtiva.”<sup>108</sup>.

No que se refere à sífilis, esta também era objeto de debate recorrente no cenário psiquiátrico organicista do Pernambuco de então. A sífilis cerebral despontou como grande aliada da psiquiatria, pois que, causando *paralisia geral*, poderia ser curada através da *malarioterapia*, enchendo de otimismo os psiquiatras que tinham, pela primeira vez, detectado no organismo humano as origens biológicas de um tipo particular de doença mental que levaria o(a) acometido(a) a uma progressiva paralisia dos órgão motores.

Na primeira página de um artigo – de autoria não citada –, publicado no Boletim de Higiene Mental, podemos verificar esse otimismo, desde o título “A loucura é curável.”, ao corpo do texto: “o que é preciso é tratá-la cedo”, posto que “A CURABILIDADE DAS DOENÇAS MENTAIS dependem de um só fator: O TRATAMENTO PRECOCE”. Em face de tanto entusiasmo, o artigo apresenta um quadro estatístico sobre as remissões completas e incompletas e os insucessos obtidos no tratamento da paralisia geral por meio da aplicação da *malarioterapia* em pacientes tratados em ambulatório, criado exclusivamente para esse fim, e os tratados no “Hospital de Alienados”<sup>109</sup>.

Obviamente, esse caráter persecutório da psiquiatria pernambucana aos ditos anormais do estado não deve ser tomado como valor absoluto, no qual o saber / poder psiquiátrica imperava sem sofrer resistências (ainda que isoladas) dos internos. São inúmeros os relatos contidos nos prontuários indicativos; ainda que pesasse sobre esses indivíduos a mão forte do saber psiquiátrico, aliado incontestemente do Estado, alguns ousaram resistir. Os relatos contidos em prontuários médicos informam-nos sobre as diferentes formas pelas quais os indivíduos resistiam à perda de sua identidade política, dos direitos trabalhistas e, até mesmo, da sanidade.

No prontuário de F.T.C., 35 anos, solteira, doméstica, levada à Tamarineira pela polícia, podemos identificar que o internamento (em 5 ocasiões) não está amparado em diagnóstico preciso; como resultado das constantes idas-e-vindas ao hospício, a doméstica veio a falecer, em 21 de Abril de 1951. No trecho reservado às observações,

---

<sup>108</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano VII. Recife, outubro de 1938. p. 3.

<sup>109</sup> Boletim de Higiene Mental, Ano II. Recife, outubro de 1934. p. 1.

lemos: “A paciente afirma não ter nenhum problema, na sua 2ª entrada afirma que quando seu pai morreu o exército levou tudo o que tinha em casa. Afirma que escuta uma voz que a incita a entrar em certos partidos políticos como o comunista”. F.T.C., que bem poderia ser uma filiada ao Partido Comunista, argumentava ser incessantemente perseguida e levada ao manicômio pela polícia <sup>110</sup>.

Há, no prontuário de J. B. B., também doméstica de 40 anos, o relato de que fora enviada ao hospício pela polícia depois de uma briga com sua patroa, quando esta última negou-se a lhe pagar a quantia devida. Em seu diagnóstico, o impreciso psiquiatra informa-nos de que J. B. B. sofria de “Psicose maníaco-depressiva – Mania Aguda – Paranóia?”. A interna havia sido levada mais três vezes – mas, não há, em seu prontuário, registro das duas últimas, talvez em face de a doméstica ter sido encaminhada de volta para casa imediatamente após sua chegada à Tamarineira. Somente em sua segunda internação há uma pequena anotação do psiquiatra que a atendeu em que, a paciente notifica ter ido cobrar outra vez o dinheiro; não o recebendo, “deu parte à polícia, e veio ao hospital novamente” <sup>111</sup>.

E. N. P., de 28 anos de idade, doméstica e professando a religião católica, foi encaminhada a internamento pela polícia, embora digno de saliência seja a revelação do médico que a atendeu: “É “media” e trabalha em centro espírita”, crendo no Espiritismo desde 3 dias de idade; dá “gargalhada, tem facilidade de fazer “baixar” os espíritos”. E. N. P. “baixou” na Tamarineira por mais quatro vezes, mas o laudo não diagnóstica, denota a dúvida médica quanto à provável moléstia: “Debilidade mental – Episódio delirante?” <sup>112</sup>.

O caso de J. R. L., pedreiro, 34 anos, é também emblemático; encaminhado pela polícia, recebeu o diagnóstico de “Schizofrenico”, vindo a desdobrar-se em outras internações (06). Quando indagado sobre sessões espíritas, o paciente responde: “Eu não vou a espiritismo, eu sou espírita, a força maior do espiritismo mundial sou eu”. O tom de galhofa empregado pelo pedreiro provoca risos no médico, ainda que sua capacidade para ironizar não o tenha poupado do manicômio. Na sétima entrada (1947),

---

<sup>110</sup> Prontuário nº 5.798 – *Seção Mulheres* (1946).

<sup>111</sup> Prontuário nº 5.785 – *Seção Mulheres* (1946).

<sup>112</sup> Cf. op. cit.

foi definitivamente transferido para a Colônia Agrícola de Barreiros, mais de dez anos depois de seu primeiro internamento<sup>113</sup>.

Esses casos indicam certa rebeldia em relação à disciplina imposta pelo ambiente manicomial, através de personagens apegadas a vivências próprias, anteriores ao manicômio, mediante relatos que expressam, sub-reptícia ou explicitamente, seu credo religioso ou político, cujas práticas, não nos devemos esquecer, foram sumariamente proibidas durante o período em tela. E, nessa direção, os alienados recompõem seus laços de identidade religiosa e cultural, ao tempo em que constroem elos com o mundo e as pessoas para além dos muros do manicômio. Cumpre-nos, ainda, salientar a imprecisão com a qual o psiquiatra lidava com esses pacientes, indiciando a prática de uma ciência ainda assentada sobre argumentos teóricos não-isentos de arbitrariedade. Tal arbitrariedade, contudo, como vimos possuía nesses internos uma contrapartida uma vez que estes resistiram como puderam aos dispositivos de poder empregados pelos psiquiatras e a todo o aparato institucional ofertado no manicômio.

O caso de I. C. dos S. é um dos casos – infelizmente não raros – em que fica evidente a força destrutiva do manicômio e do poder / saber médico psiquiátrico. Diagnosticado como portador de “episódios delirantes”, esse homem de 33 anos deu entrada em 20 de Outubro de 1936, vindo a falecer menos de dois meses após seu internamento, no mês de Dezembro daquele ano. Em seu exame mental, nada foi registrado pelo médico que o assistiu, mas, na entrevista com o mesmo médico, I. C. dos S., tentando demonstrar a arbitrariedade de seu enclausuramento, afirma categoricamente: “Eu não sou doido; é porque eu fiquei cego e surdo e por isso fiquei aperreado e contrariado e por isso o povo pensa que eu estou doido; eu só não sou como os outros porque sou cego e surdo”.

Seus argumentos são claros, simples e precisos, como são os pedidos de socorro, mas não para o médico, que nada fez para ajudá-lo; ao final da sessão, com a sensibilidade peculiar à melhor *cepa* médico-psiquiátrica, o entrevistador interroga-se acerca de um “complexo de inferioridade” do interno<sup>114</sup>, evidenciando o despreparo humanista desse detentor do saber/poder sobre o Outro/louco.

---

<sup>113</sup> Prontuário nº 6.160 – *Seção Homens* (1936).

<sup>114</sup> Prontuário nº 6.155 – *Seção Homens* (1936)

Contraditoriamente, nesse mesmo cenário, emerge a idéia / prática dos chamados *Serviços Abertos*, com a mais especificamente denominada *assistência heterofamiliar*, elevando nossa psiquiatria a um nível mais humanista. Reportando-se, em vários aspectos, às propostas da Reforma psiquiátrica contemporânea, essa modalidade de assistência, paralisada após a saída de Ulisses Pernambucano da direção do Serviço de Assistência a Psicopatas do estado<sup>115</sup>, destinava-se, sobretudo, aos denominados “enfermos crônico-inofensivos”. A partir da comprovação de que não ofereciam perigo para outrem, esses pacientes eram entregues a famílias dispostas a acolhê-los / albergá-los e dispensar-lhes cuidados, procedimento que renderia “enorme vantagem econômica para eles mesmos, para os hospedeiros, para o Estado, sem falar no benefício considerável para o seu estado mental”<sup>116</sup>.

Todavia, tal iniciativa não foi continuada e, assim, a violência dentro dos asilos e da Colônia Agrícola de Pernambuco recrudescer, bem como as perseguições aos terreiros e praticantes do catimbó<sup>117</sup>. Após o período de redemocratização, a psiquiatria pernambucana nada acrescentou de relevante ao serviço de assistência aos loucos, limitando-se a macaquear as práticas efetivadas em outros centros de pesquisa psiquiátrica – no Brasil e exterior. Nesse ínterim, o Decreto-Lei Nº 3.171, de dois de Abril de 1941, estabeleceu a extinção das *Divisões de Assistência a Psicopatas* e dos *Serviços de Assistência a Psicopatas* existentes nos estados brasileiros<sup>118</sup>. Funda-se então o *Serviço Nacional de Doenças Mentais* que consistia, entre suas atribuições, “planejar para todo território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades”<sup>119</sup>. Isso representou uma mudança, mas apenas no âmbito de sua nomenclatura, pois que o tratamento oferecido nas instituições psiquiátricas no estado ainda eram os mesmos praticados na

---

<sup>115</sup> Em 08 de Novembro de 1935, após cessação de verbas públicas, Dr. Ulisses pediria demissão do cargo de Diretor da *Assistência a Psicopatas de Pernambuco*. Prestaria serviços clínicos no Hospital da Tamarineira, até 1938, e no Sanatório Recife, por ele fundado, atuando também na revista *Neurobiologia* e no ensino superior. COELHO FILHO, Heronides (1977); cf. op. cit., pp. 129-131.

<sup>116</sup> As famílias que hospedassem esses indivíduos “receberiam uma pequena contribuição para manter o novo morador”. *Boletim de Higiene Mental*. Ano II. Recife, maio de 1934., p. 2.

<sup>117</sup> Sobre essa questão, indicamos a tese de doutorado de CAMPOS, Zuleica Dantas Pereira (2001); in *O Combate ao Catimbó: Práticas repressivas às religiões afro-umbandistas nos anos trinta e quarenta*.

<sup>118</sup> O Art. 3º, Insiso 5, dispõe sobre a extinção da *Divisão de Assistência a Psicopatas* e do *Serviço de Assistência a Psicopatas* do Distrito Federal e dá providências sobre sua nova tutela, atribuições e atividades. *Diário Oficial da União* de 3 de abril de 1941. p. 2.

<sup>119</sup> Insiso 2º do Regulamento do *Serviço Nacional de Doenças Mentais* aprovado pelo Decreto nº 17.85, de 18 de novembro de 1944. *Diário Oficial da União* de 19 de novembro de 1944. p 3

era Vargas, perdurando, por muito tempo, a função repressiva e custodial característica da ordem asilar.

Em 1952, entra em cena a *clorpromazina*, difundindo-se por todo o mundo. De fato, o aparecimento dos neurolépticos e tranqüilizantes inauguraram uma nova modalidade de assistência e tratamento para o doente mental, substituindo a camisa-de-força física pela repressão química. As chamadas *entortadeiras* transformaram-se rapidamente numa espécie de tábua de salvação, evidentemente que menos para o louco do que para a psiquiatria, cuja terapêutica, ineficiente por mais de um século, assumiu a crença de “curar” a loucura.

As descrenças nos métodos terapêuticos da psiquiatria organicista, repleta de violência e desrespeito à vida humana, fizeram da psicofarmacologia uma espécie de heroína<sup>120</sup>, legitimando-a eficazmente, a partir dos neurolépticos e tranqüilizantes e o fato de os loucos sofrerem menos os castigos das antigas práticas terapêuticas acarreta, nesse momento, menos críticas dirigidas à psiquiatria e ao tratamento desumano, dispensado nos manicômios. A esse respeito, informa-nos um psiquiatra brasileiro: “O aparecimento dos neurolépticos [...] permitiu aos psicóticos transitar mais livremente pelo espaço que antes lhes fora proibido; e não só isto, também a possibilidade de seu aproveitamento, ainda que parcial, para o trabalho”<sup>121</sup>. O reconhecimento da comunidade científica à recuperação da força de trabalho, eis um fator nos quais se baseava a crença na psicofarmacologia e, não obstante as novas promessas da psiquiatria, o sonho alienista de cura para a loucura ainda está longe de se realizar.

O pessimismo difundido entre os psiquiatras acerca da ineficiência de suas ações médicas é, enfim, sistematizado, a partir da crença na potente psicofarmacologia, tornada onipresente nos manicômios nacionais. Esse entusiasmo quase religioso não era, porém, de todo gratuito, conferindo mudanças (ainda que poucas) nas feições da assistência aos alienados, notadamente no aspecto concernente à contenção mecânica. Além disso, podemos assinalar, conforme nos informa Isaac Guz<sup>122</sup>, a atenuação que o

---

<sup>120</sup> Ora os loucos sofreriam menos os castigos próprios de terapêuticas antigas – como a *insulinoterapia* ou choque insulínico (iniciada em 1932, por Sakel), a *convulsoterapia* de Medina, à base de cardiazol (introduzida em 1934), além do *eletrochoque* (descoberto por Cerletti, em 1938) –, substituindo-os pelas pílulas, quase mágicas prometidas pela psicofarmacologia.

<sup>121</sup> RAMADAM, Zacaria Borge Ali (1976); in O Ambulatório – O Hospital Parcial – A comunidade Terapêutica, p. 202.

<sup>122</sup> GUZ, Isaac (1976); in Evolução da Terapêutica Psiquiátrica com Psicofarmacos, p. 219.

uso desses psicotr3picos representaria no contexto da psiquiatria: “os neurolepticos aliviaram de muito o trabalho dos psiquiatras”.

De fato, os gritos e desordens nos corredores e pátios dos hospícios diminuíaam e o isolamento, este seria indicado apenas para os loucos que ousassem resistir à medicação. Enfim, a ordem conquistada, sem violência, efetivar-se-ia com as milagrosas pílulas, sem falar na economia que a nova terapêutica acarretava, poupando quantia respeitável aos governos, ora a ser empregado na construção de hospitais e noutros modos de assistência <sup>123</sup>, como observaria o mesmo psiquiatra. No entanto, essa paz se deu à custa da aniquilação quase absoluta das vontades dos pacientes; estes, ora comportando-se como zumbis, passaram a andar a esmo pelo manicômio.

Dessa forma, de um lado, o profissional da psiquiatria lucrou ao prescrever dosagens cada vez maiores desses medicamentos, de outro, os governos também ganham, economizando e / ou redirecionando investimentos na área de assistência à saúde. Contudo, as multinacionais farmacêuticas foram as que efetivamente mais lucraram com a nova terapêutica; o mercado de medicamentos, através de propaganda especialmente dirigida aos médicos psiquiatras, tratou de falsificar as propriedades e ocultar as limitações de suas drogas. Amplamente adotadas pelo manicomialismo, as “entortadeiras” assumiram a mesma significação das camisas-de-força e dos quartos de contenção, obstruindo os movimentos e amortecendo os sentidos dos indivíduos, preenchendo, de certo modo, o vazio dos livros de terapêuticas psiquiátricas.

Desse modo, a ampla utilização dessas drogas justificou e continua a justificar os investimentos cada vez mais altos na indústria farmacêutica; desde a utilização em massa desse tipo específico de terapia, as multinacionais têm elevado sobremaneira seus já exorbitantes lucros desencorajando, de outro, qualquer tipo de abordagem mais humanista em relação à loucura, posto que, quanto mais cresce o sofrimento psíquico, maiores são os lucros obtidos pelo capitalismo químico-industrial, cujo interesse vem determinando, também, a terapêutica psiquiátrica prescrita, desde o início dos anos de 1950.

Ainda hoje, essas trajetórias entrecruzam-se e complementam-se: se, de um lado, a psiquiatria, de tendência biológica, é fortalecida, sobretudo, pelas descobertas neurofisiológica e genética, de outro, avulta a neuroquímica; e, no limite, a

---

<sup>123</sup> Cf. op. cit., p. 221.

psicofarmacologia vem se consolidando no centro de novos tratamentos para a loucura. Constituindo-se a partir de um complexo industrial forte e rentável que acena com a cura de todos os males psíquicos, da depressão à euforia, compartimentada em um azul *prozac*, isso é claro mediante a aquisição desse e / ou de outros produtos.

Nessas considerações sobre a trajetória da institucionalização da loucura e o arcabouço teórico e ideológico da psiquiatria, vimos que o louco, quando separado da sociedade, foi apropriado pelo saber médico-psiquiátrico, deixando de existir enquanto ente autônomo com desejos, angústias, alegrias e tristezas; de ser humano de vontade, passa a alienado, psicopata ou doente mental. A psiquiatria legitimou-se – jurídica e socialmente –, portanto, sob a associação entre delinqüência e loucura, justificando o seqüestro de determinados indivíduos do convívio social em face de carregarem iminente perigo para si mesmos e os outros. E, sob o olhar atento e controlador do Estado burguês, a psiquiatria autorizou e executou faxinas nas cidades, procedendo à distinção entre os aptos / cidadãos e os inaptos / loucos delinqüentes.

Todavia, as tentativas de explicação / descrição e erradicação não lograram êxito; a ordem liberal e burguesa, no afã de moralizar e normatizar a sociedade tentou ocultar o que considerava sua miséria, segregando, enclausurando e tutelando loucas e loucos. No entanto, esses personagens cuja existência se verificaria em tempos e sociedades variadas, resistiram. Posto que o louco sempre existira em todos os tempos e sociedades e por mais que o cientificismo ideológico, praticado pela psiquiatria, tenha tentado fazer o apagamento deste, que é ao mesmo tempo estranho e familiar, não conseguiu êxito absoluto.

Neste Capítulo, procedemos à descrição das transformações operadas na concepção do Outro da razão – o indivíduo anormal, psicopata, doente mental, etc –, numa trajetória vinculada à criação de dispositivos teórico-práticos para segregar e ocultar todo aquele que não se adequasse ao ideário perseguido pela racionalidade burguesa. Foi, contudo, no seio da própria psiquiatria que surgiram as primeiras denúncias de violência dentro do manicômio, assim como nasceram, de suas próprias contradições, projetos / propostas orientados a uma assistência ética e humanizadora. É exatamente sobre a efetivação dessas denúncias e seus desdobramentos em termos de propostas e práticas que buscaremos nos debruçar na próxima Seção.

---

---

## CAPÍTULO 2:

# O MANICÔMIO EM QUESTÃO: NOVAS IDÉIAS SOBRE VELHAS PRÁTICAS

---

---

“Caído aqui, todos os médicos temem pôr logo o doente na rua. A sua ciência é muito curta, muito prevê; mas seguro morreu de velho e é melhor empregar o processo da Idade Média. A reclusão” (LIMA BARRETO).

### 2.1 *As primeiras experiências sócio-terapêuticas e o ideal de prevenção*

**O** pós-guerra veio inaugurar novos modos de pensar a loucura e tratar os loucos, quando surgiram teorias e práticas que, à sua maneira, iniciaram o questionamento da psiquiatria clássica, mas que – como indicaria Lima Barreto, na epígrafe acima – talvez por temor médico ou imprecisão científica, a psiquiatria tenha assegurado sua conhecida terapêutica de reclusão.

Após a delimitação da cartografia de atuação do modelo psiquiátrico clássico, buscaremos, nesta Seção, considerar os pilares das principais correntes teóricas e práticas que marcaram a reforma psiquiátrica nos moldes contemporâneos, no Brasil e, de modo particular, em Pernambuco, partindo de idéia de que o atual movimento de reforma psiquiátrica decorre diretamente da crise assistencial, teórica e prática da psiquiatria desde o início do século XX. A crise deflagrada no seio da instituição psiquiátrica, segundo Birmam e Freire Costa, ganhou contornos nítidos já a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, no momento em que as inquietações de seus profissionais, em face da impotência histórica da terapêutica psiquiátrica, somaram-se à comprovação (e conseqüente apreensão) dos governos quanto aos altos índices de

cronicidade dos doentes mentais dentro dos manicômios, incapacitando um grande contingente de homens e mulheres em idade produtiva<sup>124</sup>.

Foi nesse contexto de crise que emergiu, em alguns países europeus, Estados Unidos e, um pouco mais tarde, no Brasil, a denominada *psiquiatria social*, a partir de experiências vividas mais diretamente nas nações que mais sofreram os devastadores efeitos da guerra. Devido, sobretudo ao grande número de traumas observados em soldados, mas também em considerável parcela da população civil, surgiram, no período, novos questionamentos éticos no cenário mundial, a partir dos quais atitudes reformistas dentro da própria instituição psiquiátrica buscam inquirir “o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico”<sup>125</sup>: a Inglaterra, com as *Comunidades Terapêuticas* e, na França, a *Psicoterapia Institucional*. Além dessas, precisamente a partir da década de 1960, ganham relevo a *Psiquiatria Comunitária* ou *Psiquiatria Preventiva* e a *Psiquiatria de Setor*, respectivamente nos Estados Unidos e França.

Desse modo, essas posturas reformistas ensejaram uma ruptura nos modos pelos quais a psiquiatria concebia e atuava sobre seu objeto, a loucura, no seio da qual a relevância dispensada à idéia de doença mental foi deslocada para a noção de *promoção da saúde mental*, redirecionando, pois, o paradigma psiquiátrico, de um tratamento individual e assistencial para a terapêutica coletiva e preventiva.

Das experiências sócio-terapêuticas pioneiras, importa-nos ressaltar, em primeiro lugar, o contexto político e social em que vêm à tona, o momento historicamente preciso do pós-Guerra, quando as novas abordagens da teoria e prática psiquiátrica buscavam chamar a atenção da sociedade para a condição deprimente dos loucos internos nos hospícios / manicômios; se esses espaços assemelhavam-se aos campos de concentração, pelo terror e violência impingidos sobre corpos e mentes de milhares de indivíduos, toda e qualquer espécie de violência e desrespeito à vida humana deveria ser veementemente rejeitada e debelada, legal e socialmente.

Um segundo aspecto a ser destacado diz respeito ao projeto de reconstrução, premente nas nações européias do pós-Guerra, da destruição física e econômica em que

---

<sup>124</sup> BIRMAM, Joel & COSTA, Jurandir Freire (1976); in Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária, p. 41.

<sup>125</sup> AMARANTE, Paulo (2000); in Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, p. 27.

se encontravam. Quanto aos recursos para esse empreendimento, estes captar-se-iam através de empréstimos concedidos pelos Estados Unidos, no *Plano Marshall*. Porém, no que se refere à mão-de-obra necessária à reconstrução desses países, a solução dar-se-ia fundamentalmente a partir de duas frentes: a imigração e, principalmente, a recuperação dos enfermos.

Aos soldados com problemas psíquicos decorrentes das campanhas de guerra; aos civis, homens e mulheres traumatizados com os bombardeios intermitentes às cidades, violentados, tornados órfãos, etc; aos sobreviventes dos campos de concentração – a todos assistia a recuperação psíquica oferecida pela psiquiatria social. E, nessa medida, o imperativo econômico – a percepção do enorme contingente de mão-de-obra que a guerra, direta ou indiretamente, havia incapacitado – encetou a restauração da força de trabalho para a qual a nova psiquiatria buscou elaborar e executar sua *missão salvadora*, concretizada na reforma dos espaços asilares.

Mas, se por um lado o manicômio seria imprescindível à recuperação dos traumatizados pelos combates, ele permanecia, sob muitos aspectos, um dos mais inadequados espaços de assistência à população. A saída para o impasse, no âmbito da psiquiatria inglesa, foram as chamadas *Comunidades Terapêuticas*.

A idéia central das *Comunidades Terapêuticas*, segundo um de seus idealizadores<sup>126</sup>, consistia em “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”, em que a própria noção de *comunidade* implicava a desarticulação da estrutura manicomial. Ademais, as críticas realçadas por Maxwell Jones tratavam de considerar o hospital psiquiátrico como o *locus* privilegiado de segregação e cronificação do doente mental que para lá era encaminhado.

Contudo, para além do aspecto denunciativo das *Comunidades Terapêuticas* em relação à já secular instituição asilar, devemos problematizar os aspectos teórico-metodológico-práticos a elas subjacentes. Esses, em tudo diferentes dos praticados pela psiquiatria clássica, qualquer que seja sua matiz, ideológica ou orgânica; de evidente orientação psicanalítica, as *Comunidades Terapêuticas* animavam seus pacientes a discutir as razões inconscientes que os levavam a assumir um determinado comportamento ou ação – em relação a si e/ou ao(s) companheiro(s), buscando ocupá-los através de terapia ocupacional, também denominada *ergo* ou *praxiterapia*, posto que

---

<sup>126</sup> JONES, Maxwell (1972); in A Comunidade Terapêutica, p. 28.

os trabalhos manuais, agrícolas ou mesmo os domésticos levariam à reabilitação de seus laços identitários / comunitários. De outro modo, cumpre-nos salientar que o aspecto moral do trabalho, nas Comunidades, era superdimensionado, atribuindo à ocupação / ao trabalho uma função mais de ajustamento social do indivíduo do que constituindo propriamente uma terapêutica, visto serem, as tarefas, impostas pelo médico encarregado e não uma escolha ou ao menos orientação dada aos internos, que de qualquer forma permaneciam no manicômio, apartados de seu meio social.

Nesse sentido, as *Comunidades Terapêuticas*, como podemos facilmente perceber, ainda se vinculavam no velho esquema dos hospícios, até porque permaneciam circunscritas ao espaço dos manicômios, ainda que propusessem e viabilizassem um ambiente mais humanizado. De fato, as críticas ao modelo das *Comunidades* partiram da constatação de que, não obstante terem constituído um avanço na assistência ao louco, não logrou produzir uma psiquiatria libertária; por melhor que fosse o ambiente construído, o modelo instituíu um espaço artificial, pois que separava o louco da sociedade, senão pela via manicomial clássica, mas por uma tentativa de minorar a questão fundamental do sofrimento psíquico em sua dialética com o meio social<sup>127</sup>. A construção de ilhas apartadas da vida social implicou, pois, a reprodução da lógica da intolerância social para com a loucura perpetuando, conseqüentemente, a discriminação do louco inaugurada com o hospício.

Ao substituir o mundo real pelo modelo ideal de vida em grupo, os psicoterapeutas, mediante um *psicanalismo* pouco crítico, acabaram por determinar os modelos de pensamento e comportamento, prescritos pela equipe clínica responsável, em relação ao mundo conflituoso e histórico em que viviam<sup>128</sup>. De modo que o isolamento das *Comunidades Terapêuticas* seria o grande problema enfrentado por psiquiatras, em sua maioria ingleses que, no pós-Guerra, elaboraram e vivenciaram uma psiquiatria de prática terapêutica alternativa.

---

<sup>127</sup> Referindo-se ao problema, Delgado observa que, se o projeto das comunidades era, de fato, a “solução do problema manicomial”, contudo no que se refere ao enfrentamento e conquista da liberdade dentro das instituições asilares, esse efetivamente não logrou êxito. Cf. DELGADO, Pedro Gabriel (1992); in As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil, p. 48.

<sup>128</sup> O mesmo Delgado salienta que as *Comunidades Terapêuticas* são, com claras ressalvas, “um antepassado nobre e generoso” da atual Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja inspiração político-institucional remonta ao modelo prático e teórico proposto, inicialmente, por Franco Bassaglia que, em um manicômio de *Gorizia*, instaurou uma ruptura nos modelos de assistência aos loucos, argumentando que a doença mental relacionar-se-ia à estrutura de poder de nossa sociedade, confundindo-se, portanto, com uma problemática política. Cf op. cit, p. 47.

Outra modalidade de assistência psiquiátrica lançada nesse momento de reconstrução foi a chamada *Psicoterapia institucional* francesa, que visava a restabelecer todo o potencial terapêutico proposto por Pinel e Esquirol – mas não realizado ou mesmo desvirtuado – de hospital psiquiátrico. Essa não tão inovadora forma assistencial pretendeu, com efeito, restaurar a rota do hospício, a vetusta instituição a partir da qual o alienismo dispunha-se a oferecer tratamento e cura aos loucos porém, pela truculência de profissionais, havia desvirtuado a função primeira da psiquiatria.

Nessa direção, a *Psicoterapia Institucional* instaurou-se exatamente a partir da idéia de que a destinação da instituição psiquiátrica havia sido corrompida não apenas pelo mau uso das terapêuticas propostas pelos pioneiros, mas também pela arrogância de seus administradores e até mesmo pelo descaso do poder público, devido a inúmeras circunstâncias políticas e sociais. Esses e outros fatores, tomados em sua totalidade, desviariam o ideal de hospital psiquiátrico transformando-o em lugar de violência e repressão. Esses argumentos, todavia, não se sustentariam, posto que carentes de fundamentação consistente.

A *Psicoterapia Institucional* – à semelhança da corrente anterior – promoveu estabeleceu espaços de articulação com a psicanálise, porém, diferentemente do que ocorreu na Inglaterra, os psiquiatras franceses concebiam o hospital psiquiátrico como *locus* de características doentias, razão pela qual se tornaria objeto de tratamento, tal qual os indivíduos ali albergados, dando ensejo a reflexões críticas para o futuro desmonte dessa estrutura historicamente excludente.

O primeiro hospital a viabilizar a *Psicoterapia Institucional* foi o Saint-Alban, ainda durante a Segunda Grande Guerra, caracterizando-se, os primeiros anos das reformas implementadas por François Tosquelles, por sua resistência ao nazismo, ao tempo em que inaugurou “iniciativas para salvar da morte e oferecer condições de curabilidade aos doentes ali internados”<sup>129</sup>. Com evidente orientação marxista e apoio de heróis da resistência, o Saint-Alban tornou-se um espaço de denúncia do caráter segregador do hospício na França – proliferando-se pelo país – e, posteriormente, no mundo dito Ocidental.

---

<sup>129</sup> AMARANTE, Paulo (2000), cf. op. cit., p. 32.

De outro modo, importa-nos destacar que a rápida aceitação, utilização e difusão das práticas e teorias psiquiátrica e psicanalítica – não obstante essa aliança ter se revelado profícua em sua experiência pioneira – desaguou num *psicanalismo* excessivo e pouco prático, posto que, ao radicalizar a análise do manicômio enquanto *locus* de segregação, desconsiderou o ângulo das estruturas históricas, políticas e sociais do poder / saber psiquiátrico e a prática manicomial subjacente. Pelo contrário, a *Psicoterapia Institucional* francesa terminou por instituir um paradoxo, concebendo o manicômio como espaço ao mesmo tempo de duplicação da loucura, por um lado, e lugar específico para a readaptação social do louco, de outro.

Mais tarde, porém (na década de 1970), essa modalidade prático-teórica buscou analisar o inconsciente para além do determinado por Sigmund Freud e seus descendentes teóricos<sup>130</sup>. Nos termos de Felix Guattari, então, seria necessário analisar as influências das estruturas repressivas, de caráter político, em ação sobre a coletividade. Partindo do conceito de *transversalidade*<sup>131</sup>, Guattari intenta solucionar os impasses oferecidos por seus antecessores, redimensionando – senão excluindo – a autoridade irrefutável da psiquiatria / psicanálise na terapêutica da loucura.

O desencadeamento de variadas problemáticas mentais vindas à tona no limiar da Segunda Guerra deflagrou um processo político, econômico e social intenso em relação às demandas do saber psiquiátrico que, a seu turno, requeria ampliar suas funções de controle e normatização dos comportamentos de indivíduos e grupos, além da recuperação precípua da mão-de-obra incapacitada pelos combates. Nesse contexto,

---

<sup>130</sup> Para Guattari, Freud “postulou a existência de um continente escondido da psique”, ao qual denominou *inconsciente*, a expressão do “essencial das opções pulsionais” que, no entanto, com a evolução histórica, “perdeu a riqueza efervescente e o inquietante ateísmo de suas origens e se recentrou na análise do eu, na adaptação à sociedade ou na conformidade a uma ordem significante, em sua versão estruturalista”. Dessa forma, o conceito de inconsciente disponibilizado pelo mercado psicanalítico apagou a dialética existente entre o sujeito, produtor de subjetividades, e o grupo social, ao qual se vincula, e que também compõe subjetividades, gerando, no sujeito, seu próprio “sistema de modelização da subjetividade”, não apenas que marcado pela cognição, mas também pela cultura e sociedade em que o indivíduo se insere e “a partir da qual ele se posiciona em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e suas pulsões”. De outra parte, Guattari argumenta que a ênfase psicanalítica na dialética médico-paciente promove o não-agenciamento político, cultural e social do sujeito, restringindo-se às análises de suas fixações e regressões procurando adequar-se aos imperativos da linguagem da psicanálise do tipo estruturalista. GUATTARI, Félix (1992); in *Caosmose: Um novo paradigma estético*, pp. 21-3.

<sup>131</sup> O conceito de *transversalidade* constitui-se enquanto pratica efetiva de ultrapassamento das relações verticais, advindas da hierarquia vigente dentro ns instituições psiquiátricas, e as horizontais, oriundas do relacionamento médico-paciente, abrindo novos espaços e possibilidades terapêuticas que possam “forjar uma concepção mais transversalista da subjetividade, que permita responder ao mesmo tempo suas amarrações territorializadas idiossincráticas (Territórios existenciais) e a sua abertura para sistemas de valor (Universos incorporais) com implicações sociais e culturais”. Cf. op. cit., p. 14.

despontaram essas experiências inovadoras, vislumbrando terapêuticas alternativas ao modelo vigente, mas, sobretudo, encetando processos de reflexão sobre o manicômio que, somados às lembranças, ainda recentes, dos horrores praticados em Treblinka ou Auschwitz, também mobilizaram demandas sociais no sentido de extingui-lo.

Convocada para o processo de reconstrução nacional, a psiquiatria acenou com novas idéias e práticas que visaram, sobretudo, a reformar o espaço asilar. Mas se, por um lado, não possamos negar as possibilidades de tratamento ensaiadas pelas *Comunidades Terapêuticas*, na Inglaterra, e pelas experiências da *Psicoterapia Institucional*, na França, no sentido de oferecerem uma assistência mais humanizada a louco(a/s), não apenas nos contextos em que foram propostas, mas também em outros locais, inclusive o Brasil, cumpre-nos sublinhar, por outro que, restritos ao âmbito espacial, os novos métodos preconizados pela psiquiatria não atingiram ao âmago do problema crucial a uma reforma efetiva, qual seja, o caráter segregador e custodial dos manicômios.

Mesmo se reconhecêssemos, no acordo entre psiquiatria, poder constituinte e sociedade, a única via possível para a época, ora mais interessado em questionar saberes e práticas médicas, não encontraríamos argumentos satisfatórios, tendo em vista o fato de que ambos os modelos foram incapazes de elaborar uma crítica universalista às implicações políticas e sociais da psiquiatria, instaurando, quando muito, aquilo que Birman denominou “pedagogia da sociabilidade”<sup>132</sup>.

Essa pedagogia pretendeu, principalmente, regular o excesso passional da loucura pelo controle dos discursos, gestos e ações dos internos que, nessas microssociedades, *Ideais*, eram levados às relações interpessoais num espaço social idealizado e hierarquizado. Esses ensaios de mudança, portanto, representaram a modernização cosmética de um antigo sistema, acabando por fortalecer, via de regra, o maniconialismo; pintando com anêmicas tintas o feio quadro do manicômio tradicional, as propostas reformadoras em tela deixaram entrever o *continuum* de uma prática sem alterações fundamentais.

---

<sup>132</sup> No momento em que o manicômio é visto como instância capaz de, a um só tempo, curar e cronificar o louco, foram estabelecidas normas e limites para a cura da loucura, passando a regular a vida de pacientes, mesmo aqueles saídos dos hospícios, em face da internalização das regras da vida social ali indicadas. As situações hospitalares tornavam-se, dessa forma, simultaneamente reais e simbólicas, levando-os, como autômatos, a reproduzi-las. Cf BIRMAM, Joel. (1992); in *A cidadania tresloucada*, p. 85.

As experiências como os hospitais abertos, as comunidades terapêuticas e numerosas instituições extra-asilares intensificam-se, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos de fins dos anos de 1950 e na década de 1960 – período em que o manicômio passou a ser recomendado para os casos mais graves –, em cujos espaços os psiquiatras se lançaram, resultando maior contato com a comunidade formada em torno da loucura. O nascimento da *Psiquiatria Preventivista* se dá no momento que a psiquiatria constata, não sem constrangimentos, que a doença mental também se constitui em doença psíquica – e não apenas somática, como havia proposto, por décadas, o Organicismo – e, no momento em que não podia recorrer exclusivamente às Ciências Naturais para pensar a loucura, amparou-se nas concepções das Ciências Humanas, especificamente a Sociologia, abarcando, também, pressupostos da Psicologia do Comportamento, notadamente o Behaviorismo, para justificar essa nova prática, manifestando uma concepção de personalidade, a um só tempo biológica, psicológica e social. O ser humano, dessa forma, seria uma entidade biopsicosocial, conforme os psiquiatras preventivistas alardeavam<sup>133</sup>.

Ao utilizar conceitos originados da Sociologia – como os de *adaptação*, *inadaptação* e *desvio* - para explicar a doença mental com o fito de estancá-la precocemente, o preventivismo estadunidense julgou encontrar respostas satisfatórias e modos definitivos de intervenção sobre comportamentos individuais e coletivos considerados inadequados. Além dessa, a utilização de conceitos da Psicologia *behaviorista*<sup>134</sup> instaurou, como ressaltou Costa, uma contradição no seio do Preventivismo norte-americano:

---

<sup>133</sup> A partir da idéia de ser humano como entidade previsível, a *Psiquiatria Preventiva* ou Comunitária surgiu nos Estados Unidos com o propósito de instaurar a concepção de que a doença mental poderia ser detectada precocemente. A estratégia de intervenção nas causas das crises mentais dos indivíduos assaltados por desajustes demandou a denominação *inadaptação* ou *desvio* à loucura. Cf. COSTA, Jurandir Freire (1989); in *Psiquiatria Preventiva e Representação da Doença Mental*, pp. 23-36.

<sup>134</sup> O *Behaviorismo* desenvolveu-se a partir de experimentos científicos nos quais centrava-se na transformação, mediante condicionamentos determinados, de padrões comportamentais julgados inadequados, despontando com Pavlov, estudioso russo dos “reflexos condicionados”. A partir de suas experiências com animais, o cientista formulou idéias sobre o condicionamento humano desenvolvidas, principalmente, nos Estados Unidos, sendo Skinner o maior representante da corrente denominada *condutivista*. O *Condutivismo behaviorista* estadunidense, tornando-se terapêutica para o louco, reputava que psicóticos e neuróticos ativos poderiam ser controlados em hospitais psiquiátricos, buscando corrigir seu comportamento. As técnicas baseadas nesse tipo de tratamento pouco se diferenciam das empregadas em tempos do tratamento físico moralizante, com suas privações, ou do organicismo com suas técnicas ancoradas no *eletrochoque* ou *lobotomia*. A diferença consistia principalmente no uso de psicotrópicos, facilitado pela aceitação social. Além disso, as respostas condicionadas eram formuladas a partir de perguntas comportamentais cujo resultado poderia significar castigo ou recompensa. É importante ressaltar, ainda, que essas técnicas serviam também para compensar a falta de psiquiatras ou psicólogos

[...] para a sociologia, a prevenção é possível, ela opera uma distinção teórica pelo menos entre sintoma e etiologia; entre conflito social como causa antecedente e o comportamento desadaptado como efeito sucessivo a esta causa [...] Todavia, os fatos olhados pelo behaviorismo não apresenta a mesma coerência. Para o behaviorismo, a distinção entre etiologia e sintoma não é pertinente. A doença mental existe, e só existe quando o comportamento desadaptado surge [...] Como, então, conciliar a proposição sociológica de prevenção com as explicações teóricas do behaviorismo, se todas duas estão contidas na mesma noção de unidade biopsicossocial? A resposta é simples: a psiquiatria preventiva não se preocupa em resolver a contradição faz com que ela não existisse <sup>135</sup>.

Durante a Guerra Fria, mais precisamente a partir dos anos de 1960, contexto em que surge o *Preventivismo*, várias denúncias sobre as péssimas condições de assistência psiquiátrica demandam, nos Estados Unidos, medidas saneadoras urgentes<sup>136</sup>. No entanto, somente após a publicação do livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, de Dr. Gerald Caplam, e do discurso proferido pelo presidente John F. Kennedy é que a idéia de prevenção vem ganhar força. Importa-nos salientar que as críticas do governo e membros da psiquiatria estadunidense à violência e exclusão históricas de teorias e práticas psiquiátricas passaram a promover a idéia de Saúde Mental <sup>137</sup>.

Em 1963, em discurso amplamente divulgado, Kennedy defendia um novo foco de cuidado para o doente mental, o da *saúde mental* e, na oportunidade, recomendava o

---

dentro dos manicômios. A respeito da crítica ao modelo condutivista, recomendamos o filme *Laranja Mecânica*, de Stanley Kubrick (1971).

<sup>135</sup> Cf. COSTA. Jurandir Freire (1989); op. cit., p. 31.

<sup>136</sup> De 1955 a 1963, projetos e comissões médicas foram organizados com o fito de examinar o estado lastimável dos manicômios nos EUA, a partir dos quais – que julgamos dignas de nota –, foram edificadas as bases políticas e jurídicas do *Preventivismo*. Cf. BIRMAM, Joel & COSTA (1992); op. cit., p. 53. Vale ainda salientar que é a partir dos anos de 1960 que os Movimentos de Contracultura ganham maior visibilidade e passam a mais ferozmente denunciar e / ou até mesmo desmoralizar o *status quo* estadunidense daí o *Preventivismo* surge como programa normatizador para uma sociedade *em estado de crise*.

<sup>137</sup> A noção de *Saúde Mental* transformou-se conceitualmente ao longo do tempo, mas é ainda problemática. No aspecto que aqui nos importa, a expressão *saúde mental* inaugura uma nova fase no pensamento político-institucional da psiquiatria, interligando-se intimamente à representação de comunidade e, se considerarmos que esta corresponde a um conjunto homeostático de indivíduos que comungam valores sem conflitos sociais, segundo Caplam, então as lutas e reivindicações das minorias (mulheres, negros, asiáticos, etc), bem como os movimentos de contracultura fomentados nos EUA durante o período, seriam formas/sintomas de desequilíbrio psíquico. A *Saúde Mental* estaria, portanto, politicamente atrelada ao imperativo de controle das populações (seu caráter adaptacionista/normatizador), sobretudo as insurgentes e/ou insatisfeitas. Hodiernamente, a idéia ocupa um lugar estratégico na reforma psiquiátrica, em suas reivindicações contemporâneas, vinculando-se a dois segmentos discursivos: por um lado, afastando-se da interpretação médica da doença, não observa os aspectos subjetivos da loucura, mas que se inscrevem na existência concreta do indivíduo assistido; por outro, demarca o campo de práticas e saberes não mais restritos à medicina psiquiátrica. Para um melhor aproveitamento da questão, remetemos à leitura de autores já aqui referenciados, quais sejam: Paulo Amarante, Jurandir Freire Costa, Pedro G. Delgado. Indicamos também Antonio Lancetti (1989), na obra Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental.

envolvimento de governos, instituições privadas e técnicos em saúde mental nessa cruzada<sup>138</sup>. Como parte dos programas de saúde comunitária e, do mesmo modo, em concordância com as propostas políticas do presidente, Gerald Caplam publicou *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Prefaciado pelo diretor do *National Institute of Mental Health*, Dr. R. H. Felix, o livro-cartilha tornou-se uma espécie de *Bíblia do Preventivismo*, não apenas nos Estados Unidos, mas também em todo o mundo liberal<sup>139</sup>.

Na obra, são propostos os princípios norteadores/definidores da psiquiatria preventiva definida por Caplam, como um conceito comunitário expandido em programas: em primeiro lugar, o programa de *Prevenção Primária*, consistindo na detecção dos transtornos mentais em determinada sociedade; em segundo, o programa de *Prevenção Secundária*, implicando a terapêutica desses transtornos; e, por último, o de *Prevenção Terciária*, voltado para a redução dos transtornos mentais. E assim esboçados os princípios da *Psiquiatria Preventiva*, podemos observar que os projetos dessa corrente psiquiátrica determinariam as intervenções precoces, de modo a evitar / impedir o surgimento e desenvolvimento dos casos de doença mental e, por conseguinte, decretando a obsolescência do hospício.

No entanto, subjacente aos discursos e práticas preventivistas, emerge a noção de *saúde mental*, saúde mental, ampliando, em muito, a função política e social do psiquiatra. Considerando a loucura um desajuste a princípios sociais e a valores culturais aceitáveis, Caplam e seguidores compreendem a doença mental como decorrência da crise de inadaptação, de indivíduo ou grupo, desviando-o da norma social pretendida. O *Preventivismo*, seguindo a tradição psiquiátrica, associa loucura a doença, definindo esta última em termos de inadaptação, desvio e desequilíbrio individual ou coletivo em relação às normas político-sociamente pactuadas.

---

<sup>138</sup> O discurso de Kennedy, suas principais diretrizes e propostas, pode ser encontrado em BIRMAM, Joel & COSTA (1992); cf. op. cit., pp. 53-61.

<sup>139</sup> Na introdução da obra em questão, chama-nos atenção a apresentação do autor: “este livro é não só uma cartilha para o assistente comunitário de saúde mental – é uma bíblia”. Imbuída do mesmo espírito dogmático, a medicina psiquiátrica adotou em vários países, inclusive no Brasil, a psiquiatria preventivista. CAPLAM, Gerald (1980); in *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, p. 17. Do mesmo modo, Amarante observa que, desde a apresentação no discurso de Kennedy, o *Preventivismo* foi adotado por organizações sanitárias internacionais e, “conseqüentemente, por inúmeros países do denominado Terceiro Mundo”. Cf. op. cit., p. 36.

Nessa medida, essas proposições oportunizaram modelos assistenciais, oficiais ou alternativos, rumo a um efetivo processo de *despsiquiatrização*<sup>140</sup>. Encarando a institucionalização da loucura como problema a combater, o *Preventivismo* apontou caminhos a uma psiquiatria disposta a não a se questionar, mas, além disso, especialmente interessada em efetivar, na prática, mudanças instauradoras de novas modalidades assistenciais que, juntamente com a corrente psiquiátrica estadunidense, foram exportadas para boa parte do mundo Ocidental, especialmente a América Latina.

De outra parte, a indiferenciação preventivista entre *desinstitucionalização* e *desospitalização* implicou um crescimento nos serviços de assistência ambulatorial ao louco, porém, sem a contrapartida concreta em termos de oferta de estrutura técnica de pessoal e material. À medida que crescia a carência da comunidade estadunidense com respeito à atenção psicossocial, especialmente depois que os egressos dos manicômios passaram a procurar a assistência nos ambulatórios, decrescia a eficácia pública na produção de terapêuticas satisfatórias, formando um círculo vicioso, no qual a demanda social por assistência psiquiátrica era desencorajada pelo governo, essa ação aumentou o contingente de indivíduos sempre crescente, mas para o qual o poder público não estava disposto a servir. E, além disso, como muitos internamentos nos hospitais psiquiátricos – que, na lógica preventivista, estava em via de extinção – ainda permaneciam, esses somaram-se aos novos cronificados, retroalimentando / reproduzindo o modelo asilar.

O Preventivismo e seu ideal de prevenção foram, portanto, se instituindo como modelo atrelado à psiquiatria clínica pelo viés da promoção da Saúde Pública, assumindo a comunidade como campo privilegiado para suas ações em saúde mental, a partir de um conjunto de normas e princípios sociais pré-estabelecidos e reatualizando princípios da profilaxia vinculada ao padrão manicomial organicista. O caráter, a um só tempo adaptacionista e normatizador da psiquiatria preventivista estadunidense significou, dessa forma, menos um projeto alternativo para a psiquiatria do que um novo projeto de medicalização da sociedade. Alicerçado em bases sociologizantes e psicologizantes “a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal,

---

<sup>140</sup> A expressão *despsiquiatrização* nasceu no “contexto do projeto preventivista para designar o conjunto de medidas de *desospitalização*” e, ainda que o termo identifique-se com *desinstitucionalização* o primeiro remete a formas de organização de serviços psiquiátricos mais críticas, possibilitando mudanças no trato com o louco. O processo de *desospitalização*, de outro modo, pressupõe a redução do ingresso e/ou permanência do louco nos hospícios e, historicamente, implicou a ampliação e/ou produção de novas formas de assistência, pela criação de serviços extra-hospitalares, tais como: *centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas* em hospitais gerais, etc”. Cf. AMARANTE, Paulo (2000); op. cit., pp. 40-1.

traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas”<sup>141</sup>, o projeto preventivista difundiu-se para outras partes do mundo e sua aplicação em terras brasileiras coincidiu com o momento em que, no país, vigia a ditadura militar, tornando-se extremamente proveitoso às práticas de seqüestro, prisão e morte de *inadaptados* efetivadas pelo regime.

## 2.2 - Encontros e desencontros de uma reforma cidadã: a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria Democrática Italiana*

Enquanto as correntes *sócio-terapêutica* e *preventivista*, gestadas na Europa e Estados Unidos respectivamente, limitaram-se a criticar o aspecto desumano da instituição manicomial (denunciando o hospício enquanto *locus* de cronificação, esquecimento e morte de vasto contingente humano, como a primeira), e o desdobramento da psiquiatria a todo o espaço público (objetivando a prevenção da loucura e a promoção da idéia de saúde mental, conforme a segunda), surgiram, na Europa, quase simultaneamente àquela última, propostas voltadas a questionar toda a instituição psiquiátrica e sua competência: a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria basagliana*.

Na Inglaterra da década de 1960, envolta com movimentos contestadores da contracultura, um grupo de psiquiatras com experiência em clínicas psiquiátrica e psicanalista deu início ao que ficou conhecido como *Antipsiquiatria*: Ronald Laing, Aaron Esterson, David Cooper entre outros<sup>142</sup>, partindo da idéia de que os preceitos e práticas psiquiátricas ainda não respondiam de modo satisfatório e cientificamente coerente ao sofrimento psíquico do louco, especialmente ao portador da esquizofrenia<sup>143</sup>, promoveram um processo de desconstrução ao modelo de psiquiatria em vigor.

---

<sup>141</sup> Cf. op. cit., p. 36.

<sup>142</sup> Os psiquiatras britânicos dedicaram-se à busca de novas interpretações para a doença mental, inspirados pelo Existencialismo de filósofos como Jean Paul Sartre e por pesquisas antropológicas desenvolvidas na *Escola de Palo Alto*, nos Estados Unidos. Notória pela “teoria da lógica das comunicações”, essa atribui à esquizofrenia uma causa proveniente da gênese de comunicação. Cf. op. cit., p. 44.

<sup>143</sup> As críticas da *Antipsiquiatria* ao paradigma científico psiquiátrico provêm do fato de constituírem, suas terapêuticas, o maior e mais flagrante fracasso e foi sobre a esquizofrenia que a função tutelar da instituição psiquiátrica mais se notabilizou. Sob este prisma, a *Antipsiquiatria* passou a fazer questionar os processos de “naturalização do binômio loucura/doença mental [...] o que não acontecia no quadro da

No âmbito teórico, a *Antipsiquiatria* representa uma ruptura no modelo assistencial vigente e suas terapêuticas sobre a doença mental, concebendo a loucura como reação à violência externa resultante da ordem social ou familiar<sup>144</sup>. Assumindo a loucura como atitude libertadora, uma espécie de resistência aos imperativos sociais e/ou familiares, a *Antipsiquiatria*, por conseguinte, associa sua medicalização a uma manobra institucional da psiquiatria.

Dessa forma, a vertente em questão nega, no limite, a loucura, ao menos aquela definida a partir da utilização / aplicação de determinados princípios das Ciências Naturais sobre as Ciências Humanas, visto que essa aplicabilidade transformou o louco em sujeito de objeto da medicina psiquiátrica. Nesse sentido, o indivíduo louco, assujeitado / objetificado pelo saber científico, vítima de uma alienação generalizada, foi segregado em espaços específicos (laboratórios) por contestar a ordem pública e a própria repressão psiquiátrica<sup>145</sup>.

Todavia, mais relevante do que esse argumento, ainda polêmico e controverso, importa-nos ressaltar que, subjacente à medicalização psiquiátrica do louco, há uma crítica profunda crítica que desautoriza o saber / poder psiquiátrico; pela primeira vez, as críticas vão além do espaço manicomial, terapêutica ou médico específicos, mas voltam-se a todo o edifício da Psiquiatria, pressupostos, teóricos, aplicadores e toda a instituição tornam-se alvo do furor denunciatório da *Antipsiquiatria* que, em última instância, clamaria pelo fim mesmo da psiquiatria.

Obviamente, essas investidas críticas geraram reações / indignações de psiquiatras; em artigo publicado a partir da conferência, o escandinavo Henri Ey advogou: “A Antipsiquiatria só pode ser uma contestação da má psiquiatria. No entanto, ao limitar-se a uma pura negação, constitui uma ideologia pior que a mitologia psiquiátrica por ela denunciada”<sup>146</sup>. As reações, especialmente contra a tese central da Antipsiquiatria – de que a psiquiatria seria uma ciência falsa, uma pseudociência médica – enraízam-se no

---

racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior”. Cf. BIRMAM, Joel (1982); in *Psiquiatria e Sociedade*, p. 239.

<sup>144</sup> Laing considera que os *esquizofrênicos* seriam levados a crise pelo tipo de relacionamento familiar, por criar um falso “eu”, compondo, nesse quadro, o surto psicótico, definido, por ele como o mecanismo de defesa do indivíduo com vistas a suportar essa falsa condição e, pelo contrário, seu momento de libertação consistiria no encontro com um verdadeiro “eu” (que, na situação anterior, estaria reprimido). Cf. LAING, Robert (1982); in *Sobre Loucos e Sãos*.

<sup>145</sup> COOPER, David (2003); in *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, pp. 17-9.

<sup>146</sup> EY, Henri (1971); in *A Antipsiquiatria ou os progressos da ciência psiquiátrica* [Conferencia proferida em Genebra, publicada no Brasil por ocasião do II Congresso Brasileiro de Psiquiatria (s/d)].

temor, por parte de profissionais da área, de se defrontarem com uma (possível) impostura dos modelos teóricos e práticas terapêuticas abusivas<sup>147</sup>.

O fato de se virem ameaçados em seus pressupostos teóricos, entretanto, levou muitos psiquiatras à revisão do conceito de doença mental enquanto fenômeno iminente e natural, essa é a grande contribuição da corrente antipsiquiátrica ao processo contemporâneo de reforma psiquiátrica pois que, ao negar a doença mental ou, ao menos, destituí-la de uma *natureza*, definindo-a, pelo contrário, como expressão de uma alienação social, ensejou espaços de reflexão e discussão sobre a produção social da loucura<sup>148</sup>.

Do mesmo modo, a antipsiquiatria buscou compreender a perplexidade e impotência geradas no interior do hospício, a síntese histórica do fracasso da própria instituição psiquiátrica a qual, ainda que passados mais de dois séculos, não descobriu a cura da loucura, alcançando, quanto muito, um domínio sobre corpos e mentes, homens e mulheres, tornando-os dóceis e servis para uma sociedade que, historicamente, elegeu a repressão e o controle como regras de convivência humana.

Paralelas às denúncias dos seguidores da antipsiquiatria<sup>149</sup>, vicejou, na Itália do início dos anos de 1960, um trabalho de humanização no manicômio de Gorizia<sup>150</sup>, baseado no modelo de *Comunidade Terapêutica*, mais especificamente aquele pensado e executado por Maxwell Jones. Todavia, essa prática, iniciada pelo italiano Franco

---

<sup>147</sup> Mais do que uma crítica aos modelos teóricos e práticas terapêuticas da psiquiatria, o centro das denúncias da *Antipsiquiatria* são as relações de poder historicamente construídas, concebendo que a psiquiatria tradicional, mediante a instituição que a legitima enquanto prática médica, o manicômio, segregou um grande contingente de indivíduos. Cf. FOUCAULT, Michel (2006); in O Poder Psiquiátrico, pp. 39-44.

<sup>148</sup> Marcondes Filho parte de idéia de Roger Bastide para argumentar que “A construção de hospícios e espaços de isolamento vai na direção de a sociedade buscar isolar sua própria negação”. As teorias sobre a causa social da loucura, vista na perspectiva do conjunto da sociedade, produziram, como exemplo, a esquizofrenia, um “produto da dilaceração do universo familiar e da total incompetência deste em dar conta da pressão social sobre ele”. Cf. MARCONDES FILHO, Ciro (2003); in A Produção Social da Loucura, pp. 208-9.

<sup>149</sup> Foucault recomenda que a compreensão das práticas psiquiátricas abusivas demanda uma observação minuciosa de todas as relações de poder inerentes à psiquiatria e cujos loci de expressão são, por excelência, os manicômios. Para ele, essas relações de poder “condicionavam o funcionamento da instituição do hospício, distribuíam as relações entre os indivíduos”, regendo “as formas de intervenção médica”. FOUCAULT, Michel (1997); in O Poder Psiquiátrico, pp. 55-6.

<sup>150</sup> Os trabalhos organizados e desenvolvidos por Basaglia e equipe, em Gorizia, no período de 1968-7, utilizaram-se inicialmente de contribuições das *Comunidades Terapêuticas*, porém, é em 1971, após viajar o mundo divulgando suas idéias que Basaglia, assumindo a direção do *Hospital Psiquiátrico de San Giovanni*, em Trieste, que a noção de desmontagem / abertura das estruturas manicominais são postas em prática. Cf. Ministério da Saúde (2000); in Temas de Saúde Mental, pp. 21-7.

Basaglia e equipe (1961), ultrapassou, em muito, os princípios das comunidades terapêuticas nas quais originalmente se baseou<sup>151</sup>.

De imediato, recusando-se a perpetuar “o mandato de meramente conservar o instituto e orientar a gestão formal da delegação de poder para a exclusão social do doente mental”, Basaglia “fez com que se produzisse uma brusca *ruptura da solidariedade funcional* entre alguns dos médicos [...] e o restante do pessoal de enfermagem e de assistência”<sup>152</sup>. Como consequência, o antigo hospital psiquiátrico de Gorizia transformou-se em uma *Comunidade Terapêutica* (de fato, a primeira da Itália). Porém, mais do que mera reprodução de uma metodologia, naquele panorama, em curso em países europeus, o processo italiano representou um contraponto às propostas das comunidades, uma vez que houve, ali, uma tentativa real de superação da institucionalização do tipo manicomial, a partir da noção de *Desinstitucionalização*<sup>153</sup>.

A experiência italiana demarca, assim, um rompimento com os preceitos estabelecidos pela *Comunidade Terapêutica* (1964), quando Franco Basaglia publica a Conferência intitulada *A Destruição do Hospital Psiquiátrico como Lugar de Institucionalização*, por ocasião do I Congresso Internacional de Psiquiatria Social,

---

<sup>151</sup> Rompendo com a noção de *microsociedade* criada pelas Comunidades Terapêuticas – em que o louco permanecia apartado do mesmo social –, Basaglia estabelece, com o conjunto lotado no hospital psiquiátrico, um diálogo tenso e conflituoso com a sociedade como um todo. Suas denúncias do manicômio ensejaram a análise crítica e histórica necessária sobre essa instituição secular e suas implicações com os poderes políticos e jurídicos que, juntos, instauraram percepções e preconceitos sociais sobre o louco. Nessa medida, o movimento empreendido na Itália da década de 1960 à de 1970 foi, como anota Amarante, essencialmente político, trazendo “a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribuiu aos movimentos sociais um lugar nuclear, com atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam” Cf. AMARANTE, Paulo (2000); op. cit., p. 47.

<sup>152</sup> A ruptura nos velhos hábitos do pessoal técnico e administrativo no hospital de Gorizia trouxe “a interrupção da cadeia de delegações do poder institucional assumido pelos médicos de negação da estrutura hospitalar, de suas normas condicionantes e da decorrente institucionalização”. SLAVICH, Antônio (1985); in *Mito e Realidade da Autogestão*, p. 162.

<sup>153</sup> A opção teórico-política pela idéia *Desinstitucionalização* produziu diversos significados e apropriações, sobretudo no tocante à instituição psiquiátrica. Quando adotada em substituição ao manicômio, a idéia mudaria de acordo com as opções políticas dos grupos interessados em sua aplicação para o enfrentamento da(s) prática(s) existente(s) nas instituições psiquiátricas. Nesse período, duas formas de utilização da noção de desinstitucionalização manifestam-se no interior dos hospícios, informando-nos acerca das significações e apropriações dessa complexa noção: “A primeira, representada pelas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, privilegiou a criação de serviços assistenciais na comunidade”. Esse modo retirou do hospital psiquiátrico a hegemonia do tratamento e assistência dispensados ao louco, desse modo o próprio hospital psiquiátrico que então compartilhava sua missão secular com a C(c)omunidade, tornar-se-ia obsoleto e, quase uma “consequência obrigatória”, deixaria de existir. Já o segundo modo de utilização da desinstitucionalização, proposta e efetuada pelos italianos, definiu-se por um caminho marcadamente político, através do qual Basaglia e seus colaboradores desmontam, literalmente, a lógica e o funcionamento do hospício. BARROS, Denise Dias apud AMARANTE, Paulo. (1994); cf. op. cit., pp. 171-6.

realizado em Londres, na qual Basaglia manifesta, pela primeira vez, suas idéias em relação às limitações das *Comunidades Terapêuticas* para um grande grupo de pares, exatamente no país em que primeiramente o modelo havia se instalado, salientando que

*Os serviços psiquiátricos externos [...] estão erguendo as primeiras barreiras capazes de impedir a entrada no manicômio. Mas, se estas estruturas poderão diminuir o afluxo de novos internados, ainda resta o problema do manicômio como habitação forçada, como lugar de perpetua institucionalização, onde o doente esta constantemente “sob processo, condenado”*<sup>154</sup>.

Nesse ponto, Basaglia toca no “calcanhar de Aquiles” das *Comunidades*, qual seja, a redução do campo de ação da psiquiatria ao manicômio, como se este apenas tivesse se desviado de sua proposta precípua, bastando, para tal, sua humanização e modernização.

Nessa medida, a preocupação central da psiquiatria italiana, no período, recaía não apenas no tão propalado decadentismo do manicômio, de sua estrutura arcaica e práticas desumanas notórias; a critica radical do manicômio buscava, sobretudo, operacionalizar de maneira racional seu desmantelamento, concreta e simbolicamente, razão pela qual sua negação<sup>155</sup> tornou-se a estratégia sobre a qual se poderia, posteriormente, promover sua desconstrução<sup>156</sup>. Nesse processo racional de desconstrução, encetado pela crítica ao manicômio enquanto lugar de desencontro e separação entre o mundo exterior e o mundo interior do hospital psiquiátrico, a psiquiatria italiana conseguiria, finalmente, “minar simultaneamente tanto a ideologia do hospital como máquina que trata, como fantasma terapêutico, como lugar sem contradições, quanto a ideologia de uma

<sup>154</sup> BASAGLIA, Franco (2005); in A Destruição do Hospital Psiquiátrico como Lugar de Institucionalização, p. 29.

<sup>155</sup> Diferentemente da concepção da Antipsiquiatria, a negação do manicômio não pressupõe a inexistência da doença mental, mas implica a defesa de novas formas de lidar com ela, recuperando aspectos esquecidos ou simplesmente considerados irrelevantes pela psiquiatria, qual seja, a dimensão humana do doente. Este, quando diagnosticado louco, seria tragado pela instituição que dele deveria cuidar, mas que, devido às suas demandas política, social e, principalmente, científica, elegeu a doença mental em detrimento do ser humano. Ministério da Saúde (2000); cf. op. cit., p. 26.

<sup>156</sup> Segundo Basaglia, *desconstruir* o manicômio não significa instalar o caos e a anarquia, mas observar que, nesse lugar, historicamente produtor de saber e poder, mais nitidamente se consumou um tipo de organização que não levou em consideração “o doente em seu livre e pessoal situar-se no mundo”, pois o tipo de poder instituído com o manicômio, “arbitrário e destrutivo, quer se apresente sob a efígie da força, quer sob a do paternalismo e da beneficência [...] tende a eliminar as resistências, as oposições e as reações” dos internos. E, assim, desmontá-lo pressupõe reconhecer-lhe o poder como elemento estruturador, “mas não como autoridade absoluta, imposição, controle”, desconstruído o *agir manicomial* concreta e simbolicamente. Para tanto, faz-se necessário manter um estado de tensão permanente entre psiquiatras, loucos e sociedade, de modo a reputar necessidade de liberdade do Outro. BASAGLIA, Franco (2005); in Um Problema de Psiquiatria Institucional: a exclusão como categoria sócio-psiquiátrica, pp. 55-9.

sociedade que, negando as próprias contradições, quer reconhecer-se como uma sociedade sã”<sup>157</sup>.

Contudo, essas propostas de mudança iniciadas em Gorizia não puderam prosseguir; o poder público local procurou obstar tais mudanças. Só após percorrer o mundo relatando as experiências vividas no hospital psiquiátrico de Gorizia, como assinala Barros<sup>158</sup>, Basaglia seria convocado a coordenar outro hospício, ora em Trieste, também no norte da Itália.

Em Trieste (1971), Basaglia pôde ampliar conceitualmente e na prática, suas idéias, ensejando a transformação de suas ações em leis<sup>159</sup>. E, com apoio político e social, o psiquiatra iniciou um processo de desmontagem de todo o aparato institucional do manicômio, estabelecendo, na ocasião, outros espaços e formas de relacionamento com o louco e, nessa direção, “foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes”, cada um dos quais “funcionando 24 horas por dia, sete dias na semana”<sup>160</sup>. Além disso, foram abertos *grupos-apartamento*<sup>161</sup>, assim como foram criadas outras modalidades de cuidados e possibilidades de reinserção social, tal como o *Serviço de Diagnose e Cura* e as *Cooperativas de Trabalho*, estas inicialmente voltadas para o fomento à empregabilidade dos egressos do hospital<sup>162</sup>.

Todas essas experiências de transformação nos modos de assistência ao louco tornou patente ao mundo que é viável conjugar atenção, cuidados e socialização no trato com o diferente. As alterações realizadas em Trieste, sob a regência do psiquiatra em apreço,

---

<sup>157</sup> Cf. BASAGLIA, Franco (2005); in *Apresentação a Che Cós e la Psichiatria*, p. 72.

<sup>158</sup> BARROS, Denise Dias (1994); cf. op. cit., p. 174.

<sup>159</sup> Até 1968, aprovada a Lei nº 431, os doentes mentais na Itália eram regidos por legislação vigente desde 1904. A referida lei A IA Lei nº 431 pode ser considerada como a primeira conquista político/jurídica da experiência italiana, provocando uma cisão na legislação anterior, ao regulamentar “de maneira diferente a internação voluntária e involuntária”, limitando o número de internos a cem, nas enfermarias, criando também “dispensários ambulatoriais para fornecimento de medicamentos”. Cf. op. cit., p. 176.

<sup>160</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit., p. 48.

<sup>161</sup> Conforme Amarante, os *grupos-apartamento* poderiam ser definidos como “residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários”. Cf. op. cit., p. 49.

<sup>162</sup> O estudioso informa-nos também que os serviços de Diagnose e Cura e o de Emergência psiquiátrica continuam a funcionar em regime diurno e ligado aos centros de saúde mental, *grupos-apartamento* e cooperativas. Quanto às últimas, elas “representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um importante papel na dinâmica e na economia não apenas dos Serviços de Saúde Mental, mas também de toda a cidade”. Como podemos observar, os loucos, antes recolhidos das vistas da sociedade, ganham o acolhimento da sociedade, ao menos a de Trieste. Cf. op. cit., pp. 49-50.

estender-se-ia para outras províncias, como Arezzo, Perugia, Parma<sup>163</sup>, desdobrando-se em um complexo e sólido movimento político e social que promoveu todo um reajustamento jurídico para o louco na Itália.

Já o movimento *Psiquiatria Democrática Italiana*, fundado em Bolonha em 1973, a despeito de estar amparado nas proposições na tradição legada por Basaglia foi, na verdade, menos um movimento de médicos psiquiatras do que um movimento político e, nesse sentido, objetivando primordialmente constituir sólidas e amplas bases sociais para viabilizar, naquele território, uma “reforma psiquiátrica na tradição basagliana”<sup>164</sup>.

Ocorre que, concomitante às denúncias lançadas por Basaglia a respeito da terapêutica desumana empregada nos manicômios italianos e da conseqüente *Institucionalização*<sup>165</sup> do louco a partir das experiências goriziana e triestina, a opinião pública – e a comunidade italiana, de maneira geral – viu-se confrontada com o horror denunciado e a esperança vislumbrada dessas experiências. O resultado político dessa equação foi a incorporação, no programa do *Partido Radical*, dessas demandas de mudanças no manicômio, propondo um *referendum* para a revogação da legislação sobre a assistência psiquiátrica que remontava a 1904, com vistas à “suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura”<sup>166</sup> – o trecho denota o tom prioritariamente antiinstitucional dos escritos de Basaglia à época<sup>167</sup>.

---

<sup>163</sup> BARROS, Denise Dias (1994); cf. op. cit., p. 175.

<sup>164</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit., p. 50.

<sup>165</sup> Para Basaglia, o louco internado no manicômio “vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total *objetificação*. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra além do espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento”. Nesse sentido, devemos salientar que o manicômio, além de constituir um lugar de banimento social, é também um espaço de esquecimento, na medida em que, quando diagnosticado, esquecer-se-ia qualquer traço de sua própria humanidade. BASAGLIA, Franco (2005); cf. op. cit., p. 24.

<sup>166</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit.

<sup>167</sup> Nesse período, Franco Basaglia correu o mundo para divulgar suas concepções cujos temas fundamentais, interdependentes, seriam: em primeiro lugar, o manicômio, *locus* de violência, especializado em um efetivo apagamento individual e social do louco; e, em segundo, a psiquiatria como ciência menos centrada no sofrimento psíquico de indivíduos do que norteadas para a própria legitimação científica e social. Dessa forma, ambos – o hospício e a psiquiatria que o governa – formam um processo de *coisificação* do louco, que passa a ser menos importante do que a doença que o estigmatiza e é “nesse processo da instalação do asilo no corpo do doente” que “a ação paradoxal de uma ciência e de uma instituição que, nascidas para tratar de uma doença cuja etiologia e patogênese resultaram desconhecidas, fabricaram um doente à sua imagem e semelhança, de modo a justificar, e ao mesmo tempo garantir, os métodos sobre os quais baseavam sua ação terapêutica”. BASAGLIA, Franco (2005); cf. op. cit., p. 76.

Antes do *referendum*, porém, o Estado italiano constituiria uma Comissão para estudo e revisão da antiga legislação, a fim de propor mudanças efetivas para assistência e tratamento dos loucos no país e, finalmente, em 13 de maio 1978, foi aprovada a Lei nº 180, a qual veio a integrar, posteriormente, a Lei 833 da Reforma Sanitária Nacional. A Lei nº 180, conhecida como *Lei Basaglia*<sup>168</sup>, passou a coibir novos internamentos em hospitais psiquiátricos de todo o país, determinando, por conseguinte, seu esvaziamento progressivo e definindo a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem às demandas ambulatoriais e de tratamento para pessoas com sofrimento psíquico, além de abolir a histórica “ligação imediata e necessária entre doença mental e a noção de periculosidade social”<sup>169</sup>.

Os principais temas propostos e aprovados pela Lei Basaglia – resultantes de uma prática inicialmente isolada – foram, desse modo, avalizados social e institucionalmente, acabando por adquirir o arcabouço legal e jurídico necessário para o rompimento definitivo da arbitrariedade da ação manicomial amparada pelo saber / poder psiquiátrico e eliminando, de fato e de direito, a causalidade entre doença mental e periculosidade social, filha diletta do acordo histórico entre a psiquiatria e o Estado – mediante o postulado jurídico da inimizabilidade do louco – que, de acordo com Basaglia, levaria às instituições manicomiais inúmeros seres humanos, apartados, científica e juridicamente, do convívio social. No entanto – e não seria indevido lembrar –, para consecução de empreendimento de tal monta, fizeram-se necessárias demandas e concessões políticas e sociais.

### **2.3 – *Novos rumos para a loucura no Brasil***

Antes de entrarmos especificamente no período em que se instauram, no Brasil, algumas das propostas reformistas, torna-se conveniente destacarmos eventos que marcaram a psiquiatria brasileira, com vistas a uma compreensão mais ampliada da trajetória da ciência psiquiátrica no país, prestando-se a identificar os marcos históricos

---

<sup>168</sup> Ainda que Basaglia não tenha participado da Comissão ou mesmo da feitura da lei em questão, ele foi, em conformidade com Amarante, seu grande mentor, a partir de sua prática psiquiátrica em Trieste e seu pensamento antiinstitucional, já difundido pelo mundo. Por outro lado, Basaglia empenhou-se sobremaneira tanto para a aprovação da nova legislação como para sua implantação efetiva. AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit.

<sup>169</sup> BARROS, Denise Dias (1994); cf. op. cit.

que propiciaram a emergência de concepções reformistas nessa área de conhecimento, encetada em fins da década de 1970.

Desde sua instituição através do Decreto-Lei nº 591, de 3 de Agosto de 1938, o *Instituto de Psiquiatria*, órgão ligado à Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, modificou os rumos da psiquiatria brasileira. Doravante, a formação dos psiquiatras nacionais não se prendera apenas ao ambiente manicomial; os hospitais psiquiátricos, no que se referem à prática médica, dedicariam seu espaço apenas ao aprendizado técnico dos futuros profissionais, tornando-se, os manicômios, exclusivamente destinados aos experimentos científicos e aplicação de métodos terapêuticos importados, como a *eletroconvulsoterapia*, a *malariaoterapia* e, especialmente, a *insulinoterapia*.

O Decreto-Lei nº 3.171, de dois de Abril de 1941, tornou possível a criação do *Serviço Nacional de Doenças Mentais* e, somente a partir de sua regulamentação, com o Decreto-Lei nº 17.185, de 18 de Novembro de 1944, passou a abranger o território nacional. Coube a seu diretor, Dr. Aduino Botelho, promover, até fins dos anos de 1950, a criação de hospitais–colônia em todos os Estados<sup>170</sup>, com o auxílio de outro Decreto-Lei, o de nº 8.550, de três de Janeiro de 1946.

O Decreto-Lei nº 1.920, instituído por Getúlio Vargas e publicado em 25 de Julho de 1953, criou o Ministério da Saúde; até então, os fundos de pensão formados por “grupos privados de socorro mútuo” e organizados por empresas privadas ou categorias profissionais – públicas ou privadas – foram incorporados, na década de 1930, no Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Essas Caixas de pensão e até mesmo o IAPs não contemplavam, até 1941, o trabalhador com diagnóstico de *psicopatia* ou

---

<sup>170</sup> O Serviço Nacional de Doenças Mentais incorporou as atribuições tanto dos Serviços quanto das Divisões de Atenção a Psicopatas. O seu surgimento foi possibilitado porque em 1937 foi aberto um inquérito nacional para avaliação dos serviços prestados nas Divisões a Psicopatas de todos os Estados. Este inquérito concluído em 1941 mostrou a enorme variedade de assistências psiquiátricas ofertadas nos hospícios do Brasil que iam da total falta de assistência ou assistência rudimentar, passando por uma assistência deficiente, mas tratamento diferenciado chegando até alguns com assistência e tratamento especializados e atualizados. Com esse resultado e com um número de 20.526 internos em todo o País o governo em âmbito federal decretou o fim dos serviços de assistência aos ditos psicopatas. Após a extinção dos Serviços e Divisões de Assistência a Psicopatas o recém criado Serviço Nacional de Doentes Mentais elaborou um plano mínimo em que foi prevista a criação imediata de mais 4.000 leitos psiquiátricos em todos os Estados com a ajuda técnica e financeira da União, foi também estabelecido o novo modelo de unidade hospitalar a ser erguido nos Estados. E assim os Hospitais – Colônias foram erguidos no Brasil por esses serem, na época, considerados o tipo mais moderno de modalidade hospitalar psiquiátrica, o mais eficiente e o que é melhor menos dispendiosa. A esse respeito para quem se interessar aprofundar-se na questão da nacionalização dos Hospitais – Colônias para assistência psiquiátrica indicamos a obra de. CERQUEIRA Luís (1984); in Psiquiatria Social. Problemas brasileiros de saúde mental.

*doença mental*<sup>171</sup> para efeito de auxílio-doença, posto que os Institutos e Caixas evitassem (não exclusivamente) essa área da assistência médico-hospitalar.

Com relação à legislação específica criada em auxílio à assistência ao louco no século XX, além da já mencionada *Lei dos alienados*, elaborada por Teixeira Brandão, em 1903, houve outra, em 1934. Em 1930, o então presidente Getúlio Vargas havia criado o *Ministério da Educação e Saúde*, responsável, a partir da publicação do Decreto-Lei nº 24.559, de três de Setembro de 1934, pela gerência dos internos em hospitais psiquiátricos pelo Brasil afora<sup>172</sup>, dispondo “sobre a profilaxia mental, a assistência, proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, assim como a fiscalização dos serviços psiquiátricos”<sup>173</sup>.

Os desdobramentos de tal decreto foram variados, especialmente quando transformados em práticas, dispondo sobre a loucura como “problema de polícia e ordem pública”, como podemos verificar nos prontuários médicos de doentes encaminhados ao Hospício da Tamarineira. Nessa direção, o Livro dos Prontuários nº 6.151 a 6.200 (Seção *Homens*), de 1936, informa-nos que, dos 50 indivíduos registrados na *Assistência a Psicopatas*, 36 foram encaminhados pela polícia; 06 o foram por familiar / protetor; 05 foram transferidos do *Serviço Aberto*; 03 registros não dão informações a respeito; e apenas a internação de um indivíduo foi requerida por Caixa de Pensão, a *Great Western*. O expressivo número de indivíduos levados ao manicômio pelo poder policial é também indicativo da faxina humana realizada no país de então, visto que 27 do total de indivíduos foram retirados das ruas, alguns dos quais não

---

<sup>171</sup> Na primeira metade da década de 1920 surgiram as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que eram específicas de algumas categorias profissionais como a dos ferroviários. A criação dessas CAPs só foram possíveis por conta de um processo de reivindicações fomentado pelo movimento operário desde a década de 1910. Esses CAPs eram instituições civis e privadas e tinham tanto sua organização quanto sua administração dentro das próprias empresas o poder público apenas fiscalizava e mediava em tempos de conflitos internos não se responsabilizando em absoluto por seu financiamento. Entretanto a partir do Decreto Lei nº 4682 de 24 de janeiro de 1923 conhecido como “Lei Eloy Chaves” o Estado passou a se impor legalmente quanto a criação de instituições previdenciárias em determinados setores da economia notadamente os de interesse público até então nenhum tipo de benefício previdenciário era concedido ao “doente mental. Esse estado de coisa continuou assim durante os anos de 1930 com Vargas no poder quando foram incorporadas as CAPs e criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) pelo governo. Finalmente com o Decreto Lei nº 3183 de 24 de março de 1941 ficou determinado a “prestação de assistência médica, pelos institutos e caixas de aposentadoria e pensões, aos doentes mentais que forem seus segurados e associados” Cf. OLIVEIRA, Jaime. A de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. Fleury (1986); (Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil, p. 76. Sobre questões históricas de Previdência Social e seus desdobramentos no período em tela, recomendamos, especificamente, o primeiro e segundo capítulos.

<sup>172</sup> A partir de 1930, as demandas / atividades da área de saúde, no Brasil, foram transferidas do Ministério da Justiça e Negócios para o âmbito do Ministério da Educação e Saúde. Cf. LUZ, Madel Therezinha (1979); in As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, p. 57.

<sup>173</sup> Cf DELGADO (1992). Op. cit. P, 201.

possuíam parentes que os reclamassem. Além disso, salta aos olhos os diagnósticos pouco precisos do médico atendente: em sua maioria, esses internos seriam diagnosticados como portadores de “loucura maníaco-depressiva”<sup>174</sup>.

No segundo item do Decreto em questão, intitulado “Da Proteção aos Psicopatas” (extinto com a constituição do Decreto-Lei de nº 17.185, de 1944), a incapacidade do psicopata para exercer atos civis seria ratificada, com a criação de um Conselho de Proteção ao Psicopata, mas também reafirmaria a cooperação entre psiquiatria e justiça no que tange ao tratamento e proteção legal do louco, pois que seu cuidado / tratamento assumiu um duplo estatuto, o médico e o jurídico<sup>175</sup>.

Os hospitais-colônia tornaram-se, a partir dos anos de 1950, centros para onde convergiriam os doentes mentais brasileiros, elevando mais rapidamente o número de internos do que a capacidade para a qual haviam sido projetados. Após a crise gerada com o suicídio de Vargas, uma euforia desenvolvimentista caracterizaria a fase Kubitchek, nos chamados *anos dourados*, mas o número sempre crescente de internos nos hospitais psiquiátricos do país não indicava prosperidade; pelo contrário, a realidade vivenciada nos manicômios nacionais assemelhava-se menos ao dourado que ao chumbo dos anos que se anunciavam.

Não obstante o clima de euforia das promessas de um Brasil melhor, o governo nada fez em relação à assistência e tratamento nos hospícios; os tratados psiquiátricos que, inicialmente, enalteciam a chegada das camisas-de-força químicas, passaram a criticá-las de modo mais realista, sublinhando que essas drogas haviam introduzido apenas mudanças no âmbito manicomial, controlando o surto psicótico de alguns internos, mais exaltados. Contudo, os neurolépticos não seriam capazes de conter o número de internos que inflacionariam, anualmente, esses macro-hospitais – em uma década, a população de internos cresceria mais do que o dobro: em 1950, o contingente de

---

<sup>174</sup> Livro de Prontuários n 6151 a 6200 (1936), *Seção Homens*.

<sup>175</sup> Segundo Delgado, o Conselho possuía a seguinte composição hierárquica: Juiz de órfãos e de menores, chefe de polícia, diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, catedráticos de Clínica, Psiquiátrica, Neurologia, Medicina Legal e Higiene, representante da Ordem dos Advogados e da Assistência Judiciária e Presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental. A esses membros foi também delegada a tarefa de fiscalização dos hospitais psiquiátricos, a partir da criação da Comissão Inspetora responsável pelo inquérito nacional sobre os serviços prestados pelas / nas Divisões e Serviços a Psicopatas no Distrito Federal e em todos os Estados do Brasil, em 1937. Cf DELGADO (1992); op. cit., pp. 209-10.

pacientes perfaria um contingente de 24.234 indivíduos; em 1955, somaria 34.550; já na década de 1960, esse subiria para 49.173 pessoas<sup>176</sup>.

Esse crescimento, no entanto, não se vincularia tão só à piora na distribuição de renda do país, algo como *a expressão de uma cultura da pobreza*, como quiseram alardear alguns psiquiatras – ainda que Dr. Lucena<sup>177</sup> não estivesse de todo equivocado, já que a loucura poderia ser denominada *democrática* no que tange às classes sociais e ao poder aquisitivo das pessoas –, a trajetória da loucura mostra-nos uma predominância das camadas mais pobres da população dentro dos manicômios nacionais, em parte pelo fato de seus familiares não conseguirem melhores tratamentos para os parentes, encaminhando-os, por isso, aos grandes hospitais públicos e recrudescendo, dessa forma, o número de cronificados.

No Livro de Prontuários nº 17.650 a 17.700 – *Seção Homens*, constatamos que a maioria dos internados no Hospital da Tamarineira, 20 no total foram classificados como *agricultor, lavrador, trabalhador do eito ou trabalhador rural*; dez não possuíam profissão, ao passo que o restante dividia-se em *operários* (04), *pedreiros* (03), *serventes* (02), *encanador* (01), *trabalhador braçal* (01), *jornaleiro* (01), *estivador* (01), *pintor* (01) e *calibrador* (01). De acordo com o Livro em questão, apenas 03 possuíam emprego fixo: *funcionário público* (01), *gráfico* (01) e *taifeiro militar* (01). Além desses, foi registrada, no mesmo Livro, a função *investigador da polícia aposentado* (01). Nesse universo de cinquenta indivíduos, somente o funcionário público R. C., de 27 anos, possuía instrução superior (há uma interrogação nesse diagnóstico), 12 eram alfabetizados ou tinham concluído o primário, porém a grande maioria (38 homens, incluídos os camponeses) eram analfabetos ou possuíam instrução rudimentar<sup>178</sup>.

Desse ponto de vista, para além do aumento no contingente de internos estar relacionado ao fato de os pobres não terem alternativa para tratamento contra seu

---

<sup>176</sup> A partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde até 1961, Costa apurou que o Brasil possuía 135 hospitais psiquiátricos, dos quais 54 públicos e 81 privados. COSTA, Augusto César de Farias (2005); in Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, p. 10.

<sup>177</sup> O professor titular da Clínica Psiquiátrica da UFPE, Dr. José Lucena, citando psiquiatras de “países medicamente mais avançados” – como *Redlich* ou *Hollingshead* ou, ainda, *Faris* e *Dunham* –, argumentaria que “as doenças mentais mais graves acometiam principalmente as classes mais desfavorecidas”. LUCENA, José (1976); in Aspectos da Evolução da Assistência Psiquiátrica no Brasil, nos últimos 5 anos, pp. 159-162.

<sup>178</sup> Cf. Livro de Prontuários nº 17.650 a 17.700 – *Seção Homens* (1956). Vale ressaltar que a saída de enorme contingente de indivíduos do campo vincular-se-ia com a questão política e de controle social, especialmente se pensarmos que esse é o período em que as *Ligas Camponesas em Pernambuco* ganham força contestatória.

sofrimento psíquico, o que mais contribuiu para o expressivo aumento nos números de internos nos hospitais psiquiátricos, conforme Costa observou, foi sobretudo a adoção, no Brasil, este do modelo preventivista e a corolária “caça aos suspeitos”<sup>179</sup> levada a cabo na década de 1960.

Vale ressaltar que, já em 1950, a Organização Mundial de Saúde, por meio de resolução elaborada por Comitê de Peritos em Saúde Mental, recomendou aos países-membros, sobretudo àqueles de Terceiro Mundo, que investissem em ações promotoras de saúde mental, sob o argumento de esta representar um alto custo para o processo produtivo. Nas análises, os “transtornos psiconeuróticos produziam uma perda de tempo de produção na indústria superior àquela devida ao resfriado comum”<sup>180</sup>. E, nessa medida, os investimentos em ações de saúde mental seriam economicamente vantajosos, “além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização”<sup>181</sup>.

No surto de industrialização decorrente das políticas desenvolvimentistas do governo de Juscelino, os investimentos em saúde pública nem de longe acompanharam os montantes gastos, por exemplo, com obras de infra-estrutura. Os últimos hospitais-colônia erguidos no país datam de 1954<sup>182</sup>, ainda durante o governo Vargas; embora as demandas por internamentos psiquiátricos tenham crescido consideravelmente, nenhuma ação governamental foi tomada na direção da adoção de medidas prescritas pela OMS, provocando rápida lotação nos hospícios brasileiros. Quanto aos internos que se espremiavam dentro desses espaços, eram ministradas, como terapêutica, as indefectíveis pílulas de *ampticil* ou os tratamentos biológicos, como a *eletroconvulsoterapia*.

Nessa perspectiva, apenas na década de 1960, o governo federal interessar-se-ia pela questão da loucura, mais precisamente a partir de 1964, num contexto de mudanças políticas instauradas com o golpe militar, marcado por ações maciças de privatização na área de assistência à saúde e, em particular, na de assistência psiquiátrica.

---

<sup>179</sup> COSTA, Augusto César de Farias (2005); cf. op. cit., p. 11.

<sup>180</sup> Cf. RESENDE, Heitor (1990); in Política de Saúde Mental no Brasil, p. 59.

<sup>181</sup> OMS (1950); in Série Informes Técnicos, p. 165.

<sup>182</sup> Nesse ano, foram criados o *Hospício de Alienados de Goiânia*, e os *Hospitais-Colônia de Aracaju e Vitória*. Cf. RESENDE, Heitor (1990); cf. op. cit., p. 50.

Em 1966, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, o governo Castelo Branco criou o *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS)<sup>183</sup>. O acontecimento do INPS está fortemente ligado aos novos ajustes político e econômico e o crescimento urbanístico registrado no país, a partir da década de 1950, devido, sobretudo, ao *boom* industrial, originou expectativas de consumo, características do modo de vida citadino, ampliando a necessidade de consumo de novos bens, inclusive a assistência médica, que não eram atendidos satisfatoriamente pelo mercado, tendo em vista o baixo poder aquisitivo da maioria dos trabalhadores brasileiros<sup>184</sup>.

Isso levou o Estado brasileiro, ora às voltas com o regime político autoritário, a assumir a relevante tarefa de elaborar novos modos de gerenciamento da saúde, sendo, ao mesmo tempo, árbitro e regulador dos interesses da iniciativa privada que, nesse período, pleiteava novas fatias do mercado em ascensão. Assim, a saúde concebida como mercadoria a ser consumida pela população tornou-se o principal canal através do qual os interesses privados negociariam seus serviços de saúde ao governo e este, por seu turno, buscava atender às demandas sociais no que se refere à questão através do Instituto Nacional de Previdência Social.

No entanto, o acordo entre iniciativa privada e governo com respeito aos prêmios em saúde possui raízes históricas anteriores ao golpe militar; o golpe de 1964 apenas aceleraria o processo de “diminuição da influência dos segurados sobre os rumos da Previdência Social”, implicando, por conseguinte, um aumento vertiginoso d’“a influência de interesses minoritários junto aos órgãos de direção das instituições previdenciárias”<sup>185</sup>. Os interesses da iniciativa privada pela medicina institucional se manifestariam desde a realização do *I Congresso Nacional de Hospitais* e da *I Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar*, realizados no Rio de Janeiro entre os meses de junho e julho de 1955<sup>186</sup>. Onze anos depois, foram criadas a *Federação Brasileira de Associações de Hospitais* (a atual *Federação Brasileira de Hospitais*, FBH) e a *Associação Brasileira de Medicina de Grupo*

---

<sup>183</sup> Cf. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Diário Oficial da União de 22 de novembro de 1966.

<sup>184</sup> Oliveira & Teixeira ressaltaram duas características fundamentais para o entendimento da conjuntura em que se estabelece a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões: “o crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, configurando-se uma política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado”. Cf. OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. Fleury (1986); op. cit., p. 209.

<sup>185</sup> Cf. op. cit., p. 198.

<sup>186</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit. Pp. 110 -111.

(ABRANGE), ambas instituições de caráter privativo que, desde a fundação, passariam a competir por verbas e recursos ofertados pelo INPS.

Nesse panorama, os anos que se sucederam ao golpe militar caracterizar-se-iam por um acentuado processo da expansão do setor privado especializado em serviços de saúde por meio do repasse de recursos do INSS para a assistência oferecida nas clínicas e hospitais credenciados<sup>187</sup>. Esse foi, portanto, o momento em que se consolidou “a privatização da assistência médica previdenciária, quando o Estado deixa de investir na constituição-qualificação de uma rede própria para comprar serviços privados para a prestação de assistência aos previdenciários”<sup>188</sup>.

Dessa forma, o grande interesse dos prestadores de serviços em psiquiatria que formavam a grande maioria dos dirigentes da *Federação Brasileira de Associações de Hospitais* justificava-se economicamente; a entidade que, em tese, constituir-se-ia de prestadores privados de serviços em saúde, erigiu-se, quase exclusivamente, com “empresários da loucura”<sup>189</sup>. A partir daí, haveria uma proliferação de clínicas psiquiátricas particulares pelo país afora, notadamente nas zonas urbanas, a partir do fundamento empresarial de que se tratava “de serviços de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado”, como observado por Delgado<sup>190</sup>.

Nesse sentido, os métodos assistenciais desenvolvidos dentro das empresas travestidas de hospitais em nada se diferenciavam daqueles prestados pelos seculares manicômios – às vezes, eram piores; o pouco ou nenhum preparo técnico dos responsáveis pelas *Clínicas de repouso* (hospitais psiquiátricos *eufemizados*) provocou variadas denúncias que contribuiriam para uma crítica crescente a essas instituições.

---

<sup>187</sup> A opção do governo federal pela compra de serviços médicos a iniciativa privada em detrimento de criação e qualificação desses serviços, em conformidade com Jaime Oliveira e Sonia Teixeira, “não é um fato isolado e encontra suas bases constitucionais nas Cartas promulgadas pelo Movimento de 1964 [...] expressa também no Decreto Lei sobre Reforma Administrativa [Decreto Lei nº 200 de 1968]”, levando à submissão do setor privado à Previdência, mediante credenciamento, à Previdência, ainda que tal submissão não tenha prejudicado a expansão dos negócios de empresários de saúde; pelo contrário, os credenciamentos acabaram por favorecê-los, tendo em vista o fato de o INSS se configurar no grande comprador de serviços ao setor, “de tal forma que, em 1967, dos 2800 hospitais existentes no País, 2300 estavam contratados pelo INPS”. OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. Fleury (1986); cf. op. cit., p. 211.

<sup>188</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit., p. 111.

<sup>189</sup> Sobre a expressão “empresários da loucura”, ver MELO, Carlos Gentile (1979); in *A Medicina Previdenciária*, pp. 175-9.

<sup>190</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit.

E se a política de Previdência Social havia dividido economicamente os internos, o contingente populacional situado fora do processo produtivo, que não contribuía para a Previdência, encontrar-se-ia condenado aos atendimentos em asilos públicos, enquanto nas clínicas privadas, aos indivíduos que contribuíssem para a Previdência, mesmo aqueles oriundos das camadas mais pobres da sociedade – internos que participassem do processo produtivo –, seriam asseguradas as vagas dentro das clínicas<sup>191</sup>. Dessa forma, para além das representações históricas sobre o louco e a loucura – de incapacidade e periculosidade – é acrescida a lucratividade, pelo menos no imaginário de seus proprietários.

De qualquer modo, o destino dos loucos, fossem encaminhados aos asilos públicos ou aos de natureza privada, dependiam, na época, mais de sua inserção social e profissional do que propriamente de seu enquadramento numa patologia — porém, não nos caberia discutir se a inserção do indivíduo mediante a natureza de sua patologia resultava de sua internação em asilos melhores ou piores; o fato de grande número de doentes mentais serem oriundos das camadas desfavorecidas economicamente não explicaria sua destinação a tais ou quais instituições, até porque não cremos que existam o “pior manicômio” e o “melhor hospício”. Mas nos interessa o fato de as denúncias em relação à psiquiatria e suas práticas de asilamento e exclusão social se dirigirem, sobretudo, ao poder psiquiátrico institucionalizado concretamente no manicômio, numa crítica que

*persegue substancialmente dois objetivos: por um lado, fornecer uma série de estruturas críticas adequadas para destruir, entre outras, a “verdade evidente por si” sobre a qual se baseia a ideologia de nosso viver cotidiano; por outro, chamar a atenção para um mundo – o mundo institucional – onde a violência da exploração do homem pelo homem se funde na necessidade de anular os banidos, de supervisionar e tornar inofensivos os excluídos. Os hospitais psiquiátricos podem nos ensinar muitas coisas sobre uma sociedade na qual o oprimido é cada vez mais afastado da percepção das causas e dos mecanismos da opressão*<sup>192</sup>.

Assim, podemos sublinhar a desumanização do indivíduo efetivada na / pela instituição manicomial e a crueldade de terapêuticas vigentes – sejam eles públicos ou

<sup>191</sup> Delgado enumera que a clientela (termo utilizado por ele) dos asilos privados era formada quase sempre “de trabalhadores rurais desadaptados à vida das cidades, empregados e desempregados do setor de construção civil, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito tradicional. Aos trabalhadores de setores modernos da indústria, abria-se a possibilidade de encaminhamento a clínicas aparentemente melhor aparelhadas” e remuneradas mediante convênios melhor remunerados do que os da Previdência social. Cf DELGADO, Pedro Gabriel Godinho (1990); in Perspectiva da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil, p. 179.

<sup>192</sup> JERVIS, Giovanni (1985); in Crise da Psiquiatria e Contradições Institucionais, pp. 271-2.

privados; a esse respeito, apresentamos o depoimento de senhora de 61 anos, moradora de uma cidade do interior paulista que preferiu manter-se anônima, cuja estadia em sanatório particular (cujo nome não informa), constatamos o tipo de assistência prestada na época. A propósito, a senhora em apreço, trabalhadora de uma empresa há muito tempo, não corresponde ao perfil sócio-econômico tradicional do interno dos manicômios públicos ou mesmo privados da época:

“Fui internada em 1964 [...] Em minha casa não podia fazer o mínimo comentário sobre o que estava se passando no país. Mas ia ao bar da esquina e lá os comentários políticos ferviam [...] O botequim era minha fonte de informação [...] Um dia misturei bebida com um calmante e acordei num pronto-socorro, onde devo ter falado muita coisa que ouvira no bar. A polícia foi investigar minha vida em casa e no local de trabalho. Eu tinha uma boa biblioteca. Todos os livros foram queimados. [...] Fui para o Sanatório [...] *Para ir ao refeitório passamos pelo quarto dos choques. Vi mulheres com os olhos fixos, o rosto rígido, com algo na boca; pareciam mortas-vivas. Seus gemidos, movimentos bruscos, mostravam vida. Mas o quadro era impressionante. Do refeitório via-se parte daquele horror. Não consegui comer. [...] Dois dias depois a atendente viria me contar que a senhora X, mulher do escritor e jornalista Y, estava no sanatório, [...] Fui vê-la. Ela acabara de chegar e esperava o médico para ser examinada, fichada e integrada naquele ambiente de loucos. Vi uma criatura delicada, fina, profundamente abatida, chorando baixinho. Falei-lhe do marido, que lera seu livro. Mas ela com um gesto me pediu silêncio. Senti que não queria que se falasse nada do mundo exterior. Afastei-me angustiada, me perguntando onde ela se enquadrava [...] pessoas estavam sendo presas, torturadas [...] Um dia fui levada para a sala dos choques. Duas pessoas me carregaram, pois lutei desesperadamente para fugir. Deitaram-me numa cama baixa, seguraram-me os pulsos, colocaram-me um guardanapo na boca, molharam minhas têmporas e nada mais senti. Voltei a mim num quarto desconhecido, de onde eu procurava sair, mas não achava a porta [...] Não sabia onde estava, quem eu era, se havia comido ou não (não sentia fome, só um vazio dentro de mim), se era manhã ou tarde. [...] Lembro-me vagamente da minha luta contra o segundo choque, mas não sei se tomei outros nem como sai do Sanatório.”<sup>193</sup>.*

Esse relato contundente e elucidativo informa-nos não apenas sobre a condição desumana do tratamento dispensado e a vivência cotidiana da violência nesses espaços, também nos indica, que a despeito da tentativa de apagamento dos traços de humanidade nas pessoas para lá encaminhadas, vozes e gestos se rebelaram contra esse perverso processo, inclusive de pessoal técnico e administrativo da própria instituição psiquiátrica.

A senhora que, na oportunidade, contava com aproximadamente 40 anos, havia sido levada ao sanatório pela polícia, passaria por um processo de reintegração social bastante difícil, em face das sessões de eletrochoque a que foi constantemente

<sup>193</sup> Cf. *Jornal Mulherio* (1985), nº 17, p. 4.

submetida, provocando uma perda considerável da memória, como assevera: “Voltei ao trabalho e não reconhecia ninguém. Perguntava os nomes, os fatos, tudo, inúmeras vezes”, assim como a dificuldade em sua vida profissional devida ao trauma vivenciado, tornando-se, inclusive, motivo de chacota para companheiros de ofício, a despeito de possuir mais de 12 anos de empresa e gozar de reconhecimento pelo trabalho desempenhado.

Um dos trechos mais contundentes do depoimento seria aquele em que comenta sobre a objetificação mesma do louco, afirmando temer “virar uma ficha com um número de identificação. Não, isso não iria acontecer comigo! Conheceria no primeiro Sanatório e depois em outros, pessoas que se transformaram numa ficha de entrada, cuja saída seria a morte. Ninguém se importava com elas”<sup>194</sup>.

Finalmente, cumpre-nos evidenciar o evento em que sua biblioteca é queimada, quando encontra outra senhora no hospício que, como ela, é conduzida arbitrariamente pela força policial e, para além desta, seu depoimento torna explícita a aliança perversa entre psiquiatria e poder público, explicitada, nesse caso em particular, pela utilização da primeira pelo segundo, levando-nos a refletir sobre a inocência política da psiquiatria que, através de um projeto alegadamente científico, alcançou consenso social. No entanto, essa aura de neutralidade – pela qual tendeu a um *locus* de saber aparentemente desinteressado e apolítico – não se sustenta, como cremos ter demonstrado com esse registro.

De outro modo, convocados a explicarem-se, os profissionais da psiquiatria afirmam – parecendo acreditar – tratar-se de um desvio à sua nobre missão, posto que a realidade do fenômeno objetificado pela ciência psiquiátrica não pode ser contestada; discutível, só o problema de seus limites<sup>195</sup>. Mas se os limites da psiquiatria (como os de qualquer especialidade médica) ferem a vida humana, a terapêutica empregada na depoente em lide não acarretou qualquer punição para o detentor de um saber não-passível ao questionamento.

Torna-se necessário, então, acentuar que, subjacente ao pensamento psiquiátrico nacional, no panorama do autoritarismo instaurado com o golpe militar, pairava o ideário do Preventivismo estadunidense. De traço marcadamente sociológico – embora

---

<sup>194</sup> Cf. op. cit.

<sup>195</sup> EY, Henri (1971); cf. op. cit.

não admitido explicitamente –, surgiu, no mais das vezes, diluído na noção de ser humano como entidade biopsicossocial, desconsiderando, desse modo, as implicações das contradições epistemológicas para a própria psiquiatria. Isso se não mencionarmos o desdobramento concreto da idéia de desvio na vida concreta das pessoas, limitando e/ou determinando suas potencialidades sociais, artísticas, obstando, também, suas potencialidades para o trabalho<sup>196</sup>.

A despeito de sua finalidade última – de possibilitar novas reintegrações sociais –, a psiquiatria preventivista relevou, de fato, que o lugar / momento de desvio do louco, não puramente determinado biologicamente e expresso em sua dimensão psíquica, ou mesmo uma resolução política maior do que os próprios desmandos da psiquiatria; mais do que isso, a loucura seria também produto da sociedade, do meio.

Sobre a questão da produção social e científica dos comportamentos considerados desviantes, nunca é demais lembrar que “a nova ideologia” psiquiátrica, amparada por noções sociológicas, foi se sobrepondo paulatinamente, a partir de 1963 com a Lei de Kennedy, às *arcaicas ideologias psiquiátricas* como reserva potencial de ideologias ulteriores: o estigma vago, mais bastante difundido de *desviado* passou a substituir o de psicopata e delinqüente que lhe era atribuído e, nessa medida, os parâmetros da medicina psiquiátrica ficaram suavizados pela entrada em campo das chamadas ciências humanas.

Porém, o *début* da sociologia no campo áspero da medicina psiquiátrica não foi capaz de modificar o essencial da concepção sobre a loucura, qual seja, o de impedir, preventivamente, a doença, mas inflacionando, pelo contrário, o número de doentes mentais, advogando uma readaptação social para indivíduos cuja moléstia ainda não

---

<sup>196</sup> A alagoana Nise da Silveira é a precursora de um “[...] esboço da reforma psiquiátrica, pois na sua prática clínica criou uma técnica para tratar os pacientes esquizofrênicos diferente do contexto de sua época”. Amparada no aporte teórico de Carl Jung, procurou, desde 1946, tratar especialmente os esquizofrênicos mediante uma abordagem diferenciada; implantou uma oficina de terapia ocupacional no *Centro Psiquiátrico D. Pedro II*, incentivado a expressão artística dos pacientes, em oficinas de pintura e modelagem, nas quais os pacientes criaram objetos voltados para temas mitológicos, remetendo àquilo que Jung denominou *inconsciente coletivo* para se referir às imagens e símbolos capazes de transpor as barreiras de tempo e de espaço. Um dos mais celebrados artistas assistidos por ela foi Bispo do Rosário, doente crônico que, apesar de vivenciar experiências de violência no manicômio, exorcizaria seus delírios em bordados célebres no mundo inteiro, desafiando artisticamente os limites entre razão e desrazão. Sobre as idéias / concepções da médica psiquiatra, recomendamos a leitura de SILVEIRA, Nise da (1980); in O Mundo das Imagens, em que são destacadas as contribuições artísticas e terapêuticas dos loucos com os quais trabalhou e ora integram o acervo o *Museu de Imagens do Inconsciente* (a partir de 1952), hoje localizado no *Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira - IMASNS*, no Rio de Janeiro.

havia se manifestado, acarretando, evidentemente, um aumento substancial no custo / tratamento do paciente<sup>197</sup>.

No país, o período que se seguiu ao golpe militar pode ser considerado como marco divisor entre uma assistência psiquiátrica que se destinava, sobretudo, ao recolhimento de *dejetos humanos* nas ruas das grandes cidades – como ocorreu no período imperial e na era Vargas – e a introdução de uma nova fase assistencial, expandida para o conjunto de trabalhadores e seus dependentes – desde que vinculados à Previdência Social.

Esse mesmo período foi marcado por um crescente interesse da iniciativa privada – com investimentos financeiros vultosos – pela psiquiatria, desdobrado concretamente nas inúmeras, poderosas e lucrativas clínicas de repouso. Farias Costa<sup>198</sup> comenta, mediante dados fornecidos pelo Ministério da Saúde e organizados, por nós, na tabela a seguir, que as clínicas de repouso cresceram a passos largos no Brasil de então –

*Leitos ofertados em Saúde Mental (BR. 1961 – 1981)*

ANO	HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (BR)		QTDE LEITOS UTILIZADOS
	PÚBLICOS	PRIVADOS	
1961	54	81	49.173
1971	72	269	80.000
1981	73	357	100.000

percebendo um montante respeitável do INPS pelos serviços prestados à sociedade em psiquiatria. De acordo com Heitor Rezende<sup>199</sup>, a partir da divulgação dos *Balanços Gerais* do INPS, MPAS – INAMPS, os gastos da Previdência Social com assistência psiquiátrica atingiram 8,24% do total destinado à saúde, no ano de 1971.

O valor do credenciamento repassado às clínicas privadas tornaria, portanto, a doença mental um negócio extremamente lucrativo no mercado sanitário nacional, promovendo, inclusive, o desenvolvimento institucional da *Federação Brasileira de Hospitais*. Esta estabeleceria a partir da *V Conferência Nacional de Saúde* – mediante o

<sup>197</sup> A esse respeito, ver BASAGLIA, Franco e ONGARIO, Franca (2005); in *A Maioria Desviante*, pp. 187-223. Trata-se de uma lúcida e contundente crítica à categoria de desvio, cara ao movimento da *Psiquiatria Preventiva*, evidenciando o caráter político-ideológico da noção e demonstrando sua inconsistência conceitual e epistemológica.

<sup>198</sup>Cf. COSTA, Augusto César de Farias (2005); in *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*, pp. 10-1.

<sup>199</sup> Cf. RESENDE, Heitor (1990); in *Política de Saúde Mental no Brasil*, p. 67.

Decreto-Lei nº 6.229 –, as funções do *Ministério da Previdência*, responsável pela assistência médica em todo o país, notadamente nos grandes centros urbanos, onde, nos termos de Amarante<sup>200</sup>, a população previdenciária seria majoritária e a estrutura da assistência privada estaria mais bem ordenada.

Dessa maneira, a assistência psiquiátrica foi organizada prioritariamente a partir da instauração de uma *solução asilar*<sup>201</sup> não orientada à organização de modalidades de atenção e cuidado eficazes, eficientes e humanizadas. Pelo contrário, a assistência psiquiátrica praticada nas clínicas privadas limitaram-se a reproduzir as velhas práticas manicomiais de contenção física ou de camisas-de-força químicas e suas dosagens cada vez mais altas. Afinal, tornava-se menos complexo e oneroso do que a oferta (e capacitação) de serviços diversificados e humanizados.

Portanto, o Preventivismo ditado pelos Estados Unidos foi o modelo psiquiátrico adotado no Brasil, sobretudo no contexto pós-golpe, mediante causas diversas. No entanto, evidenciamos, sobretudo, o aspecto econômico, o qual levou muitas clínicas e empresários da loucura à fortuna – ainda que o enriquecimento não tenha sido a razão precípua do Estado. Estranhamente, se as políticas de saúde exprimiram, de um lado, a constatação da impossibilidade de recuperação do louco no / pelo hospital psiquiátrico, de outro, criaram, através de acordos entre a Previdência Social e a iniciativa privada, condições econômicas para a proliferação de clínicas / sanatórios que, embora não tenham produzido mega-hospitais, efetivamente reproduziram os modelos asilares.

Contudo, esse panorama começa a se modificar no último quartel da década de 1970, na esteira do processo de redemocratização do país, quando os movimentos sociais levam suas reivindicações a outros segmentos da sociedade; no que se refere à psiquiatria, essas se voltam, sobretudo ao excessivo processo de privatização da loucura, nos anos do milagre econômico.

Nessa conjuntura, o processo de abertura política é o pano de fundo no qual emerge a insatisfação popular – decorrente dos anos de silenciamento e da participação das classes média e baixa nos rumos políticos do Brasil –, fortemente vinculada a um

---

<sup>200</sup> Cf. AMARANTE, Paulo (2000); op. cit., p. 112.

<sup>201</sup> A expressão *solução asilar* designa a forma pela qual a assistência psiquiátrica foi se constituindo historicamente, não apenas como decorrência das atribuições políticas e sociais do manicômio como *locus* de segregação e violência, mas também por um descompromisso concreto em relação à saúde da população que necessitasse de serviços psiquiátricos, fosse no plano terapêutico, fosse no âmbito administrativo dos manicômios. Cf. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES (1980); in Condições de Assistência aos doentes mentais, pp. 49-50.

relativo afrouxamento da censura e esta, a seu turno, promove sua difusão. Corolário a isso, há um aumento efetivo da participação política de algumas entidades civis que demandam uma nova organização política e social para o País. Nesse momento são plantadas as bases para a reorganização dos sindicatos, partidos políticos, associações civis e de trabalhadores.<sup>202</sup>

Sob esse pano de fundo, desenrolam-se as primeiras e mais importantes manifestações de insatisfação no setor de saúde; em abril de 1978, profissionais de 04 unidades da *Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)*<sup>203</sup>, no Rio de Janeiro, seriam demitidos, dando ensejo ao que ficou conhecida como *crise do DINSAM*, deflagrada quando 03 estagiários denunciaram irregularidades no *Centro Psiquiátrico Pedro II*, às quais se somariam mais denúncias, referentes a outras unidades, angariando, desta feita, apoio institucional do *Núcleo de Saúde Mental do CEBES* e do *Movimento de Renovação Médica - REME*. Sucedendo-se a essa movimentação, reuniões e assembléias formariam comissões que, com o apoio do CEBES e REME já referidos, ganhariam status de movimento, encetando o surgimento do *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM*.

Nessa medida, o MTSM constituiu-se rapidamente, visando a tornar-se um espaço de luta não-institucional, com vistas ao debate / discussão e criação de propostas alternativas à prática psiquiátrica, inicialmente, de cunho trabalhista, desdobrando-se, posteriormente, em críticas à cronificação excessiva dos manicômios brasileiros, ao uso de terapêuticas desumanas como o *eletrochoque* e às péssimas condições de assistência ali oferecidas, exigindo, por conseguinte, a humanização desses serviços – essas exigências não eram homogêneas, constituindo um todo ainda difuso de críticas e reivindicações oscilantes “entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa”<sup>204</sup>.

---

<sup>202</sup> Cf. AMARANTE Paulo (1992); in A Trajetória do Pensamento Crítico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na desconstrução do aparato manicomial, pp. 103-19.

<sup>203</sup> A DINSAM veio substituir o SNDM por força do Decreto Lei 55474 de sete de abril de 1965 a partir de 1974 passou a contratar estagiários para substituir seus defasado quadro técnico esses “trabalhavam em condições precárias, em clima de ameaças e violência a eles próprios e aos pacientes” das instituições cariocas ligadas ao DINSAM (o Centro Psiquiátrico Pedro II CPPII, o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) nesses lugares de acordo com as acusações dos grevistas eram “freqüentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas”. Cf. AMARANTE, D. C. Paulo (2000). Op. cit. Pp. 51 – 52.

<sup>204</sup> Sobre os reclames do MTSM, indicamos a leitura da já citada obra de Paulo Amarante, na qual se presentificam os desdobramentos e controvérsias do movimento. AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit., pp. 52-8.

Em 1978, o *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria* seria o meio de divulgação das idéias do MTSM; realizado em Camboriú, SC, o evento chamar-se-ia *Congresso da Abertura*, visto que, tendo sido gestado e organizado, em sua maioria, por psiquiatras conservadores egressos da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), ensejou espaços para a discussão dos aspectos políticos da psiquiatria, instituindo uma frente em prol de mudanças, não apenas relativas às políticas de saúde mental,<sup>205</sup> mas especialmente voltadas para a crítica ao regime político nacional, ora o grande entrave para as mudanças necessárias.

Sob esse prisma, o MTSM pôde lançar-se à luta por mudanças na psiquiatria brasileira e a maioria de suas críticas recairia sobre a política excessiva de privatização em saúde mental e sobre suas distorções – como um maior interesse nos lucros do que na assistência ao louco propriamente dita e gerando, obviamente, resistências dos interessados em manter essa prática, no seio das quais a FBH tornar-se-ia a principal responsável pela obstrução das reivindicações do MTSM, e do *Movimento Sanitário*”<sup>206</sup>.

A FBH buscaria manter os privilégios assegurados pelas políticas de credenciamento da Previdência Social, vigentes desde 1966 (como a manutenção de contratos e atualização de tabelas de pagamento), mas a Previdência vinha enfrentando graves problemas financeiros, gerados em parte por essa política, caracteristicamente privatizante e, nesse sentido, o Estado assumiu medidas que visariam a racionalizar e sanear os gastos com a saúde, dentre as quais uma que conferia à Previdência um maior poder de controle sobre o setor privado, coibindo fraudes e distorções nos credenciamentos. Para mudar esse quadro, o governo aderiria às recomendações do

---

<sup>205</sup> Madel Therezinha Luz salienta que a trajetória das políticas de saúde mental gestadas no Brasil é uma “história de uma marginalização”; com a constituição do saber e práticas psiquiátricas, a loucura e o louco foram destinados ao banimento social, sob a égide do Estado, criando as condições necessárias para a construção de espaços de observação e estudo sobre esse novo ser patológico acionou a instituição psiquiátrica para fins de controle. Além disso, para ela, faz-se necessário ainda compreender as reações e resistência, insurgentes na própria instituição psiquiátrica, à implantação de práticas e saberes médico-científicos, à sua permanência e transformações, de modo a proceder a uma crítica responsável às políticas de saúde mental rumo à transformação efetiva da instituição psiquiátrica (entendida ora como o aparato asilar) que seria confrontada com sua natureza essencialmente política. Assim, a especialista sugere que as políticas de saúde devem ser concebidas como “o conjunto de formas de intervenção concretas, na sociedade, que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais”. LUZ, Madel Therezinha (1994); in *História de uma Marginalização: A Política Oficial de Saúde Mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidades*, pp. 85-95.

<sup>206</sup> AMARANTE, Paulo (2000); cf. op. cit., p. 114.

Movimento Sanitário no que diz respeito ao melhor aproveitamento ou redimensionamento de sua própria rede hospitalar<sup>207</sup>.

Foi, portanto no contexto de crise da Previdência e da redemocratização do país que, finalmente, começaram a surgir propostas para a transformação da psiquiatria e seu corolário, o manicômio e sua *natureza* excludente e segregacionista; o caminho foi longo e árduo: insucessos, entraves, resistências, ausência de vontade política – a título de exemplo, trazemos à luz o evento do Projeto de Lei elaborado pelos membros do Movimento Antimanicomial e apresentado, na Câmara dos Deputados, pelo dep. Paulo Salgado, tramitou naquela Casa por exatos 12 anos, da tramitação (em 1989) até sua efetiva aprovação (em 2001).

Nesta seção, vimos primeiramente como, desde o fim da Segunda Grande Guerra, consubstanciou-se um cenário em que se insurgem relevantes e variados projetos reformistas para a psiquiatria, buscando, cada um a seu modo, questionar ora a terapêutica psiquiátrica tradicional, ora o espaço destinado ao desatino, ora o próprio saber psiquiátrico. Posteriormente, procuramos demarcar outro momento histórico, o da crise da Modernidade, a partir da qual surgem novas demandas, menos reformistas e mais críticas, de questionamento da loucura e de denúncia ao excessivo poder da ciência psiquiátrica. Essas idéias, modelos e práticas de reforma e, posteriormente, de negação e/ou desinstitucionalização do saber da psiquiatria clássica – e seu corolário, o manicômio –, gestadas nos contextos europeu e estadunidense, ressoaram no panorama brasileiro.

No próximo segmento, dedicar-nos-emos às transformações no processo de efetivação da reforma psiquiátrica em Pernambuco, buscando mapear a trajetória da psiquiatria e do movimento antimanicomial no estado, seus autores e opositores, avanços e obstáculos, pioneirismos e atavismos, privilegiando, ainda, as determinações do Estado para a elaboração de novos dispositivos jurídicos e a implementação de ideais de políticas públicas em saúde mental, acionados sobretudo a partir da década de 1980.

---

<sup>207</sup> Sobre a crise financeira, ideológica e político-institucional da Previdência Social no país, ver OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. Fleury (1980-1983); in Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil., pp. 269-320.

---

---

## CAPÍTULO 3:

# IMPLICAÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REFORMA PSIQUIÁTRICA DE PERNAMBUCO

---

---

### 3. 1 *O início da trajetória*

**P**ara procedermos a uma análise histórica responsável dos processos de reforma em saúde, torna-se fundamental a concepção do político como plano no qual são travados os combates no interior das corporações médicas e/ou sociais, de modo a pactuarem as políticas públicas que irão presidir a saída do manicômio; o político identifica-se com o ponto nevrálgico – a gênese – do processo de reforma psiquiátrica, muitas vezes negligenciado se tentamos traçar um percurso em âmbito local, ou mesmo se buscamos abarcá-lo na totalidade de um espaço geopolítico vasto como o Brasil.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco inicia-se em 1991, quando a *Coordenação Nacional de Saúde Mental* (CNSM) organizaria uma nova política de saúde mental<sup>208</sup> em todo o território brasileiro. Tal política foi estruturada em proposições apresentadas na *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em Santa Catarina entre os dias 25 e 28 de Junho de 1987 e difundidas pela denominada *Declaração de Caracas*, efetuada no período de 11 a 14 de novembro de 1990, na capital venezuelana.

Em referência ao disposto na *Conferência*, as indicações da CNSM deixaram de lado alguns temas relevantes, especialmente no que se refere à postura ambígua do Estado no campo das políticas públicas. No relatório final da *Conferência*, foram abordadas problemáticas políticas amplas que reivindicavam uma Reforma Sanitária não desvinculada de outras reformas que lhe dessem sustentação:

---

<sup>208</sup> LEMOS, Jane Maria Cordeiro (1999); in *Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica*, pp. 31 – 34.

*Para a concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma Reforma Agrária e Urbana que melhore as condições de vida da população e uma Reforma Tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação, penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde<sup>209</sup>.*

Ao congregar interesses de outros setores reformistas, a proposta do *Relatório* inseriu-se, na época, num plano maior de reivindicações políticas, trabalhistas e sociais pelas quais lutavam algumas áreas da sociedade, notadamente quando pensamos que esse é um momento de elaboração da nova Constituição (efetivada em 1988). Além disso, o desmantelamento da ordem política militar era algo ainda recente e o silêncio de alguns setores profissionais começaria, depois de quase duas décadas de ditadura militar, a ser substituído por brados que exigiam mudanças nas feições dadas ao setor saúde, antes da redemocratização do país<sup>210</sup>.

Contudo, o tom reivindicativo das várias propostas reformistas – que não se esgotam, de modo algum, no recorte citado – apresentadas no citado Relatório foi atenuado, quando não esquecido, com a elaboração das propostas apresentadas pela CNSM. Vale ressaltar ainda que, em 1985, uma comissão formada por técnicos do Ministério da Saúde já apresentaria, em seus objetivos, projetos para uma ação efetiva em saúde mental, trazendo no bojo de suas idéias princípios para a universalização e equidade assistenciais em saúde mental, partindo da premissa de que a saúde mental seria “um direito inalienável de todo cidadão e, sua garantia, um dever da sociedade e do Estado, a traduzir-se pela universalização e equidade no acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais”<sup>211</sup>.

Nessas proposições, sob um olhar mais analítico, devemos evidenciar que, subjacente a esse direito universal e igualitário, a saúde é um direito da sociedade,

---

<sup>209</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1987); in A Reforma Sanitária, Item II – A – *Princípios Gerais* (Relatório Final).

<sup>210</sup> A abertura progressiva na área social – iniciada em 1978 – permitiu a elaboração de crítica aos equipamentos públicos e, especialmente, aos privados de saúde mental. Todavia, apenas na década de 1980, na conjuntura da distensão lenta, gradual, porém segura e dos movimentos de classe, as críticas ao governo militar, suas políticas de saúde e a conseqüente diminuição do parque manicomial privado puderam ser mais concretamente percebidas. A esse respeito, ver LUZ, Madel Therezinha (1994); cf. op. cit.

<sup>211</sup> Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM (1985); in Propostas de Política de Saúde Mental da Nova República, pp. 8-9. O projeto constituiu a matriz teórica da política nacional de saúde mental e, ainda que não tenha sido aceito de pronto (seria encampado pela Lei da Reforma Psiquiátrica), algumas de suas proposições podem ser consideradas avançadas para a época.

complementar ao dever do Estado. Assim, a execução do direito de uso às formas assistenciais em saúde mental por toda a sociedade implica que ambos, sociedade e Estado, compartilhem os mesmos interesses.

Cumpre-nos observar, porém, que esse dever pesa sobre o indivíduo e/ou a coletividade cidadã duplamente, pois que a sociedade, não obstante demande por esses serviços, deve também criar condições que garantam o atendimento de suas necessidades assistenciais e que essas sejam estendidas a toda a comunidade. Nessa medida, as políticas de saúde, que ora refletem a lógica do livre mercado, passaram a fornecer o produto “saúde” e os indivíduos, a seu turno, passam a integrar esse quadro como consumidores de políticas refratárias à antiga noção de assistência à saúde ofertada pelo *Estado do Bem-Estar Social*<sup>212</sup>.

A política do *Estado de Bem-Estar Social*, fenômeno observado logo após a Segunda Guerra Mundial, principalmente nos países capitalistas centrais, naqueles territórios localizados mais ao Ocidente do continente europeu, a partir da idéia de que é dever do Estado garantir à população o acesso aos bens produzidos na / pela sociedade e, para a efetivação desse processo político e social, foi necessário que os diversos segmentos sociais de classes estabelecesse primeiramente a conquista de seus direitos políticos e, posteriormente, ampliassem essas lutas às conquistas por seus direitos sociais<sup>213</sup>.

Enquanto os cidadãos europeus gozavam das benesses sociais providas pelo Estado, no Brasil, há um incremento da assistência à saúde sem resultar, no entanto, na assunção dessas atribuições em sua totalidade, em forma de direito de acesso dos cidadãos à saúde. O Estado brasileiro, desse modo, “simplesmente reduziu as idéias do *Bem-Estar Social* a maiores oportunidades de assistência aos previdenciários, crescendo as ações de saúde nos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões”<sup>214</sup>.

Se a criação do INPS, a partir de 1967, implicou aumento e extensão das ações assistenciais em saúde, essas limitaram-se aos que trabalhassem formalmente, além daqueles que pudessem contribuir mensalmente, estes categorizados como trabalhadores autônomos. Importa-nos reputar que, num país periférico, mas de economia capitalista

---

<sup>212</sup> Cf. MARSIGLIA, Regina Giffoni (1990); in Os Cidadãos e os Loucos no Brasil. A Cidadania como Processo, pp. 13-28.

<sup>213</sup> Cf. op. cit., p 15.

<sup>214</sup> Cf, op. cit. , p. 17.

como o Brasil, os benefícios acionados por uma política de Bem-Estar Social nunca foram concretamente realizados em nossa realidade, por mais que o grosso da população dele necessitasse.

E considerando que, ao longo da história dos países capitalistas periféricos, os direitos sociais no mais das vezes apresentaram-se como uma concessão, que no caso em tela, essas eram determinações de organismos internacionais de saúde como a OPAS e a OMS, o Estado brasileiro negligenciou seu dever de assegurar à população – sobretudo aquela camada mais necessitada – seus direitos mais fundamentais como *acesso igualitário e universal*. Com efeito, o Estado brasileiro tornar-se-ia o grande captador de recursos de variados segmentos sociais; por exemplo, a criação do “direito do contribuinte” (e, não, o “direito do cidadão”) –, terminou por estabelecer uma sistemática de acesso aos bens sociais marcada pelo privilégio à desigualdade na assistência aos serviços mais necessários à população, como é o caso da saúde<sup>215</sup>.

Se procedermos à distinção entre os termos “cidadão” e “contribuinte”, o primeiro designando “o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado” e, o segundo, “pessoa que contribui; que paga contribuição”<sup>216</sup>, torna-se evidente o deslocamento de sentido nessa passagem, notadamente se associamos o vocábulo “direito” a ambos os termos: no primeiro caso, o “direito do cidadão” corresponderia a um valor inalienável do indivíduo, do nascimento à morte, independentemente de qualquer forma de pagamento; já no segundo, o direito associar-se-ia a um bem, posse ou propriedade, cuja aquisição efetivar-se-ia *apenas* por compra ou contribuição e, assim, esse *direito condicionado* e, por isso, confundido com um dever, uma obrigação. Ora, o deslocamento semântico a que nos referimos reporta-se exatamente à concepção neoliberal do cidadão = consumidor e seu corolário, o Estado mínimo.

De outro modo, essa questão é muito mais complexa, pois não podemos determinar uma reforma psiquiátrica à brasileira somente a partir dos imperativos ditados pelo neoliberalismo, pois houve, nesse período de redemocratização do país, interesses divergentes quanto à formulação de propostas reformistas para a área, em especial para a mental. Nessa medida, por mais que as leis de mercado visem a transmutar o conceito de saúde – e o de saúde mental, objeto de nossa investigação – em bem de consumo ou mercadoria, seja na forma de medicamentos, seja na de tratamentos disponibilizados

---

<sup>215</sup> Cf, op. cit., pp. 16-17.

<sup>216</sup> DICIONÁRIO Aurelio (2002); versão CD-ROM.

pelo mercado dos planos de saúde, o fato é que ela é, sobretudo, um direito humano, necessário e inalienável, dentro da ordem burguesa.

Subjacente ao paradoxo instaurado pelas noções de *direito à saúde e dever da sociedade*, emerge o arcabouço que movimentou toda a teorização reformista, colocando em questão e sob forte tensão os fundamentais pressupostos pretendidos pela reforma psiquiátrica desde seu início<sup>217</sup>. Se voltarmos para o relatório já referenciado, é para revelar suas proposições:

*combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde*<sup>218</sup>,

por demais explícitas do posicionamento ético e engajamento político dos autores que o elaboraram, evidenciando um desejo por ruptura com os modelos de psiquiatria tradicional e suas condutas excludentes e segregacionistas. Porém, torna-se fundamental relevarmos a postura revolucionária da noção de saúde enquanto promotora da “igualdade de direitos”. Essa tomada de posição não busca suavizar ou relativizar a histórica relação de complementaridade entre Estado e psiquiatria, mas pôr em xeque sua consequência mais premente, a “psiquiatrização do social”.

E se é certo que a realização da *I Conferência Nacional de Saúde Mental* ocorreu sob forte tensão<sup>219</sup>, é também correto afirmar que o MTSM conseguiu realizar um encontro memorável sob uma postura em quase tudo distanciada das propostas apresentadas por outras entidades, nomeadamente as elaboradas pelos dirigentes dos órgãos públicos como o DINSAM e pessoal defensor dos interesses corporativistas de psiquiatras opositores da reforma psiquiátrica como a ABP, a despeito das ameaças dos titulares dessas instituições e, também, dos grupos interessados na manutenção dos privilégios e lucros das clínicas psiquiátricas particulares, como a FBH.

<sup>217</sup> Com relação aos pressupostos e influências da Reforma Psiquiátrica brasileira, suas lutas políticas e sociais, além de trajetórias reformistas de algumas localidades do Brasil (Rio Grande do Sul e Bahia), indicamos a leitura da DIVULGAÇÃO nº 4 (edição especial sobre Reforma Psiquiátrica, 1994); In *Revista Saúde em Debate*, pp. 119-27.

<sup>218</sup> Cf. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental* (1987).

<sup>219</sup> A DINSAM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), organizadoras e promotoras oficiais da Conferência, tentaram impor proposições de regulamento aos participantes do evento. A rejeição dessas propostas implicaram na ameaça de retirada por seus representantes, causando um grande rebuliço no primeiro dia do encontro. Cf. AMARANTE, D. C. Paulo (2000); cf. op. cit., pp. 105-6.

Após o evento, o MTSM decidiu imediatamente marcar novo encontro, a ocorrer entre os dias 03 e 06 de Dezembro do mesmo ano em Bauru/SP. Esse *II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*<sup>220</sup> ficou marcado por uma postura mais crítica da psiquiatria institucional e cujas reivindicações não mais se centravam nas condições de trabalho; ao contrário, esses trabalhadores colocariam a recusa de serem perpetuadores do “papel de agentes de exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana”<sup>221</sup>.

Assim, sob o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, o MTSM mudou de rubrica e seus membros passaram a integrar o *Movimento Antimanicomial*, com o propósito de não apenas racionalizar e modernizar os serviços em que trabalhavam, enfatizando, também o papel do Estado como colaborador da violência existente nos manicômios: “O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência” e, dessa forma, assumiam o compromisso ético e político estabelecido “pela luta antimanicomial”, impondo “uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada”<sup>222</sup>.

Esses aspectos, descritos sucintamente, provocaram uma ruptura efetiva com os ditames da psiquiatria institucional, sob o influxo ético, prático e teórico de Franco Basaglia, marcando, ao mesmo tempo, a desvinculação do Movimento com o processo brasileiro de Reforma Sanitária. A partir do *Manifesto de Bauru*, o Movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, capitaneado pelo *Movimento Antimanicomial*, ganhou um escopo teórico independente das prerrogativas do movimento sanitarista, ainda que este fosse teoricamente também devedor do processo já solidificado na Itália.

A Reforma Sanitária brasileira trouxe, em particular, a noção de promoção das Ações Integradas de Saúde, estas lançadas a partir da *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Consideradas inovadoras para o campo da saúde pública, as ações propostas ampararam-se conceitualmente no modelo de ação da Reforma Sanitária ocorrida na Itália em fins dos anos de 1970. Contudo, diferentemente da ocorrida em território italiano, a Reforma brasileira foi implantada *de dentro para fora* ou *de cima para baixo*,

---

<sup>220</sup> O *I Congresso* realizou-se na cidade de São Paulo, em Janeiro de 1979.

<sup>221</sup> MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (1987); in *Jornal do Psicólogo*, p. 4.

<sup>222</sup> Cf. op. cit.

surgindo principalmente a partir das reivindicações de um conjunto de técnicos em saúde, mas sem a efetiva participação popular. Na Itália, pelo contrário, a reforma, desde o início, foi gestada e executada como algo para além dos limites de um projeto burguês, pois que buscou superar esses limites e estendê-lo a toda a sociedade, dentro da qual superação pode ser entendida no sentido dialético do termo, como parte de uma estratégia contra-hegemônica a partir de termos inquestionáveis como *democratização do Estado* e *consciência sanitária*<sup>223</sup>.

De modo que, no país, ainda que essas expressões possam ser observadas nos discursos sanitaristas dos técnicos em saúde (a maioria ocupando cargos de relevo no aparelho estatal), eles se constituem como propaganda política e não dentro de uma prática de mudança efetiva nas políticas de saúde, ou seja, os sintagmas foram utilizados meramente como jogo retórico, rebatizando antigas proposições, constitutivas de um movimento sanitarista que apenas produziu “modificações técnico-operacionais e organizacionais”. Portanto, tais modificações não foram pensadas a partir de temas centrais “como o da Democratização do Estado, e da formulação de um projeto contra-hegemônico (no que a questão da *consciência sanitária* e a ampliação do conceito de *direito à saúde* colocam-se como pontos vitais”<sup>224</sup>.

Nesses moldes, a Reforma Sanitária pensada e executada no Brasil não buscou fazer uma reflexão crítica acerca dos mecanismos concretos de exclusão e controle de contingentes populacionais, mas, apropriando-se de formulações potencialmente radicais, transformou-as em proposições meramente reformistas, superficiais, tendo em vista o fato de que não pressupunham o atendimento às necessidades básicas da população, especificamente aquela que não pudesse pagar pelos serviços médicos mais urgentes.

Em Pernambuco, as idéias lançadas pelo *Movimento Antimanicomial* não tiveram a mesma acolhida, muito menos os mesmos resultados que os obtidos em São Paulo<sup>225</sup>. Mas com a realização em 1990 da conferência *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica em la Region*, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde e

---

<sup>223</sup> Cf. OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo (1987); in Reformas e Reformismo: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais (ou “para uma teoria política da Reforma Sanitária”), pp. 360-87.

<sup>224</sup> Cf. op. cit., pp. 364

<sup>225</sup> O primeiro serviço substitutivo ao manicômio em território brasileiro, o *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira*, foi criado em 1987, em São Paulo, marcando o formato de outros Centros que, a partir dos anos de 1990, espalharam-se pelo país.

Organização Mundial de Saúde na cidade de Caracas, os estados (seguindo o princípio do poder central) adotariam estratégias para a reversão do modelo assistencial psiquiátrico clássico, pondo fim, portanto, ao modelo hospitalocêntrico e a conseqüente terapêutica psiquiátrica centrada no manicômio.

As estratégias adotadas pela *Coordenação Nacional de Saúde Mental*, em 1991, haviam desconsiderado as denúncias sobre a articulação da psiquiatria com o Estado e seu caráter mercadológico, limitando suas críticas ao que foi preconizado em Caracas e esta, que ficaria conhecida como a *Conferência Sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*, deslocou suas críticas à psiquiatria institucional, enfatizando o papel preponderante do hospital psiquiátrico, a um só tempo agente cronificador do doente mental e oneroso do ponto de vista dos gastos públicos com o doente mental. Assim, o documento – de cuja feitura participaram organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas<sup>226</sup> – declarava:

1. *Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;*
2. *Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:*
  - a) *isolar o doente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacitação social,*
  - b) *criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente,*
  - c) *requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental,*
  - d) *fornecer ensino, insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e de outros setores*<sup>227</sup> (o realce é nosso).

Porém, o referido escrito eximia-se de uma salutar e pertinente crítica ao caráter político/ideológico da psiquiatria. Mas, para além de uma evidente ausência de crítica política, salta aos olhos o aspecto preventivista dessa “nova” política de saúde que se orientava principalmente mediante princípios definidos e defendidos pelo Preventivismo, uma vez que a reestruturação da assistência psiquiátrica proposta estaria

---

<sup>226</sup> ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (1992); in *Declaração de Caracas*, p. XV. A publicação do documento no Brasil resultou de acordo entre a *Organização Panamericana de Saúde*, a *Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil* e a *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva–ABRASCO*.

<sup>227</sup> Cf. op. cit.

ligada à *Atenção Primária de Saúde*<sup>228</sup>, buscando, por conseguinte, reproduzir um dos primados da psiquiatria preventiva.

Se a *Prevenção Primária* se caracterizaria pela intervenção preventiva nas condições possíveis de formação da doença mental – cujo modelo de intervenção, como vimos, teve origem nos EUA, na década de 1960 –, a postura adotada depois de Caracas, ao menos no nível dos discursos, seria a de excluir o fator biológico da doença mental.

Nessa medida, de acordo com os planos de reestruturação da psiquiatria para a América Latina, “Todas as ações de saúde têm, em última instância, uma função preventiva”<sup>229</sup> e cujo objetivo, a exemplo de sua congênere estadunidense, seria “o desenvolvimento pleno da saúde mental da população em geral, por intermédio de medidas adequadas de incentivo e prevenção”<sup>230</sup>.

Ao proporem mudanças ao nível técnico, administrativo, organizacional, etc, os organizadores da *Declaração de Caracas* denotam uma evidente intenção humanitária de oposição à histórica hegemonia dos hospitais psiquiátricos no trato com o doente mental, avançaram, sem dúvida em muitos aspectos, como podemos anotar em seu item 1: “a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais”<sup>231</sup>. E a partir de tal declaração, finalmente, ganhariam relevo no Brasil propostas e execuções concretas de serviços substitutivos ao manicômio – que passou então a ser mais duramente criticado por todo país. No entanto, parece-nos relevante demarcar, a partir de então, o arrefecimento das críticas ao elo ideológico e funcional entre psiquiatria e Estado.

Em Pernambuco, os dispositivos legais estabelecidos pelo Ministério da Saúde seriam elaborados, a partir de 1991, em legislação complementar, visando a atender às demandas por uma Reforma Psiquiátrica em nível estadual. Assim, na Portaria N° 189/91<sup>232</sup>, sublinhamos as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto ao

---

<sup>228</sup> Cf. op. cit., p. XVI.

<sup>229</sup> ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (ANO); in Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação, p 58.

<sup>230</sup> Cf. op. cit., p. 59.

<sup>231</sup> Cf. op. cit. p.60.

<sup>232</sup> BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1991); in Reforma Psiquiátrica; Instrumentos Legais/ Portaria. Todas as Portarias e Leis que referendam a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco foram obtidas junto aos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento DEPCA – Diretoria Executiva de Programação, Controle e Avaliação.

tempo de internamento de loucos em hospital psiquiátrico, em hospital geral e em hospital dia esse período em qualquer dessas unidades não poderia exceder os 180 dias sob o risco de não ser remunerada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria foi o primeiro passo dado no processo de desospitalização no Estado, do ponto de vista legal.

Outra Portaria, a de nº 224<sup>233</sup>, criaria critérios / parâmetros físicos e de recursos humanos que implicariam a necessidade de propostas posteriores de trabalho que contemplassem a organização de equipe multidisciplinar, definindo novos modelos assistenciais para o louco, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), cujo Art. 2º estabelece que:

*2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais regionalizadas, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional<sup>234</sup>.*

Notemos que é nesse documento que os NAPS e CAPS fazem seu *début* legal sem, no entanto, terem especificadas a função de modalidade assistencial substitutiva ao manicômio. Contudo, a real intenção da Secretaria Nacional de Saúde a esse respeito poderia ser identificada na mesma Portaria:

*2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada atendendo também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental<sup>235</sup>.*

Quando de sua publicação (1992), Pernambuco ainda não contava com nenhuma espécie de serviço substitutivo ao hospício, mas seria apenas uma questão de tempo; as críticas do Movimento Antimanicomial somadas às necessidades requeridas a partir da Declaração de Caracas acabariam por demandar a criação desses serviços no estado e, dessa forma, Instruções Normativas e Portarias vêm responder as reivindicações de setores específicos quanto à assistência psiquiátrica com o fito último de substituir o manicômio e, ao longo do processo, oferecer novas possibilidades terapêuticas

---

<sup>233</sup> JORNAL Diário Oficial da União (1992); in Portaria nº 224/92.

<sup>234</sup> Diário Oficial de 30 de janeiro de 1992. P. 63.

<sup>235</sup> Cf. op. cit., pp. 63-4.

recomendadas por órgãos internacionais de saúde, como a OMS e a OPS, e ratificadas pelo Movimento.

Nesse sentido, as Portarias, nº 407/92<sup>236</sup> e a de nº 408/92<sup>237</sup> foram elaboradas para possibilitar a aplicação, na íntegra, das instruções editadas pela portaria anterior. Porém, é com a Portaria nº 088/93, de 21 de julho de 1993<sup>238</sup> que, após retificação do item 4 e o subitem 4.6 da Portaria 224/92 (voltados para os hospitais especializados em psiquiatria e os recursos humanos disponíveis), que estabeleciam penas para os hospitais psiquiátricos que não se adequarem aos dispositivos legais. Conforme seu Art. 7º,

*7 – Os hospitais psiquiátricos que descumprirem os dispositivos normativos desta Portaria e das Portarias 224/92, 407/92 e 408/92, supracitadas, estarão sujeitos a uma das seguintes sanções abaixo, aplicadas progressivamente, sem prejuízo das demais previstas em lei.*

*a) redução do total de leitos cadastrados no SIH – SUS*

*b) sanção pecuniária*

*c) exclusão do hospital do cadastro do SIH – SUS.*<sup>239</sup>

As penalidades aplicar-se-iam não apenas nos casos de má conduta técnica ou administrativa, mas também por questões éticas; quanto às ações punitivas, o citado documento informa-nos sobre os órgãos responsáveis por aplicá-las:

*7.1 – As sanções previstas poderão ser aplicadas por qualquer dos níveis gestores do Sistema Único de Saúde, cabendo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da data do recebimento da notificação, recursos administrativo das partes à(s) instância(s) superior(es) do SUS e, em última instância, ao Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.*<sup>240</sup>

A profusão de leis sobre a questão não é, de modo algum, aleatória, mas visam ao estabelecimento da Reforma Psiquiátrica em todo o território nacional, são o somatório das conquistas políticas do Movimento Antimanicomial, visto que era necessário definir

<sup>236</sup> Republicada no Diário Oficial de 05 de março de 1993.

<sup>237</sup> Republicada no Diário Oficial de 22 de fevereiro de 1993.

<sup>238</sup> A Portaria foi publicada no Diário Oficial de 27 de julho de 1993, contudo, utilizamos, na presente, a transcrição integral do documento da Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento DEPCA – Diretoria Executiva de Programação Controle e Avaliação. PASTA. Reforma Psiquiátrica; Instrumentos Legais/ Portarias. (pp. 1-4).

<sup>239</sup> Cf. op. cit.

<sup>240</sup> Cf. op. cit.

os mecanismos de supervisão, controle e avaliação, conforme recomendação da *II Conferência Nacional de Saúde Mental*<sup>241</sup>”.

A *II Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em Brasília entre os dias primeiro e quatro de Dezembro de 1992, contou com cerca de 20.000 pessoas, entre delegados e participantes e cujas principais deliberações foram: a criação de uma nova rede de atenção em saúde mental; a transformação e cumprimento de leis; e, finalmente, o direito à atenção e à cidadania à pessoa com sofrimento psíquico<sup>242</sup>, restando ao governo federal transformá-las em letra de lei, tornando-se a base para a Reforma Psiquiátrica à brasileira.

A Conferência, ao deliberar sobre aspectos concernentes a uma reforma não somente assistencial, mas institucional da psiquiatria, conseguiu pela primeira vez fazer vigorar uma Lei Federal para a prevenção e articular punições ao hospital psiquiátrico, público ou privado, que estivesse em desacordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que ora acatava as proposições desejadas pelos reformadores, mas também, como resultado das inúmeras denúncias efetuadas pelo Movimento de Luta Antimanicomial e que ganharam a imprensa nacional<sup>243</sup>, cuja consequência foi despertar a opinião pública e a sociedade para os horrores pelos quais passavam muitos dos interno(a)s nos hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil. Denotando, dessa forma, que a participação política articulada a uma movimentação social efetivada pelo Movimento Antimanicomial rendeu de fato transformações concretas para a necessária mudança no cenário institucional da psiquiatria. E essas, reafirmamos, ajudaram a modificar as práticas e o saber psiquiátrico que ora demandava uma articulação teórico/prática com profissionais oriundos de outras áreas do conhecimento, especialmente das Ciências Humanas.

No entanto, as lutas do Movimento em Pernambuco não tiveram o mesmo andamento que o observado em estados como, por exemplo, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais ou Rio Grande do Sul. Nessas localidades, especialmente em suas

---

<sup>241</sup> Portaria nº 088/92, de 21 de julho de 1993.

<sup>242</sup> BRASIL. Ministério da Saúde - Coordenação de Saúde Mental (1994); in Relatório Final da 2º Conferência Nacional de Saúde Mental, p. 9.

<sup>243</sup> Os discursos e denúncias do Movimento Antimanicomial podem ser encontrados em MAIA, Rousiley C. M. & FERNANDES, Adélia B (ANO); in O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política (versão on-line). Nesse artigo, são analisadas 97 matérias jornalísticas referentes ao Movimento Antimanicomial, veiculadas entre 1987 e 1997, nos jornais *Folha de São Paulo*, *Jornal do Brasil* e revista *Veja*.

capitais, o governo encontrava-se em mãos de políticos que se opunham ao governo central, consoante o quadro demonstrativo abaixo<sup>244</sup>:

<b>Partidos eleitos para governos estaduais (1987 -1999)</b>				
<b>PERÍODO</b>	<b>RS</b>	<b>S P</b>	<b>RJ</b>	<b>MG</b>
1987/1991	PMDB	PMDB	PMDB	PMDB
1991/1995	PDT	PTB	PDT	PMDB
1995/1999	PMDB	PSDB	PSDB	PSDB
<b>Partidos eleitos para as prefeituras (1986 – 2001)</b>				
<b>PERÍODO</b>	<b>POA</b>	<b>SP</b>	<b>RJ</b>	<b>BH</b>
1986/1989	PDT	PDC-PTB	PDT	PDT
1989/1993	PT	PSB	PMDB	PSDB
1993/1997	PT	ARENA – PP	PDT	PT
1997/2001	PT	PTB	PSDB	PT

O quadro revela-nos a relação entre o andamento da Reforma Psiquiátrica e o diálogo governo federal / governos estaduais ou municipais, mostrando-nos exatamente o porquê de a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco apenas ter engatinhado a partir de dispositivos legais – e não como nos locais referidos, como resultado efetivo de demandas sociais. Isso evidencia a falta de vontade política e vocação democrática dos governantes locais.

Esses dados tornam-se mais explícitos se o confrontarmos com o DOCUMENTO<sup>245</sup> elaborado pelo *Movimento de Luta Antimanicomial*, informando-nos acerca da relação entre as reivindicações por uma Reforma Psiquiátrica no país e os intelectuais e partidos de esquerda; desse documento, constam as idéias para os programas de saúde propostos por partidos/candidatos à Presidência da República de 1994 (campanha de 1993). De todos os programas – PFL, PRONA, PSDB e PT –, apenas no deste último havia questões referentes à saúde mental, como: a extinção progressiva dos manicômios (pela desativação anual de 20% de seus leitos e proibição da construção de novos prédios com tal fim), assim como a feitura de novas modalidades assistenciais e/ou serviços alternativos aos manicômios.

<sup>244</sup> Cf. Wikipedia (fonte on-line).

<sup>245</sup> DOCUMENTO (1994); in *Revista Saúde em Debate*, pp. 10-37.

Do mesmo modo, na campanha anterior, salvar-se-iam os programas de saúde dos candidatos de partidos como o PCB e PT, incluídos aí aspectos referentes à área psiquiátrica, como a normatização para internações e extinção dos manicômios judiciários.

E, para além das propostas em si, cabe-nos aqui salientar que a adesão de intelectuais, partidos / candidatos de esquerda à Reforma Psiquiátrica demonstra em que medida o processo articulou-se com os quadros mais gerais dos movimentos sociais, evidenciando sua intensidade na saúde a partir de esforços de médicos, enfermeiros e corpo administrativo/técnico, mas também de membros de associações comunitárias e eclesiais, todos demandando a democratização e universalização do acesso à saúde mental.

Assim, houve um avanço relativo entre as propostas de Reforma durante o processo eleitoral de 1989 – quando as questões de reforma psiquiátrica foram contempladas ainda de modo tímido – e as proposições de 1993, quando as questões sobre Reforma Psiquiátrica aparecem mais sistematizadas, pondo em xeque a histórica função política de exclusão e segregação do hospital psiquiátrico e seu caráter pouco terapêutico da instituição manicomial.

Podemos observar, também, a ênfase crítica ao modelo psiquiátrico vigente, sobretudo em seu aspecto tutelar e custodial, contemplando a questão da cidadania e da extensão dessa categoria ao louco de modo mais proeminente, pela defesa à fiscalização dos locais onde fossem gerados e reproduzidos o sofrimento psíquico e onde fossem mantidos os cronificados. O programa ainda apontaria para formas de produção de uma cultura antimanicomial na sociedade mediante ações educativas e comunicativas, com o objetivo de estimular também ações locais integradas pela rede do Sistema Único de Saúde para a atenção aos dependentes de álcool e drogas, incluindo a proibição de sua presença / intervenção nos manicômios.

As propostas de democratização e humanização das instituições psiquiátricas, por meio de uma efetiva participação do Movimento, buscaram a viabilização da Reforma Psiquiátrica. Sem dúvida, essas propostas, claramente inspiradas nas proposições da *Psiquiatria Democrática Italiana*, representaram um enorme avanço para a discussão sobre o modelo assistencial psiquiátrico concretamente ofertado no Brasil e também um progresso no que diz respeito ao próprio conceito de saúde mental, admitindo, publicamente, a complexidade do fenômeno *loucura*.

O governo de Pernambuco, no período que vai de 1986 a 1999, esteve sobre a rubrica partidária de partidos políticos que apoiavam o governo central, quando é então eleito o candidato do Partido Socialista Brasileiro PSB, Miguel Arraes<sup>246</sup> e, de maneira análoga, a Prefeitura de Recife estaria, no período entre os anos de 1994 a 2001, nas mãos de representantes do PFL. Com a exceção do então candidato a governador Miguel Arraes (em seu segundo mandato e, mesmo assim, sem uma efetiva participação da sociedade), nada foi oferecido de relevante em termos de propostas reformistas.

Dessa forma, a emergência da Reforma Psiquiátrica em nosso Estado apenas começou a ser esboçada, efetivamente, a partir de 1992, mediante a publicação da Instrução Normativa nº 001/92<sup>247</sup>, cujas intenções de cunho reformista para a assistência psiquiátrica prestada no Estado são esboçadas. Em obediência aos preceitos já estabelecidos pelas Portarias Federais nºs 189/91 e 224/92, que dispuseram sobre as prerrogativas necessárias ao início de uma Reforma Psiquiátrica, que em alguns outros Estados brasileiros já se iniciara:

*- considerando excessivo número de leitos em hospitais psiquiátricos, ultrapassando totalmente os parâmetros da Organização Mundial de Saúde do Ministério da Saúde;*

*- considerando a necessidade de humanização e diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, compatíveis com as atuais diretrizes de saúde mental;*

*- considerando a necessidade de complementar e regulamentar a nível estadual, as Portarias nºs, 189, de 19. 11. 91 e 224, de 29. 01. 1992 do Ministério da Saúde.*

[...]

*I – Aprovar a instituição de normas técnicas para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental, cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS/PE [...]*

*II – Determinar que a presente instrução, passe a vigorar a partir desta data.*

*Recife, 06 de julho de 1992<sup>248</sup>.*

Importa-nos demarcar que, através dessa Instrução Normativa, a Secretaria de Saúde do Estado limitou-se a executar (e se possível acompanhar) os parâmetros e diretrizes estabelecidos por organizações de saúde em nível global e nacional: em primeiro lugar, mostra o descompasso com os parâmetros permitidos pela OMS e pelo MS; em segundo, busca acompanhar as diretrizes estabelecidas pela saúde mental, ratificando duas outras Portarias federais.

<sup>246</sup> A Lei. nº 11.064 foi aprovada no segundo mandato de Dr. Miguel Arraes de Alencar.

<sup>247</sup> Cf. Diário Oficial do Estado de Pernambuco (1992).

<sup>248</sup> Cf. op. cit.

De modo que as ações locais quase sempre esperaram por soluções vindas de Brasília, mostrando uma letargia quanto às mudanças em saúde, diferentemente do que se verifica em outras localidades, cujas transformações na área se deram de forma mais democrática e efetiva, ensejadas por reivindicações de organizações sociais ou de familiares de doentes mentais, além de médicos e intelectuais engajados nessa problemática.

### **3.2 – Obstáculos à Reforma Psiquiátrica em Pernambuco**

O caráter letárgico na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado de Pernambuco deveu-se, em grande parte, à evidente falta de vontade política e participação popular. Porém, somados a esses problemas existem mais dois ligados à saúde coletiva, quais sejam: a polarização epidemiológica e a dissensão entre oferta e procura em saúde coletiva têm se apresentado como os dois grandes entraves a serem resolvidos pelos órgãos de saúde pública, principalmente em regiões economicamente carentes<sup>249</sup>. Esses entraves, que devem ser solucionados ou ao menos controlados, vêm atormentando não apenas a classe médica, mas também as autoridades governamentais, que receiam o aumento dos gastos com ações curativas em saúde coletiva. Nessa acepção, as ações do governo, no que concerne à saúde mental, vêm se concentrando mais na redução de leitos psiquiátricos do que propriamente na oferta de atenção e cuidado com o louco.

No que se refere à polarização epidemiológica, essa é o resultado da coexistência de processos desencadeadores da dita morbidade moderna e da persistência e / ou reaparecimento de doenças infecciosas<sup>250</sup>: integrando as primeiras estão as doenças degenerativas e doenças cardiovasculares, desencadeadas da estressante e competitiva vida moderna, má alimentação, neoplasias e também da violência urbana – que deixou de ser um problema restrito à segurança pública, tornando-se, também, um problema de saúde pública; ao lado das segundas, persistem as doenças infecciosas ou parasitárias dentre as quais preponderam a pneumonia, a tuberculose, a doença de chagas e a dengue.

---

<sup>249</sup> SILVA, Lígia Maria Vieira da (2000); in Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste, pp. 857-61.

<sup>250</sup> BRASIL, SUS. BARRETO, M L. & CARMO, E. H. (1994); in Situação de saúde da população brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde, pp. 7-34.

A situação referida informa-nos que o nível da saúde da população no Nordeste reflete um quadro sócio-econômico diversificado: de um lado, encontramos doenças degenerativas características de regiões mais desenvolvidas, onde os índices de longevidade ultrapassam os 70 anos; do outro, verificamos o contínuo de doenças infecciosas que há séculos atingem uma parte da população nordestina e a reintrodução de doenças parasitárias, algumas das quais se criam banidas ou controladas na região – como características de regiões com graves problemas econômicos.

No tocante às desigualdades entre oferta e procura em saúde, é óbvia a relação com o primeiro, refletindo, na realidade, “um fenômeno universal e contemporâneo, identificado mesmo naqueles países possuidores de sistemas de saúde mais equânimes e de uma melhor distribuição da riqueza social”<sup>251</sup>. O problema constitui ainda hoje uma prioridade da OMS, no sentido de promover, incrementar e apoiar políticas e pesquisas em saúde pública direcionadas à diminuição das diferenças sociais e exclusão do acesso à saúde.

Portanto, a grande preocupação, em nível mundial, em sanar males modernos, responsáveis por altas taxas de morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, pelo aumento dos gastos públicos com a saúde tem levado a OMS a divulgar e implantar globalmente modelos voltados às classes mais despossuídas da sociedade. Porém, em países como o Brasil, persiste a lógica perversa em saúde de uma oferta maior para aqueles que têm maior poder aquisitivo. E, nesses casos, os investimentos em ações preventivas e assistenciais possuem uma maior visibilidade política, pois que os discursos sobre endemias ou epidemias são matéria imprescindível nos programas e carreiras políticas e sociais, deslocando o foco de atenção de governos e sociedade para a efetivação de uma Reforma Psiquiátrica no estado.

Somados a todos os problemas acima relatados, destacamos, mais três obstáculos à implantação de políticas profícuas para a saúde mental e que atendam às demandas não apenas do louco, mas também de sua família e da sociedade:

1. Persistência de assistência médica psiquiátrica precária e desumana.
2. Continuada expansão dos serviços psiquiátricos privados.
3. Redução do projeto reformista ao âmbito municipal.

---

<sup>251</sup> SILVA, Ligia Maria Vieira da (2000); cf. op. cit., p. 859.

### 3.2.1 A desumanização e precariedade na assistência médico-psiquiátrica

É historicamente notória a precariedade e desumanização assistencial em Pernambuco; em abaixo-assinado de funcionários do Hospital Ulisses Pernambucano ao Secretário de Saúde de Pernambuco (1987), evidenciamos a precariedade do atendimento à saúde mental prestado à população do estado:

*Com efeito, há vários meses que estamos solicitando, reivindicando, junto à direção deste estabelecimento, melhoria de condições que permitam a execução de tratamentos condizentes com os preceitos médicos e com a dignidade do ser humano. As reivindicações caíram quase todas no vazio. A Direção, embora se esforce e se junte a nós no desejo comum de melhorar o nível de atendimento, se vê impossibilitada. A eterna desculpa de falta de verbas disponíveis, lesaram-nos ao desencanto e à ansiedade de assistir, impotentes, á deterioração gradativa de um serviço que se propunha a não ser mais um “estabelecimento de loucos”. E hoje, já não nos é possível deixar de constatar, que, apesar de algumas tentativas de soluções paliativas, este nosocômio vive num marasmo, numa miséria, numa penúria que raia ao cumulo<sup>252</sup>.*

As deficiências elencadas no hospital são vastas e cobrem quase todas as páginas do documento e, como dizem os próprios abaixo-assinados, que a elaborou “Enumerá-las todas chegaria a ser extenuante. Dentre elas, reproduzimos as mais gritantes:

- a) A insuficiência e até ausência [...] de lençóis e colchões para os pacientes, tornando-se lugar comum os enfermos dormirem em camas desforradas, ou forradas com lençóis sujos, ou o mesmo leito ser ocupado por dois pacientes, levando-os à irritação e queixas, agressões verbais e física [...] ou ainda o famigerado leito-chão.
- b) A higiene precária, banheiros quebrados, obstruídos, resto de lixo e esgoto que transbordam pelos pátios e dependências internas do HOSPITAL.
- c) Escassez e até inexistência de roupas para os enfermos, sendo freqüente se encontrar os mesmos parcial ou totalmente despídos.
- d) Nos pavilhões destinados as mulheres, o ambiente fechado, sujo, exíguo face a população [...] transformaram aquela enfermarias em “depósitos de loucos” alienando e despojando o indivíduo do que lhe resta de sadio.
- e) A Terapia Ocupacional, que consideramos como fundamental e imprescindível [...] não dispõe de verba, de auxiliares nem de terapeutas ocupacionais em número suficiente, que possam responder á demanda do HOSPITAL, tornando assim este excelente instrumento terapêutico ineficaz e inoperante.
- f) A assistência clínica, nos casos dos pacientes psiquiátricos que apresentam outras patologias além da mental, é precaríssima.
- g) A violência dentro do HOSPITAL atinge os pacientes e a equipe técnica em vários níveis indo da agressão verbal à física.
- h) A alimentação diminuiu ainda mais em qualidade e quantidade. Tornou-se comum os enfermos comerem com as mãos [...] Aos nossos pedidos, ouvimos que “estamos em regime de contenção de verbas”. Os fornecedores

<sup>252</sup> Cf. op. cit..

exorbitam os preços, alegando ser o Estado um mau pagador, e chegaram ao cumulo de total desinteresse pelas concorrências na venda de seus produtos.  
 i) A exigüidade da verba destinada ao Hospital afeta gravemente as altas hospitalares [...] Como consequência, a permanência hospitalar se alonga, estimulando a cronificação dos enfermos, e dificultando a sua reintegração sócio-familiar<sup>253</sup>.

Diante desse quadro em que grassa tanta miséria, violência e escassez dos princípios mais elementares para a manutenção da dignidade humana, fica difícil não responsabilizar os sucessivos governos pela situação; a persistente escusa de “falta de verbas” não convence mais ninguém, relativizando o papel assumido pelo Estado nessa questão. A sempre recorrente desculpa de falta de verbas oferecida pelo poder constituinte é algo, sabemos, completamente insofismável tanto do ponto de vista teórico quanto concreto. O sofrimento humano, desrespeito e até mesmo a negação dos direitos mais básicos à saúde levado a cabo nesse “HOSPITAL” pernambucano evidencia o lugar simbólico reservado aos louco(a)s, no estado: de negação e apagamento da diferença, lugar de morte em vida, um *cemitério dos vivos*<sup>254</sup>.

A persistente banalização da vida humana dentro dos hospícios é algo que ainda infelizmente acontece e, nessa perspectiva, evidenciamos a necessidade da articulação da saúde mental ao campo das políticas públicas de saúde e essas deveriam objetivar as demandas da coletividade e da qual, por isso mesmo, a coletividade necessita participar de seu processo de construção.

Dessa forma, o apagamento da participação popular na elaboração e implementação das políticas de saúde instaurou e organizou um tipo de assistência, mais especificamente no setor saúde mental – quer do ponto de vista de sua produção quer do ponto de vista de acesso da população – vinculada a uma lógica neoliberal, mediada pelo livre mercado em detrimento das necessidades sociais mais basilares. No caso de Pernambuco, a adoção desse modelo torna-se visivelmente mais perverso, posto que essa lógica acaba por reproduzir os mecanismos determinantes da exclusão social e das desigualdades inter e intra-regionais.

---

<sup>253</sup> Cf. op. cit., pp. 1-3.

<sup>254</sup> Denominação da obra autobiográfica de Lima Barreto, em que o autor registrou, na primeira parte, sua experiência de internação no *Casarão da Praia Vermelha* (o Hospício Nacional), no Rio de Janeiro, de dez. de 1919 a 2 de fev. de 1920. BARRETO, Lima (2004); in O cemitério dos vivos.

### 3.2.2 Os Serviços Psiquiátricos Privados

O discurso sobre a Reforma Sanitária, em fins dos anos de 1970, havia partido de uma pequena parcela de intelectuais universitários, preocupados em oferecer alternativas ao modelo de então, que privilegiava o setor privado em detrimento do setor público, os quais se organizaram em entidade com o intuito de tornar públicas suas prerrogativas reformistas<sup>255</sup>.

A partir da segunda metade da década de 1980, o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil passou a ter uma maior visibilidade política, sobretudo nos períodos imediatamente anterior e posterior ao evento da Assembléia Nacional Constituinte e cujo ideário reformista incidia na proposta de criação de um sistema de saúde único, realizado com o SUS. Em que pese a formulação de um acesso universal e equânime à assistência em saúde, em sua efetivação, o SUS prescindiu de contemplar a desigualdade e a exclusão social na promoção a saúde, em parte devendo-se à perpetuação da compra de serviços de saúde de terceiros, via credenciamento.

No caso pernambucano, os interesses privados em saúde mental justificavam-se economicamente, daí a voracidade das empresas privadas na prestação de serviços psiquiátricos. Em entrevista concedida a um jornal local, a Coordenadora estadual de saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado, Dra. Jane Lemos, anotaria que, nos sete hospitais ou clínicas privadas conveniadas com o estado, haveria “algo em torno de 660 leitos”, mas como observa mais à frente, “o número de leitos naquelas unidades acaba sendo de 1500”<sup>256</sup> e esse excedente de leitos representa a atratividade na venda de serviços ao SUS.

Em outra reportagem, reveladora da avidez por lucros dessas clínicas privadas, publicada em um jornal recifense, lemos que:

*A saúde mental representa o setor de maior gasto em saúde de Pernambuco, consumindo 20% de toda verba destinada pelo Governo Federal a este fim. Enquanto o custo anual de R\$ 21 milhões cobre uma média de 34 mil internações de tratamento psíquico ao ano no Estado [...] O Sistema Único de Saúde (SUS) destina R \$ 730,00 ao mês por cada paciente psiquiátrico internado num dos 17 hospitais credenciados em Pernambuco. [...] Dentro dos hospitais, os pacientes não recebem assistência eficiente e, quando saem,*

<sup>255</sup> Nesse âmbito, merecem destaque os médicos Sérgio Arouca e Luiz Cerqueira. Quanto à difusão do ideário reformista para sociedade, essa deveu-se à CEBES, entidade construída a partir da iniciativa do PCB e cuja referência seria a reforma efetuada na Itália, orientada originalmente a partir de proposições do PCI. TEIXEIRA, S. F (2001); in O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira, pp. 195-207.

<sup>256</sup> *Jornal do Commercio* (27.12.1998); in Caderno Cidade, Especial Reforma Psiquiátrica

*deparam-se com um mundo intolerante [...] O resultado: quase 75% de reinternação e uma conseqüência óbvia de novos gastos públicos*<sup>257</sup>.

Nesse trecho, fica evidente o interesse das clínicas particulares pela assistência à psiquiatria e os dados fornecidos pelo próprio Ministério da Saúde são reveladores dessa realidade, corroborando com os números apresentados na reportagem; conforme a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, as internações no estado, na especialidade psiquiatria, somaram, no período de janeiro a julho de 2000, 28.369, correspondendo a um faturamento de R\$19.389.076,45<sup>258</sup>. No mesmo período, o município contabilizou 6.866 pacientes internados, relativos a 24,20% das internações em psiquiatria no estado, consumindo R\$ 8.746.502,60 ou o equivalente a 45,11% dos valores pagos em psiquiatria<sup>259</sup>.

No âmbito nacional, é da mesma forma impressionante o montante gasto com internações psiquiátricas na rede SUS/Brasil. embora os repasses financeiros do órgão aos serviços assistenciais e de internamento tenham vindo a diminuir com os anos, como o demonstra o quadro abaixo, elaborado a partir de valores divulgados pelo Ministério da Saúde que cobre um período de quatro anos, de 1995 a 1999<sup>260</sup>:

*Comparativo dos gastos do SUS com Psiquiatria e outras especialidades médicas*

ANO	REPASSE SUS SAÚDE EM GERAL	REPASSE SUS PSIQUIATRIA (R\$)	REPASSE SUS PSIQUIATRIA (%)
1995	3.192.437.637	400.365.260	12,5
1996	3.182.266.324	374.105.122	11,8
1997	3.205.852.023	377.105.122	11,8
1998	3.808.037.598	432.276.674	11,4
1999	4.733.844.111	467.774.871	9,9

Se observarmos os dados, especialmente se confrontados com as declarações da reportagem publicada na *Folha de Pernambuco*, veremos que aquilo que o estado, no

<sup>257</sup> JORNAL *Folha de Pernambuco* (2000); in *Saúde Mental a Peso de Ouro*, por Juliana Romão.

<sup>258</sup> PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria de Programação, Controle e Avaliação Assistencial SUS/Recife. *Saúde Mental*. (2000); in *Cadernos de Informações SUS/Recife*.

<sup>259</sup> Cf. op. cit.

<sup>260</sup> Fonte DATASUS. Utilizamos, na elaboração do quadro estatístico, dados correspondentes aos gastos públicos com saúde em todas as especializações médicas e, depois, cruzados a os gastos específicos com psiquiatria, resultando os percentuais. No cômputo geral, as internações psiquiátricas geraram os maiores gastos, sendo seguidas pelos repasses em obstetrícia.

período, havia gasto com internações, correspondia a 20%<sup>261</sup>, tornando-o um ótimo lugar para se continuar a lucrar com a loucura. Com isso, constatamos que, em Pernambuco, o mercado da loucura andaria em alta, a despeito do ideário da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica que não foram capazes de extirpar a lógica perversa de articulação e complementaridade entre o capital privado e a base de financiamento do Sistema político em saúde representado pelo SUS.

Como conseqüência dessa articulação, a condução das ações no terreno da saúde mental permaneceu vulnerável diante dos espúrios interesses do capital privado e da composição de certas forças políticas que representavam aqueles interesses, ora preocupados em desarticular, por meio de *lobbies*, qualquer tentativa de estabelecer aqui algo parecido com o que ocorreu na Itália<sup>262</sup>.

### 3.2.3 A municipalização do projeto de Reforma

O entrave criado com a restrição dos projetos reformistas ao espaço municipal é relativamente novo, foi posto em 1990, quando da criação do SUS<sup>263</sup>, mas os efeitos podem ser percebidos na precariedade de locais para a assistência psiquiátrica no estado de Pernambuco – se observarmos o quadro que se segue:

j) O Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) é a unidade do HOSPITAL que se destina aos atendimentos de emergência e á triagem dos casos que realmente necessitam de um tratamento em regime de internamento **absorvendo toda a demanda do Grande Recife, interior de Pernambuco e Estados vizinhos**. Conta atualmente com 40 leitos [...] que não satisfazem à procura, vivendo constantemente com superlotação e, conseqüentemente, leito-chão<sup>264</sup> (o realce é nosso),

Podemos sublinhar o descompasso entre a assistência psiquiátrica antes e depois da Reforma; as leis e diretrizes para a efetivação do processo de municipalização da saúde

<sup>261</sup> Os números apresentados pela jornalista correspondem ao ano anterior, já que a reportagem data de Julho de 2000.

<sup>262</sup> Sobre a questão dos *lobbies* e dos “empresários da loucura”, remetemos à leitura de Paulo Amarante. Especificamente as três últimas partes da obra, que descrevem as articulações políticas entre setor privado, através da FBH e a Indústria Farmacêutica, através da ABP e no uso de lobistas, organizadas para assediar não somente os médicos, mas também os profissionais intermediários (agentes de prescrição informal) e da população, no sentido de estimular a automedicação. AMARANTE, (2000), op. Cit. Pp. 108 – 118.

<sup>263</sup> Na carta Constitucional de 1988, a Saúde passa a ser incluída no Capítulo sobre Seguridade Social e é referenciada como sendo um “direito de todos” e “dever do Estado”. À medida que expoentes do Movimento de Reforma Sanitária ocupam cargos governamentais, mais corpo ganha a idéia de um único sistema de saúde, concretizado com a regulamentação das Leis Orgânicas nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, do mesmo ano.

<sup>264</sup> ARQUIVOS DA TAMARINEIRA (1994) Abaixo-assinado enviado ao Secretario de Saúde do Estado de Pernambuco à época o Dr. Evaldo Melo de Oliveira. P. 1 a 4 com duas de Anexos. Hospital Recife A citação recortada encontra-se na página 1.

mental ganham força em fins da década de 1990, quando efetivamente passam a ser implementados os serviços setoriais de saúde mental e, dentro da perspectiva estadual, Recife emerge como o principal pólo para onde convergem a maioria das pessoas que necessitam de algum tipo de assistência psiquiátrica em Pernambuco.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, existiam, em Recife, sete instituições médico-psiquiátricas de caráter privado, entre clínicas e hospitais, que receberam generosos repasses financeiros por serviços psiquiátricos prestados no período entre os meses de janeiro a julho de 2000<sup>265</sup>:

*Valores totais dos repasses do SUS às clínicas privadas de Pernambuco (jan-jul, 2000)*

UNIDADES PSIQUIÁTRICAS	INTERNAÇÕES	VALORES DOS REPASSES
Clínica Santo Antonio de Pádua	770	R\$ 552.114,48
Casa de Saúde São José Ltda.	1.250	R\$ 871.597,68
Sanatório Recife Ltda.	1.234	R\$ 870.361,44
Clínica Psiquiátrica Sto. Antonio Ltda.	941	R\$ 682.331,76
Instituto de Psiquiatria Recife Ltda.	2.435	R\$ 1.653.531,60
Hospital Psiquiátrico de Pernambuco Ltda.	2.431	R\$ 1.801.831,92
Clínica de Repouso Dom Vital	1.078	R\$ 790.151,28

Do total apresentado, os valores repassados pelo SUS a essas instituições perfazem exatamente R\$ 7.221.920,16, por 10.139 internações; no mesmo período, foram realizadas 12.447 internações em todo o estado de Pernambuco. Assim, o quadro mostra-nos que grande parte das internações em psiquiatria do período se deu na Grande Recife.

E, para além de evidenciar em fartos números o aspecto mercadológico da psiquiatria, revela-nos também o terceiro e último entrave para uma transformação real na prática de assistência e cuidados com o louco preconizadas pela Reforma Psiquiátrica; a redução do projeto reformista a dimensão municipal termina por contrariar o processo para uma efetiva universalização do acesso aos serviços psiquiátricos oferecidos pelo SUS, no sentido de que loucos existem não apenas nas grandes e mais ricas cidades do estado, mas em todo o território pernambucano.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE descreve que Pernambuco contava, no ano de 2000, com uma população estimada em 7.918.344 de pessoas,

<sup>265</sup> PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria de Programação, Controle e Avaliação Assistencial SUS/Recife. Saúde Mental (2000); cf. op. cit.

distribuídas em cinco regiões – Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata, Agreste, Sertão e Região do São Francisco – e 184 municípios e, desse montante, algo em torno de 3.337.565 pessoas viviam na Região Metropolitana do Recife que compreende, além da própria Recife, as cidades de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Ilha de Itamaracá (onde se localiza o Manicômio Judiciário) Camaragibe, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca e finalmente Moreno. Recife dentre essas cidades possuía uma população aproximada de 1.422.905 habitantes<sup>266</sup>.

Considerando que 17,97% da população pernambucana naquele ano habitavam em Recife e que 1.914.660 ou 24,18% residiam nos demais municípios da Região Metropolitana, chegamos à conclusão que a maioria da população pernambucana – 4.580.779 (57,85%) – vivia em outras regiões, com evidentes dificuldades para tratar de seus sofrimentos psíquicos. Esses números são, pois, evidenciadores das dificuldades de acesso e conseqüente abandono e até mesmo de exclusão da assistência psiquiátrica para a maioria de cidadãos pernambucanos.

De modo que Recife era (e ainda é) o local para onde convergi(ri)am os hospitais prestadores de serviços psiquiátricos, o Hospital Ulisses Pernambucano e o Hospital Geral Otávio de Freitas, ambos sob a batuta político-administrativa da Secretaria de Saúde do Estado. Além desses, Recife contava ainda com um Hospital Universitário e, é claro, os sete prestadores privados já citados, perfazendo um total de 1.931 leitos psiquiátricos oferecidos na cidade. Abaixo, apresentamos a situação dos leitos oferecidos nas regiões pernambucanas<sup>267</sup>:

*Leitos psiquiátricos oferecidos em Pernambuco por municípios (2000)*

<b>CIDADE – INSTITUIÇÃO</b>	<b>QTDE DE LEITOS DISPONÍVEIS</b>
RECIFE	1.931
CAMARAGIBE - Hospital Jose Alberto Maia)	1.283
OLINDA	148

<sup>266</sup> Cf. IBGE (on-line).

<sup>267</sup> Quadro elaborado a partir de dados da PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE - Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento em Saúde -Diretoria de Programação, Controle e Avaliação Assistencial SUS/Recife (2000); in Saúde Mental. Cadernos de Informações SUS/Recife.

PAULISTA (Hospital Psiquiátrico de Paulista)	138
IGARASSU (Colônia Alcides Codeceira)	168
BARREIROS (Colônia Vicente G. Matos)	121
CARUARU (Clínica Psiquiátrica de Caruaru)	102
GARANHUNS (Hospital da Providencia)	110
SERRA TALHADA (Hospital São Vicente)	186
PETROLINA	1

Os dados dizem-nos que, se o total de leitos ofertados em todo o estado é de 4.188, na Região Metropolitana concentram-se 3.668 leitos, enquanto o interior oferece apenas 520. A distribuição desses leitos é, portanto, fortemente concentrada na Região Metropolitana de Recife, ou seja, 87,58% dos leitos psiquiátricos oferecidos no Estado centraliza-se na Região Metropolitana, sendo que somente Recife encetra 46,11% desses leitos . Essa centralização dos serviços psiquiátricos torna-se um obstáculo à implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco no que toca a uma de suas principais premissas da Reforma Sanitária implantada pelo Ministério da Saúde, qual seja, a municipalização da saúde através do SUS.

O princípio de municipalização da Saúde fez o mesmo percurso histórico do SUS. Durante o processo de transição democrática no Brasil uma das maiores reivindicações dos principais expoentes do movimento sanitário que à época ocuparam cargos nos dois ministérios que respondiam pela assistência pública a saúde; o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde. A este último cabia executar as ações em saúde de caráter coletivo (prevenção de epidemias, controle e fiscalização de focos geradores de doenças endêmicas, natalidade, mortalidade etc), ao passo que, ao primeiro, o MAPS, caberia a função de financiar e regular as prestações dos serviços em saúde à população, principalmente aos contribuintes previdenciários, que não enfrentavam obstáculos no atendimento como aqueles indivíduos considerados à margem do trabalho dito regular.

Como resultado óbvio, a assistência em saúde mental à população no Brasil possuía um caráter dualista (e portanto segregador), pelo qual duas instituições federais respondiam pelas ações em saúde mental, particularmente sem atender de forma eficaz e universal às demandas da sociedade sobretudo nesse quesito, às necessidades do enorme contingente populacional de despossuídos.

Dessa forma, por um lado, o caráter contributivo do MPAS alimentava os prestadores de serviços particulares e, por outro, o Ministério da Saúde vinculado aos serviços estatais não conseguia sequer cobrir os procedimentos mais primários, em parte porque esse mesmo Ministério tinha como responsabilidade atender aos procedimentos que necessitavam de um maior investimento em material com tecnologia de ponta, modalidade de investimento que não interessava à iniciativa privada<sup>268</sup>. Daí a preferência do setor por serviços psiquiátricos que não necessitam de alta tecnologia para credenciar-se junto ao MPAS, bastando para esses estabelecimentos contar com: quartos de contenção, aparelhos de *eletrochoques* e farmácias abarrotadas de *entortadeiras*.

Portanto, não era sem razão a luta em defesa de um sistema de saúde com administração única em cada âmbito de governo, seja federal estadual ou municipal. Nestes dois últimos níveis, defendia-se o desatrelamento das tradicionais e centralizadoras políticas públicas de saúde do governo no domínio federal, histórica fonte de corrupção e nepotismo. Porém, mais do que a defesa da autonomia de estados e municípios na questão da saúde, especificamente a mental, importa-nos sublinhar o fato de que a implementação do SUS não foi capaz de alterar significativamente as desigualdades inerentes a um sistema de saúde pública dependente e acolhedora do setor privado.

E, nesse sentido, o processo de descentralização ou municipalização na prestação de serviços em saúde mental pública tornou-se uma rede perversamente ineficaz de complementaridade ao setor privado, não efetuando os procedimentos necessários a uma enérgica, mas profícua reforma assistencial em psiquiatria, nem criando e organizando territorialmente novos *loci* para sua demanda. Com isso, o processo de municipalização da saúde mental implementado em Pernambuco a partir das diretrizes originadas do SUS, na maior parte das vezes contribuiu para a sustentação do modelo assistencial precedente, bastante influenciado pela lógica de livre mercado tão querida pelas organizações privadas, prestadoras dos serviços psiquiátricos. Nesses termos, descentralizou-se a gestão em saúde mental sem, no entanto operacionalizar modificações concretas nas formas de organização das práticas assistenciais em saúde mental.

---

<sup>268</sup> COHN, Amélia (1995); Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil, pp. 225-44.

De sorte que impossibilidades originadas por esses três entraves fortemente entrelaçados desdobraram-se na implementação de ações de saúde mental no país, notadamente em Pernambuco, revelando uma inabilidade / incapacidade para uma Reforma Psiquiátrica plena, vigorosa e de fato democrática. Com efeito, quanto mais os governos preocuparem-se em manter um sistema de saúde iníquo e excludente em nome do equilíbrio fiscal, mais rapidamente instalar-se-á o postulado ideológico do neoliberalismo de que “o bem-estar social pertence em primeiro lugar ao âmbito do privado – o mercado, a família, a comunidade – e somente quando nele não se resolve deve o Estado intervir e garantir um mínimo social mediante recursos públicos.”<sup>269</sup>.

Mesmo diante de tantos entraves para a efetivação de uma Reforma Psiquiátrica eficaz e desatrelada de postulados ideológicos / mercadológico, algumas experiências tiveram efeitos proveitosos e é sobre elas que nos deteremos a seguir.

### ***3.3 Uma Reforma com avanços...***

Vimos que, para entender o processo operacionalização da Reforma Psiquiátrica em Pernambuco, é necessário apreender a trajetória da Reforma Sanitária, sobretudo no que tange aos aspectos da descentralização e municipalização que, contraditoriamente, não conseguiram implementar as mais elementares propostas do projeto reformista, a saber, o acesso equânime e universal à assistência em saúde mental. No entanto, algumas experiências deram certo e se não resolveram o problema de todos os loucos do estado de Pernambuco, em alguns casos elas foram proveitosas.

Numa reportagem veiculada por um jornal pernambucano, lemos sobre um trio de artistas que se reconectaram à sociedade, justamente no momento em que se apartaram do vicioso circuito manicomial. A primeira deles, Célia Cunha, à época com 30 anos, dos quais onze passados “enclausurada em vários hospitais psiquiátricos”<sup>270</sup>; a segunda, Maria Severina da Silva, de 44 anos; e, por fim, Antônio Horácio Silva, de 37. Célia havia, nos últimos dois anos, trocado a rotina de contenção física, violência e escassez material e afetiva por pincéis e tintas; Maria Severina e Antônio Horácio prefeririam a reciclagem.

---

<sup>269</sup> LAURELL, A. C. (1995); in Avançando em direção ao passado: A política social do neoliberalismo, p. 164.

<sup>270</sup> JORNAL *Folha de Pernambuco* (13.08.2000), p. 3.

Apoiada em seu talento para as artes plásticas, Célia construiu ininterrupta e gradativamente uma nova trajetória de vida; mora sozinha, mas não perdeu o contato com o mundo que tanto a havia marcado, passando a ministrar oficinas de artes plásticas no Núcleo de Apoio Psicossocial de Pernambuco, NAPPE, em que passou a conhecer o mundo das cores, telas e pincéis. E, tendo experimentado no próprio corpo e psique o cotidiano de horrores do hospital psiquiátrico, também se engajou na luta por mudanças na estrutura manicomial, como presidente da *Associação de Usuários e Familiares em Saúde Mental do Estado*, braço local do Movimento Antimanicomial brasileiro. Declarando ao jornal: “Eu levo uma vida normal e quero mostrar a todos que é possível conquistar a felicidade [...] Podemos superar a angústia e a solidão da doença mental sim”, sua exultação tem a ver com pequena exposição de seus quadros, mas também é o resultado de um tratamento que diminui o uso de psicotrópicos e enfatiza a terapia de grupo, a expressão artística e o compromisso de agregação social. Como resultado, Célia assegura: “Hoje me considero totalmente equilibrada”. Essa frase resume bem a lucidez com que ela se vê no mundo; em vez de “curada”, está equilibrada; (re)inserida na vida social, articula sua própria identidade. Deseja prestar vestibular no final do ano e continuar ensinando a seus alunos do NAPPE, asseverando: “Preciso deles tanto quanto eles de mim”<sup>271</sup>.

Assim como Célia, Maria Severina e Antônio, nesse período, também não precisavam mais conviver com a interminável rotina de ócio e solidão acompanhadas, característica do cotidiano asilar que esses “mestres da reciclagem” haviam experimentado. Depois de assistidos no NAPPE, desenvolveram habilidades na reciclagem de papel, criando objetos utilitários, passando a ministrar, conjuntamente, “uma oficina de papel reciclado, que, além de fonte de inspiração e avanço terapêutico, rende alguns trocados para pagar o material que utilizam durante as aulas”, aos loucos assistidos do NAPPE. Antônio, quando questionado sobre os motivos pelos quais ainda freqüentava o levava, afirmaria: “Me sinto feliz em ajudar a aflorar a expressão artística dos meus colegas. Eu melhorei assim”<sup>272</sup>.

O NAPPE, de onde brotou e foram estimulados os dotes de Célia, Maria Severina e Antônio, foi fundado em 1993 e, até 1995, constituía uma instituição privada, conveniada ao SUS/PE, quando passou a ser administrado, fiscalizado e avaliado pela

---

<sup>271</sup> Cf. op. cit.

<sup>272</sup> Cf. op. cit.

Prefeitura de Recife. Assim como o NAPPE, outros serviços substitutivos foram implementados em Pernambuco, mesmo antes de promulgada uma legislação, funcionando como locais cujas terapêuticas distanciaram-se do modelo institucionalizador e hospitalocêntrico praticado nos manicômios pernambucanos e aproximando-se, pelo contrário, de experiências já vividas em estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Dentre as experiências, destacam-se aquelas cujos dispositivos objetivaram a implementação de espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico, mediante desospitalização / desinstitucionalização progressiva no setor saúde mental, e objetivavam a retirada do louco de unidades psiquiátricas desumanas, seu abrigo em unidades terapêuticas desinstitucionalizadas, pressupondo, ainda, uma assistência terapêutica contumaz que, ao mesmo tempo, diminua o uso de psicotrópicos, com vistas à sua reinserção social e conquista de sua autonomia. E, assim, norteados por possibilidades terapêuticas humanitárias, foram criados espaços que, a exemplo do NAPPE, instituíram as premissas para uma Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco.

Obviamente, essas transformações necessitaram de arcabouço político institucional e, nesse sentido, a Coordenação de Saúde Mental em Pernambuco seria rearticulada, em 1991; até então, a assistência psiquiátrica no estado se organizava nos hospitais psiquiátricos, 21 no total – 4 públicos e 17 privados – que, juntos, disponibilizavam 5.370 leitos, todos cadastrados pelo SUS. No período, a rede ambulatorial era extremamente precária; quanto aos serviços alternativos à internação psiquiátrica, eram inexistentes<sup>273</sup>.

As reivindicações por mudanças na situação advinham principalmente do pessoal técnico especializado, os médicos psiquiatras; em pesquisa realizada no Arquivo do Hospital Ulisses Pernambucano, deparamos-nos com um relatório em que esses relatam as dificuldades na manutenção de mínimo de dignidade assistencial aos pacientes:

*Quando assumimos a Direção do Hospital Ulysses Pernambucano encontramos pavilhões constituídos de unidades, com número maior de pacientes que o tecnicamente adequado (2 unidades com 100 e 1 com 80). Os*

---

<sup>273</sup> COUTO, G. Medeiros et al. (1996); in, pp. 114-5. A Experiência de Pernambuco na Área de Reabilitação Psicossocial.

*banheiros estavam em péssimo estado de conservação, bem como portas, janelas, telhado, instalações elétricas e hidráulicas*<sup>274</sup>.

O item 7 do mesmo Relatório denominado *O Paciente Crônico*<sup>275</sup> apresentava informações sobre o número de crônicos que ocupavam os principais hospitais psiquiátricos públicos do estado:

*Em levantamento de maio de 1988, encontrou-se no hospital 85 de 345 pacientes (25%) com mais de 6 meses de internamento. Se somarmos os crônicos do Hospital Geral Otavio de Freitas, mais os das Colônias Vicente Gomes de Matos e Alcides Codeceira, estimamos em 400 a população crônica dos hospitais psiquiátricos públicos do Estado de Pernambuco*<sup>276</sup>.

Esse panorama permaneceria inalterado até a aplicação das primeiras portarias ministeriais que viriam regulamentar novos modos assistenciais visando a, sobretudo, combater a longa permanência nos hospitais, colônias ou clínicas psiquiátricas, públicas ou privadas. No entanto cabe aqui ressaltar que propostas para estancar processos cronificadores foram formuladas anos antes da implementação da Portaria nº 189/91, que estabelece, como período máximo para internação, o prazo de 180 dias. Destarte, lemos, no Relatório em questão:

*Toda evolução da assistência ao crônico leva a criação de estruturas pequenas cujo o modelo é o familiar, nunca o hospitalar, gerenciada por uma Assistente Social ou Enfermeira e cuidado por pessoas que de preferência morem no próprio local.*

*Pelo exposto [...] Sugiro a criação como plano piloto de dois programas:*

- a) Uma pensão protegida localizada na 1ª DIRES com capacidade para 30 pacientes nos moldes da experiência citada no trabalho anexo (Anexo 17). Se bem sucedida a experiência seria estendida as outras 9 DIRES.*
- b) Um programa de reinserção heterofamiliar de 30 pacientes controlados por uma assistente social.*<sup>277</sup>

Esses recortes mostram-nos, decididamente, o descompasso entre o desejo de profissionais psiquiatras, dispostos a oferecer alternativas reformistas, e a necessidade de mudanças, quase sempre empreendidas por vontade política. Nessa medida, as proposições do então diretor do Hospital Ulysses Pernambucano, Dr. Evaldo Melo de Oliveira, à DIRES, estão em clara sintonia com as prerrogativas da Reforma

<sup>274</sup> Cf. Relatório com proposta de funcionamento para o Hospital Ulysses Pernambucano apresentado à 1ª DIRES (1988), p. 1.

<sup>275</sup> A noção de paciente crônico é mais uma das vagas classificações psiquiátricas, englobando um amplo quadro clínico. OLIVEIRA, Evaldo Melo (1979); in Pensão Protegida: Uma alternativa para o tratamento do doente mental, pp. 264-70.

<sup>276</sup> Relatório Apresentado à 1ª DIRES, com proposta de funcionamento para o Hospital Ulysses Pernambucano (1987), p. 7.

<sup>277</sup> Cf. op. cit., pp. 7-8.

Psiquiátrica brasileira, a partir da reflexão sobre as possibilidades de reinserção familiar e social para o louco, oferecendo-lhes moradia e cuidados. De sorte que desinstitucionalizar 400 loucos do estado numa época em que, mesmo em crise, o manicômio era a única forma assistencial disponível para eles, é indicativo de que, mesmo se o estado encontrava-se aquém do plano mais geral das realizações concretas das idéias reformistas, houve avanços, mediante idéias inovadoras, como a das pensões protegidas<sup>278</sup>, que ressurgiriam após uma efêmera experiência, efetivada por Ulysses Pernambucano.

Todavia, tanto a proposta para a criação de *pensões protegidas* em Pernambuco, a exemplo do que ocorrera dez anos antes em Porto Alegre, como a da *assistência heterofamiliar* foram sumariamente engavetas: as pensões somente se tornaram realidade em nosso Estado em 1998 (com outro nome), dez anos após a proposição de Dr. Evaldo; quanto à implementação de uma *assistência heterofamiliar*, a idéia, criada pelo então Diretor da Assistência a Psicopatas de Pernambuco, Dr. Ulysses Pernambucano, foi novamente abandonada.

A despeito disso, as mudanças estavam para ocorrer; a Lei nº 11. 064, de 16 de Maio de 1994, sancionada pelo então governador de Pernambuco, Miguel Arraes de Alencar, viria coroar essa prerrogativa da Reforma Psiquiátrica: além de dispor sobre a substituição progressiva do manicômio por serviços de atenção integral à saúde mental, regulamentaria a internação psiquiátrica involuntária, como nos anuncia seu Art. 1º (no qual estão contidos, de forma clara, os caminhos trilhados por variados experimentos reformadores no estado):

*São direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e deveres do Estado de Pernambuco:*

*I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;*

*II – proteção contra qualquer forma de exploração;*

*III – espaço próprio, necessário à sua liberdade, com ofertas de recurso terapêuticos, indispensáveis à sua recuperação;*

*IV – assistência universal e integral a saúde;*

*V – acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos;*

*VI – integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim*

<sup>278</sup> A primeira *pensão protegida* no país, pensada originalmente pelo psiquiatra e docente da Associação Encarnacion Blaya foi implantada na cidade de Porto Alegre, em Agosto de 1978, mediante o apoio financeiro e institucional do INAMPS, em cujas dependências viviam 40 pensionistas considerados crônicos e pacientes previdenciários – 26 homens e 14 mulheres. Cf. OLIVEIRA, Evaldo Melo (1979), op. cit., pp. 264-5 (Anexo).

*entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Estado;*  
*Parágrafo único. O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardado o que dispõe o Código Penal*<sup>279</sup>.

Após a publicação da Lei em tela, os leitos disponíveis nas instituições psiquiátricas de Pernambuco decresceram, paulatina e sistematicamente, cerca de 33%, redução que também resultou de trabalho desenvolvido por grupo multidisciplinar, mas em que era vetada a participação dos Conselhos Profissionais e Vigilância Sanitária, no sentido de que esses poderiam prejudicar o andamento do processo reformista em sua esfera mais geral<sup>280</sup>.

Em fins de 1994, em obediência ao Art. 6º da mesma Lei – que determina que “A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais, locais e regionais garantida a gestão social destes meios.”<sup>281</sup> –, a Prefeitura da Cidade do Recife, através da Secretaria de Saúde, assumiria a gestão dos cadastros, programação, controle e avaliação dos sete hospitais psiquiátricos privados, credenciados ao SUS/PE, resultando no fato de que esses hospitais e clínicas passariam a se reportar, pela primeira vez, a órgão do Executivo municipal, implicando, dessa forma, uma maior responsabilidade, não apenas em relação ao repasse de dinheiro público, mas principalmente no que concerne à assistência prestada. Doravante, esses teriam seus cadastros com o Estado condicionados ao estabelecido pela Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental<sup>282</sup>, instituída com a Lei nº 11.064, em cujo Art. 9º – nos itens I e II –, vemos:

*I – O Estado de Pernambuco só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátrico sob condição contratual de inclusão e obediência ao disposto nesta Lei.*  
*II – O Estado de Pernambuco, sob pena de rompimento do contrato, fará incluir nos contratos, ora mantidos, a obrigação de que trata o parágrafo anterior no prazo de três meses a contar da publicação desta Lei.*<sup>283</sup>  
*O Art. 9º declara ainda ficar proibido no Estado a construção, ampliação, contrato ou financiamento para a implantação de qualquer estabelecimento*

<sup>279</sup> PERNAMBUCO, Assembléia Legislativa do Estado – Lei nº 11.064 (1994); in Diário Oficial do Estado de Pernambuco.

<sup>280</sup> LEMOS, Jane Maria Cordeiro (1996); in Supervisão em Saúde Mental: um processo em avaliação.

<sup>281</sup> DIÁRIO Oficial do Estado de Pernambuco (1994).

<sup>282</sup> DIÁRIO Oficial do Estado de Pernambuco (1994).

<sup>283</sup> Cf. op. cit.

*privado ou filantrópico com características manicomiais*<sup>284</sup>. Com isso Pernambuco da um importante passo na direção para a efetivação da Reforma Psiquiátrica posto que uma das principais querelas dos autores reformistas com o poder público e empresários do setor privado de prestação de serviços psiquiátricos recaíram justamente sobre essa questão do fim do manicômio.

No entanto, não foram poucos os argumentos de psiquiatras contrários à implementação do dispositivo legal, conforme ilustra o depoimento do psiquiatra e escritor Luís Carlos Albuquerque:

*A chamada reforma psiquiátrica é tão desnecessária quanto a reforma cardiológica, a reforma ginecológica, a reforma ortopédica. A medicina e suas especialidades evoluem com o conhecimento, as descobertas e os novos recursos, e, neste sentido, estão sempre em reforma. Não cabe intervenção política ou ideológica em matéria científica. Reformam-se a sociedade, a distribuição de renda, a conjuntura e os mecanismos da organização social e política.*<sup>285</sup> (nosso realce).

Desconsiderando os aspectos político-ideológicos intrínsecos à psiquiatria, o citado médico filia-se à corrente psiquiátrica que reputa(va) uma neutralidade científica, a mesma neutralidade que perpetua(ria) o sofrimento físico e psíquico de grande número de seres humanos sob a égide do Saber psiquiátrico sobre a loucura, reproduzindo, nessa medida, a prática manicomial.

A despeito dos reclames desse e outros especialistas, a Reforma Psiquiátrica no estado já estava amparada em Lei específica, possibilitando o aparecimento de novos modos de tratamento para o louco e, a partir de sua efetivação, novos rumos de assistência e terapêutica, embora a lei, por si só, não seja capaz de deflagrar tais mudanças.

Torna-se necessário lembrarmos, muitas das disposições legais ali contidas já compunham as demandas de alguns psiquiatras e, nessa direção, repercutem positivamente na sociedade, fazendo aflorar, a partir de 1994, grande número de reportagens em jornais locais sobre o assunto. Uma dessas notícias divulga a história de Maria de Fátima, costureira de 43 anos encaminhada à *Casa Primavera*, Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) localizado em Camaragibe, passando a receber, desde então,

---

<sup>284</sup> Cf. op. cit.

<sup>285</sup> JORNAL Folha de Pernambuco (2000), p. 11.

*atendimento completamente humanizado: é pacientemente ouvida e analisada por uma equipe multidisciplinar de profissionais, ganha os medicamentos que necessita, executa tarefas ocupacionais, participa de debates e palestras e, sobretudo não fica enclausurada ali, indo para o convívio normal no seio da família ao final de cada dia. [...] Maria de Fátima afirma ter encontrado o local certo para tratar de suas histerias.*<sup>286</sup>

Os NAPS, bem como os *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*, são as mais bem acabadas respostas institucionais ao manicômio, criados com o fito de substituir o hospital psiquiátrico clássico, constituindo-se como locais abertos ao acolhimento, tratamento e (re)inserção do louco no seio familiar e social.

E, ainda que estivessem presentes na Lei nº 11.064, esses não eram explicitados; nos Artigos 4º e 5º, são enumerados os recursos psiquiátricos a serem aplicados, com ênfase no atendimento não-hospitalar, em direção contrária ao internamento: no Art. 4º, constam os serviços psiquiátricos que, embora dependentes do espaço hospitalar, não reproduziriam a lógica da psiquiatria clássica e, nesse sentido, seriam indicados serviços como *atendimento ambulatorial, emergência psiquiátrica em hospital geral, leitos psiquiátricos em hospital geral* – para curta permanência –, *hospital dia / hospital noite* e, ainda, de *semi-hospitalização*<sup>287</sup>. Já o Art. 5º contém disposições cuja orientação, de caráter mais terapêutico, enfatizam a sociabilidade do louco, assemelhando-se aos princípios mais gerais da Reforma Psiquiátrica. Desse modo, são elencadas novas modalidades de acolhimento, terapêutica e ressocialização que visam à substituição progressiva do espaço hospitalar por ambiente mais afável, de acordo com os incisos V-IX:

*V – centros de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõem de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização:*

*VI – pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internações psiquiátricas, em condições de alta, mas sem condições de voltar ao convívio familiar:*

*VII – lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente psiquiátrico crônico por família que não a usa:*

*VIII – unidades de desintoxicação, o serviço destinado à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral:*

*IX – serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde*<sup>288</sup>.

<sup>286</sup> JORNAL do Commercio (1998), p. 2.

<sup>287</sup> Cf. DIÁRIO Oficial do Estado de Pernambuco (17.05.1994), p. 6.

<sup>288</sup> Cf. op. cit.

Inicialmente restritos a dois espaços substitutivos – o NAPPE localizado no bairro da Boa Vista e o NAPS *Galdino Loreto*, em Afogados –, esses serviços desdobraram-se em outros centros e núcleos de atenção psicossocial; é o caso do *NAPS Casa Primavera*, em Camaragibe. Em fins de dezembro de 1998, seria inaugurada, na *Colônia Alcides Codeceira*, a primeira experiência de Lar Protegido no estado<sup>289</sup> e, menos de um ano depois, um segundo Lar Protegido seria criado nas dependências do *Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano*, no qual foram beneficiadas cinco pacientes, todas com mais de cinquenta anos – os Lares Abrigados visavam a resgatar o convívio familiar há muito perdido, visto que a maioria havia sido abandonado(a) pela família<sup>290</sup>.

Avultam, também, as experiências vividas em clínicas particulares não-credenciadas pelo SUS/PE, onde foram implantados modos de atenção e cuidado com o louco semelhantes às proposições reformistas; é o caso da *Clínica Reis Magos*, localizada no Derby, onde sua proprietária, a psiquiatra Maria Gurgel, procederia ao trabalho de ênfase à comunicação dos internos, reputando que, através das artes e outras atividades, os loucos conseguiriam exteriorizar uma vivência que muitos profissionais não lograriam apreender numa sessão, em conversa<sup>291</sup>, pautando-se na concepção de que o paciente pode, pela arte, entrar em contato consigo mesmo e com o mundo circundante. Tanta certeza não é infundada, sendo influenciada por Gonzaga Leal que, anos antes havia projetado, no Hospital Ulysses Pernambucano, o *Ciclo Iluminuras*, mediante o qual foram divulgados trabalhos artísticos de pacientes internos naquela unidade; Gonzaga, por seu turno, fora influenciado por trabalho anterior, o de Nise da Silveira, cuja terapêutica voltada à arte também influenciaria o pessoal da Reforma Psiquiátrica.

Nesse período, surgem, de forma mais sistemática, os eventos culturais realizados *para* e *por* loucos, são vários os anúncios de festividades em que eles participam; no Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) do Hospital Ulysses Pernambucano, 70 dos 228 pacientes participariam de atividades e oficinas artísticas diárias, ministrados por voluntários e terapeutas da própria instituição. Na semana de 18 a 22 de Setembro de 2000, *VI Festival de Cultura do HUP* realizar-se-ia pela sexta vez consecutiva e, na oportunidade, haveria apresentações de grupo de forró e maracatu o sob o tema “O folclore Brasileiro”. Benvinda Magalhães, coordenadora do CAT na ocasião, indica-

---

<sup>289</sup> Cf. JORNAL do Commercio (2000), p. 7.

<sup>290</sup> Cf. op. cit. (10.11.1999), p. 3.

<sup>291</sup> Cf. op. cit. (29.10.2000), p. 7.

nos a relevância desses eventos para a (res)socialização dos internos: “Além de fortalecer os laços da cultura, eles estabelecem mais facilmente os laços sociais”.<sup>292</sup>

Outro aspecto que, aqui, devemos destacar, concerne ao disposto nos Artigos 2º e 3º da referida Lei: o Art. 2º estabelece que “O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definidos nesta Lei.”<sup>293</sup>, tornando-se o segundo estado da região a aprovar legislação de princípios reformistas, descartando, definitivamente, a idéia de uma instituição nos moldes do manicômio. Na esfera política, o Art. 3º vem demarcar a posição do estado ante a questão reformista: “A reforma do sistema psiquiátrico estadual [...] abrangerá necessariamente [...] o Estado de Pernambuco e seus municípios, devendo atender às peculiaridades regionais e locais”<sup>294</sup>, inclusive porque apenas em 2001 a Lei de Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional foi promulgada. Mesmo assim, a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco está imersa em problemas de ordem política, aspecto sobre o qual visamos a nos concentrar no próximo subcapítulo.

### 3.4 ... e limitações

Na esteira da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica em Pernambuco não foi capaz de se efetivar – sobretudo na perspectiva da descentralização e municipalização, universalização e equidade da assistência –, exatamente por seguir a normatização proposta pelo Ministério da Saúde, reproduzindo, assim, a lógica perversa e excludente do mercado e desvirtuando suas reivindicações mais valiosas e potencialmente transformadoras.

Não obstante a capacidade de expressão do modelo assistencial em psiquiatria e do grande poder de racionalização que parece sustentar os princípios da *Universalização e Equidade*, norteadores da Reforma Sanitária brasileira e, conseqüentemente, psiquiátrica, esses não se efetivaram com a esperada intensidade.

Se as políticas de saúde mental são, como sabemos, propostas pelo Estado e esse constitui o pólo aglutinador das instituições vigentes e dominantes de uma dada

---

<sup>292</sup> JORNAL Diário de Pernambuco (24.11.2000), p. 7.

<sup>293</sup> Diário Oficial de Pernambuco (17.05.1994); p. 6.

<sup>294</sup> Cf. op. cit.

sociedade, então podemos concebê-lo como o resultado concreto da conjunção de todos os aparelhos institucionais repressivos e ideológicos<sup>295</sup>. Disso resulta que a Reforma Psiquiátrica quando institucionalizada mediante legislação desdobrada em ações governamentais, estas estariam em total acordo com o Estado.

Isso parece um tanto óbvio, mas se aprofundarmos a questão, colocando *vis a vis* as políticas de saúde – propostas, editadas, controladas e implementadas na sociedade – e os interesses do mercado, percebemos que o abismo existente entre o discurso e a prática das políticas de saúde mental, no Brasil, é enorme. Isso se deve, particularmente, ao fato de que, por um lado os quesitos e proposições reformistas tenderam a um efetivo rompimento com os pressupostos da psiquiatria clássica e, principalmente, com a forte presença das instituições psiquiátricas privadas mais interessadas em lucros – procedendo a duras críticas aos modelos vigentes –, por outro, ao serem seduzidos a ocupar cargos públicos em Brasília, no início dos anos de 1990, os reformistas assumem um tom menos reivindicativo, adequando-se à retórica da difícil realidade econômica do país<sup>296</sup>.

Se os preceitos estabelecidos na Carta Constitucional fomentaram a necessidade de racionalização dos pressupostos de universalização e equidade (além de outros) e, nessa disputa, estabeleceram o consenso político pela descentralização dos serviços em saúde mental, a ênfase governamental conferida à política de ajuste econômico levou-o a priorizar o equilíbrio de suas contas públicas – no combate à inflação e à sonegação fiscal, pagamento das dívidas interna e externa, etc –, cujo desdobramento negativo incidiu sobre as propostas para os empreendimentos na área da saúde mental. E, dessa forma, essa racionalização obstou a efetivação das diretrizes constitucionais de universalização e equidade na assistência pública à saúde, aqui especificamente a mental<sup>297</sup>.

No período que se seguiu à posse de Fernando Henrique Cardoso, novas diretrizes em saúde mental seriam propostas, ora mais próximas às concepções de instituições

---

<sup>295</sup> LUZ, Madel Therezinha (1994); in História de uma marginalização: A política oficial de saúde mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidades, pp. 86–7.

<sup>296</sup> Amarante anota que, no final da década de 1980, boa parte do pessoal ligado ao movimento de reforma sanitária e psiquiátrica foi absorvidos pelo governo, com o objetivo explícito de moderar o ânimo dos reformadores. Cf. AMARANTE, Paulo (2000); op. cit., p. 91.

<sup>297</sup> VASCONCELOS, Eduardo Mourão (2002); in Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente, pp. 19-34.

econômicas internacionais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento:

*a descentralização da saúde passa a ser enunciada mais por seu componente racionalizador, freqüentemente entendido como diminuição dos custos, do que propriamente pelas suas potencialidades no incremento da democratização da instância municipal. No plano discursivo, esta nova postura encontra-se de pleno acordo com os preceitos prescritos pelo Banco Mundial para a reformulação dos sistemas de saúde dos países da periferia capitalista.*<sup>298</sup>

Nessa perspectiva, o projeto de descentralização da saúde, ao ser assumido por um governo que acolhe e privilegia as políticas econômicas de aporte neoliberal, perde sua característica mais fecunda, qual seja, a de oferecer assistência e terapêutica em saúde mental de forma realmente universal e equitativa; concentrando os serviços em saúde mental nas grandes cidades, dificulta (quando não impossibilita) o acesso da maioria da população que habita em localidades distantes dos grandes centros.

A esse respeito, reportagem publicada em jornal local<sup>299</sup> evidencia-nos o principal entrave à descentralização do atendimento em saúde mental:

*Dos 185 municípios de Pernambuco, apenas Recife e Camaragibe implantaram casas [Residências Terapêuticas] nos últimos 10 anos. Recife tem duas. Camaragibe uma. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o portador de transtorno mental pode receber atendimento diário e voltar para casa, somam no máximo 13, distribuídos apenas em três cidades (Recife, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho). [...] Para médicos, enfermeiros e assistentes sociais que trabalham na área, há muitas dificuldades a serem superadas, que vão desde a preparação do paciente para a uma nova realidade, até a disposição política e capacidade dos municípios para implantarem seus serviços de atenção à saúde mental, como os CAPS e residências terapêuticas. [...] Profissionais que atuam em hospitais de longa permanência dizem que um complicador nesse processo é definir que município deve assumir o paciente. [...] Na capital há 477 pacientes internados há mais de um ano, 205 da própria cidade*<sup>300</sup>.

Ao disponibilizar os números dos serviços psiquiátricos substitutivos, nas principais cidades de Pernambuco, a reportagem traduz as reais dimensões de problema que até hoje obsta as potencialidades reformistas, derrubando por terra os princípios de universalização e equidade na assistência em saúde mental no estado de Pernambuco. Os CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas e outras modalidades de serviços

<sup>298</sup> ELIAS, Eduardo Paulo (s/d); in Políticas de Saúde - Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil (texto on-line).

<sup>299</sup> JORNAL. Jornal do Commercio (2003); in Poucos municípios estão engajados nas reformas, p. 2.

<sup>300</sup> Cf. op. cit.

alternativos ao manicômio estão circunscritos a três municípios localizados na Região Metropolitana do Recife, excluindo, portanto, boa parte de pernambucanos que necessitam de tratamento psíquico, mas não possuem recursos para transpor as distâncias.

O problema não resolvido da centralização da oferta em assistência psiquiátrica somou-se ao desinstitucionalização do interno em manicômio. Essa idéia foi desvirtuada pelo governo federal, com seus planos de políticas públicas em saúde mental, que a reduziu a um aspecto econômico, consoante as prerrogativas de organismos neoliberais oriundas de países capitalistas centrais e, nessa medida, a desinstitucionalização em Pernambuco, transmutou-se em desospitalização.

As críticas do Movimento Antimanicomial – em sua fase política mais ativa – aos gastos excessivos do governo com saúde mental, referir-se-iam aos grandes lucros que clínicas e hospitais privados obtinham; em contrapartida, o movimento reivindicava maior investimento público em saúde mental e criação de novos dispositivos assistenciais mantidos e administrados financeiramente pelo governo e cujo objetivo último<sup>301</sup> seria não apenas o de substituir o manicômio mas, principalmente, o de atender a todos quantos desses serviços substitutivos necessitassem.

Contudo, à medida que o governo concentra sua política econômica no ajustamento de gastos públicos, a bandeira da desinstitucionalização é substituída pela da desospitalização, desvirtuando, com isso, outra premissa reformista. E, desse modo, a redução do número leitos, quando encampada pelo governo abertamente neoliberal, nada oferece em contrapartida enquanto serviços substitutivos – lembramos que, nessa dinâmica, as prefeituras buscaram acabar com seus leitos psiquiátricos disponíveis, sem que houvesse essa equiparação em termos de alternativas.

Dados do Ministério da Saúde expressam que Pernambuco contava com aproximadamente 4.170 leitos disponíveis, número que baixaria para 3.293 leitos, em 2001. Nesse mesmo período, de acordo com a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, a capital pernambucana possuía “02 CAPS (um público, que tinha algumas práticas cristalizadas e capacidade para atender 45 pessoas/mês e outro privado, que funcionava completamente à parte do Modelo)”, mas sem nenhum trabalho na atenção básica e de

---

<sup>301</sup> BRASIL. Ministério da Saúde, PRH (2007); in Coordenação Geral de Saúde Mental (on-line).

reabilitação psicossocial (moradia e geração de renda)”,<sup>302</sup>. Mais esclarecedores ainda são os valores fornecidos conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco a respeito da disponibilidade e déficit de leitos no estado, no ano de 1999<sup>303</sup>:

*Leitos Ofertados X Déficit Leitos em PE por Região (1999)*

LOCALIDADE	POPULAÇÃO	QTDE LEITOS OFERTADOS	DÉFICIT DE LEITOS
RECIFE	1. 346. 000	1. 692	637
R. M. R.	3. 087 .000	3. 237	1. 500
INTERIOR	5. 311.000	492	2. 155

O quadro acima realça a discrepância entre a orientação governamental à redução do número de leitos e as necessidades reais da população. A ênfase do governo à diminuição de leitos psiquiátricos, para além do caráter econômico, designa uma orientação mercadológica, no sentido de oferecer valores estatísticos aos organismos internacionais de saúde e, nesse ângulo, a desospitalização no Brasil – e, do mesmo modo, em Pernambuco – promove o país e o estado no que concerne ao quesito *direitos humanos* que, paradoxalmente, fundamenta-se no caráter utilitarista da desospitalização.

Outra proposição da Reforma Psiquiátrica, mas até hoje não-resolvida eficazmente, devido, principalmente, ao seu caráter polêmico, diz respeito à extensão do conceito de cidadania ao louco, uma questão ainda em aberto. Contudo, reformistas engajados na luta antimanicomial têm expressado o desejo de rever aspectos legislativos que determinaram juridicamente a periculosidade do louco, constituindo, na prática, um duplo seqüestro, o físico e o de sua cidadania.

A legislação brasileira buscou, desde o século XIX, excluir socialmente os loucos: aos “loucos de todos os gêneros” associou-se uma periculosidade potencial, tornando-se o eixo mais evidente e vigoroso para a cassação de seus direitos – há, portanto, muito

<sup>302</sup> RECIFE. Prefeitura da cidade do Recife. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção a Saúde. Diretoria Executiva de Atenção à Saúde Mental (2004); in Relatório de Gestão de 2001–2004.

<sup>303</sup> Ministério da Saúde, PRH (2007); cf. op. cit.

trabalho para a revisão desse quadro. Somente no início do século XXI foi que surgiram algumas mudanças na legislação. No Art. 6º da Lei federal que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”<sup>304</sup>, em seu Parágrafo único, estabelece

*A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo medico circunstanciado que caracterize os seus motivos.*

*Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:*

*I – internação voluntária aquela que se dá com o consentimento do usuário;*

*II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e*

*III – internação compulsória: aquela determinada pela justiça*<sup>305</sup>.

Além do dispositivo citado, a Lei em apreço trata, em mais dois artigos, da internação compulsória<sup>306</sup>: o Art. 9º vincula essa modalidade de internação ao Código Penal de 1984, mas este reproduz dispositivos de códigos da década de 1930; já o Art. 10º determina que seja obrigatória a informação – aos responsáveis pelo louco – de qualquer arbitrariedade ou negligência praticada quando de sua custódia.

Assim, esperamos que, com essa Lei – que ainda é imprecisa no que diz respeito à determinação da justiça e das punições aos responsáveis pelo portador de sofrimento psíquico –, consiga ultrapassar os dispositivos contidos nos Códigos de 1932 e 1938 e repetidos no de 1984, possibilitando a revisão e atualização do conceito absurdo de periculosidade presumida, enrijecido inclusive socialmente.

Nessa perspectiva, são esses os principais aspectos que obstam uma transformação profícua nos modos com os quais profissionais – psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, etc – e sociedade devem acolher o louco. Para tanto, faz-se necessária a participação popular nas deliberações governamentais a respeito da assistência pública ou privada destinada ao louco, com vistas a evitar que as *Joseanes*, os *Josés*, as *Angélicas*, os *Jaimes* e tantos outros homens, mulheres e crianças morram por negligência ou maus tratos. Não é demais lembrarmos que essas mortes ocorreram anos depois de promulgada a Lei Estadual nº 11. 064 que, entre outras determinações, dispôs sobre a assistência humanitária e proteção da vida, direitos do cidadão portador de sofrimento psíquico.

<sup>304</sup> Cf. D.O.U de 7 de abril de 2000, p. 2.

<sup>305</sup> Cf. op. cit, p. 3.

<sup>306</sup> Cf. op. cit., p. 3.

Nessa medida, a Reforma Psiquiátrica só se efetivará com a participação ativa da sociedade, mas, para isso acontecer, será preciso informar a população de suas reivindicações através de debates e denúncias que promovam um acercamento cidadão do tema. A ausência de estruturas políticas que conjugue os interesses da sociedade e as ações públicas em saúde mental transformou a desinstitucionalização da loucura em um processo de desospitalização manicomial, garantindo através de leis o que de fato nunca se instituiu: a assistência aos indivíduos com sofrimento psíquico crônico e aos abandonados pela família à própria sorte. A questão do abandono dos loucos por seus familiares, muitas vezes, foi o resultado da ignorância da sociedade sobre tais questões, sobretudo, quando a desospitalização brasileira tornou-se um mecanismo de retirada das obrigações assistenciais do Estado, à medida que coloca o louco sobre responsabilidade de seus familiares.

Portanto, para a legitimação de uma ampla e democrática Reforma Psiquiátrica será primeiro preciso que a própria Política seja reformada, exatamente nos termos de Hannah Arendt<sup>307</sup>, concebida e garantida na dimensão real da condição humana, para que não se torne um joguete ideológico e / ou mercadológico que não prioriza o ser humano em seu aspecto fundamental, pois, quando a Política é reduzida a esses aspectos, acaba provocando danos humanos e sociais irreparáveis.

---

<sup>307</sup> ARENDT, Hannah (1993). Será que a política tem de algum modo um sentido. In. A dignidade da Política: ensaios e conferências. Rio de Janeiro. Relume – Dumará. Pp. 117 – 22.

---

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

---

**N**ão obstante a inexistência de resultados significativos, o manicômio instituiu-se em uma instituição científica, onde se perpetraram inúmeras práticas terapêuticas e foram gestados paradoxos através do esforço ingente de encontrar a cura para o louco. A loucura, entretanto, nunca foi sanada, embora tenha sido sistematicamente isolada e classificada por agentes especializados. Nessa perspectiva, não é irreal afirmarmos que o manicômio foi um fracasso – mesmo do ponto de vista científico – e, por isso, tornou-se a certidão arquitetônica de práticas terapêuticas e políticas em saúde mental ineficientes.

Ao longo de nossa pesquisa, verificamos como o Estado brasileiro – monárquico e republicano – fundou os hospícios e regulou a estrutura manicomial. Também, comparamos o processo de institucionalização da loucura no âmbito supranacional, nacional e local, especificamente no que diz respeito à organização, estímulo e à manutenção de sua operacionalização. Tanto a psiquiatria quanto o Estado construíram dispositivos prático-teóricos que, sob a retórica jurídica, legitimaram a instituição manicomial.

No Brasil, a proliferação dos manicômios foi a resposta dada pelo governo e pela psiquiatria à sociedade para conter os loucos; excluí-los, de fato, obteve uma dupla função: de um lado, a psiquiatria se legitimava enquanto ciência, já que os loucos retidos em hospícios constituíram importantes objetos de pesquisa; de outro, o Estado brasileiro se adequava interna e externamente ao promover uma faxina social nas cidades, à medida que reproduzia a institucionalização da loucura já fortalecida na Europa e nos Estados Unidos. A dupla função providenciou o banimento e a estigmatização social do louco.

A própria psiquiatria, ao longo do tempo, estabeleceu e/ou redefiniu teorias e práticas assistenciais que surgiram como resposta às crises originadas da percepção de a ciência psiquiátrica servir menos aos interesses do louco e da sociedade do que a interesses ideológicos traduzidos em políticas públicas de saúde mental. Tais interesses não conferiram à instituição manicomial uma autonomia de gestão, já que a aplicação de seu saber/poder refletiu, na maioria das vezes, os imperativos políticos de determinação

econômica. Então, as novas idéias não romperam com os padrões implementados, porque os ajustes prestados regularmente se reverteram em adequação a uma ou outra forma de exigência acionada pela tensão social, procurando, com isso, conter suas demandas através de reformas superficiais. Contudo, outras idéias nasceram do influxo dessas questões e provocaram o questionamento ético do papel social da psiquiatria que, finalmente, fez uma auto-avaliação institucional. Essa percepção levou à elaboração de metas e planos de reorientação da prática e teoria psiquiátrica, tornando urgente a reflexão sobre o ser humano por ela tratado e não mais a doença mental, deslocando assim o ponto de vista científico e fornecendo o argumento principal do que viria a ser a *Reforma Psiquiátrica*.

No Brasil, a implementação da Reforma Psiquiátrica, desde fins da década de 1970, seguiu as proposições de entidades internacionais de saúde. Todavia, as proposições reformistas, quando abarcadas pelo Estado, procuraram mitigar as denúncias feitas sobre a relação de complementaridade entre psiquiatria e Estado e sobre o caráter privativo das políticas em saúde mental. Muitas dessas denúncias feitas foram elaboradas pelo Movimento Antimanicomial que, embora arrefecido, continuou alerta e crítico, sobretudo, no que concerne à implementação da Reforma Psiquiátrica em seu caráter mais premente; a humanização dos tratamentos oferecidos pelos governos aos loucos.

O Estado procurou diluir muitas das reivindicações do Movimento Antimanicomial, uma vez que elas explicitavam o seu histórico envolvimento com a psiquiatria, limitando-se, portanto, às críticas direcionadas ao manicômio. Dessa forma, o Estado vem tentando abrandar o seu papel de partícipe ativo no secular processo de exclusão e violência praticado nos manicômios; a saber, o Estado colocou apenas a instituição psiquiátrica no centro dos questionamentos éticos, apontando as desumanas práticas assistenciais e terapêuticas, à medida que se evadia da responsabilidade acerca dos horrores impingidos a milhares de corpos e mentes humanas ao longo do tempo.

Além disso, o Estado buscou desarticular a efetiva participação da sociedade na construção da Reforma Psiquiátrica, especialmente, no que se refere às proposições potencialmente radicais, transformando, dessa maneira, os objetivos reformistas iniciais a um reformismo cosmético que, adequadamente, serviu aos propósitos neoliberais do governo brasileiro. Nesse contexto, as instituições privadas se fortaleceram em redes

complementares na assistência à saúde mental, lucrando duas vezes: pelos repasses do SUS e através dos convênios.

Com efeito, se a grande maioria da população economicamente menos favorecida depende exclusivamente dos serviços públicos prestados pelos ambulatórios de hospitais e nos CAPS, restritos a algumas cidades, notadamente as localizadas nos grandes centros urbanos. Esse quadro termina por obstar o processo de Reforma Psiquiátrica em suas pretensões iniciais que eram a de ofertar uma assistência psiquiátrica de fato democrática e humanitária.

---

---

## BIBLIOGRAFIA

---

---

### OBRAS DE REFERÊNCIA GERAL

AMARANTE Paulo. 1992. A Trajetória do Pensamento Crítico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na desconstrução do aparato manicomial, in. KALIL, M. E. X. (Org.) **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.

AMARANTE, D. C. Paulo. 2000. **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

ARENDDT, Hannah. 1993. Será que a política tem de algum modo um sentido, in. **A dignidade da Política: ensaios e conferencias**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. 1991. **O Alienista**. São Paulo: Ática.

BARRETO, Jubel. 2005. **O Umbigo da Reforma Psiquiátrica: Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: Editora da UFJF.

BARRETO, Lima. 2004. **O cemitério dos vivos**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional.

BARROS, Denise Dias. 1994. Cidadania Versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber, in. AMARANTE, Paulo (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

BASAGLIA, Franco. 2005. A Destruição do Hospital Psiquiátrico como Lugar de Institucionalização, in. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond.

\_\_\_\_\_. 2005. Apresentação a *Che Cos'è la Psichiatria*, in **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

\_\_\_\_\_. 2005. Um Problema de Psiquiatria Institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica, in. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond.

\_\_\_\_\_. Franco. 2001. As Instituições da Violência, in. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal.

BASAGLIA, Franco; ONGARIO, Franca. 2005. A Maioria Desviante. In. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond.

BIRMAM, Joel. 1978. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: GRAAL.

\_\_\_\_\_. 1992. A cidadania tresloucada, in. BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo (Orgs). **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relumé – Dumará.

CALMOM, Pedro. 1952. **O Palácio da Praia Vermelha: 1852 – 1952**. Rio de Janeiro: Oficina Gráfica da Universidade do Brasil

CAMPOS, Zuleica Dantas Pereira. 2001. **O Combate ao Catimbó: Práticas repressivas às religiões afro-umbandistas nos anos trinta e quarenta**. Recife: UFPE. (Tese de Doutorado em História).

CANGUILHEM, George. 1978. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense – Universitária.

CAPLAM, Gerald. 1980. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

CARRARA, Sergio. 1987. **Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: UERJ/EDUSP.

CARRILHO, Heitor. 1937. Ulysses Pernambucano e a organização dos serviços de assistência a psicopatas em Pernambuco, in. **Estudos Pernambucanos Dedicados a Ulysses Pernambucano**. Recife: Oficinas Graphics da Empresa Jornal do Commercio.

CASTEL, Robert. 1991. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: GRAAL.

CERQUEIRA Luis. 1984. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu.

COELHO FILHO, Heronides. 1977. **A Psiquiatria no País do Açúcar**. João Pessoa: Editora União.

COHN, Amélia. 1995. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil, in. LAURELL, A. C. (Org). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez.

COOPER, David. 2003. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva.

COSTA, Augusto César de Farias. 2005. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde.

COSTA, Francisco Augusto Pereira da. 1984. **Anais Pernambucano**. Vol. 6 Recife: FUNDARPE. (Coleção Pernambucana –2º fase, 7).

\_\_\_\_\_. 1984. **Anais Pernambucano**. Vol. 9. Recife: FUNDARPE. (Coleção Pernambucana –2º fase, 10).

COSTA. Jurandir Freire. 1989. Psiquiatria Preventiva e Representação da Doença Mental, in. **Historia da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon.

COUTO, G. Medeiros *et al.* 1996. **A Experiência de Pernambuco na área de Reabilitação Psicossocial**, in. PITTA, Ana (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec.

DELGADO, Pedro Gabriel. 1992. **As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**, Rio de Janeiro: Te – Cora.

\_\_\_\_\_. 1990. Perspectiva da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados), in. COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes.

ELIA. Francisco da Fonseca. 1996. **Doença Mental e Cidade: o hospício de Pedro I**. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa.

ELIAS, Eduardo Paulo. 2005. **Políticas de Saúde – reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde.

ENGEL, Magali Gouveia. 2001. **Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospícios (Rio de Janeiro, 1830 – 1930)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

FOUCAULT, Michel. 1997. O Poder Psiquiátrico, in. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

\_\_\_\_\_. 2000. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

\_\_\_\_\_. 2002. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_. 2003. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

\_\_\_\_\_. 2006. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. 2004. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal.

GOFFMAN, Erving. 1988. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC.

\_\_\_\_\_. 2005. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva.

GUATTARI, Felix. 1989. **Caosmose: Um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34.

JERVIS, Giovanni. 1985. Crise da Psiquiatria e Contradições Institucionais, in. BASAGLIA, Franco *et al.* **A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal.

JONES, Maxwell. 1972. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes.

LAING, Robert. 1982. **Sobre Loucos e Sãos**. São Paulo: Brasiliense.

LANCETTI, Antônio. 1989. Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental, in. **Saúde e Loucura**. Vol. 1. São Paulo: Hucitec.

LAURELL, A. C. 1995. Avançando em direção ao passado, in. LAURELL, A. C. (Org). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez.

LUZ, Madel Therezinha. 1979. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_. 1994. As Conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80, in. GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

\_\_\_\_\_. 1994. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidades, in. AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- MACHADO, Roberto *et al.* 1978. **Da(na)Ação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL.
- MAIA, Rousiley C. M.; FERNANDES, Adélia B. [s/d]. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. (<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n48/13954.pdf>). Acesso 23.11.2006.
- MAIA, Clarissa Nunes. 2001. **Policiados: Controle e Disciplina das Classes Populares na cidade do Recife**. Recife: UFPE. (Tese de Doutorado em História).
- MARCONDES FILHO, Ciro. 2003. **A Produção Social da Loucura**. São Paulo: Paulus.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni (Org). 1990. Os Cidadãos e os Loucos no Brasil: a cidadania como processo, in. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru / Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental.
- MEDEIROS, José Adailson. 2001. **Ulisses Pernambucano**. Rio de Janeiro: Imago. (Coleção; Pioneiros da Psicologia Brasileira).
- MELO, Carlos Gentile. 1979. A Medicina Previdenciária, in. GUIMARÃES, R. (Org). **Saúde e Medicina no Brasil – Contribuições para um Debate**. Rio de Janeiro: Graal.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. 2004. **A Arte de Curar nos tempos da Colônia: Limites e espaços de cura**. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife.
- \_\_\_\_\_. 2006. Higiene, Saúde e Doença: a intervenção do Ministério Público, in. ACIOLI, Vera Lúcia Costa *et al.* **A face revelada dos promotores de justiça: o Ministério Público na visão dos historiadores**. Recife. MPPE.
- OLIVEIRA, Jaime. A de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. 1996. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes.
- PADOVAN, Maria Concepta. 2007. **As Máscaras da Razão: memórias da loucura no Recife durante o Estado Novo (1937 – 1945)**. Recife: UFPE. (Dissertação de Mestrado em História).
- PESSOTTI, Isaias. 2001. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Editora, 34.
- \_\_\_\_\_. 1996. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34.
- \_\_\_\_\_. 2001. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34.
- PORTER, Roy. 1991. **Uma História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

\_\_\_\_\_. 2004. **Das Tripas Coração: uma breve História da Medicina**. Rio de Janeiro: Record.

PORTOCARRERO, Vera. 2002. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

RESENDE, Heitor. 1990. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica, in. COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes.

RIBEIRO, Lourival. 1971. **Medicina no Brasil Colonial**. Rio de Janeiro: Sul-América.

RIBEIRO, René. 1937. Alguns resultados do estudo de 100 “médiuns”, in. **Estudos Pernambucanos: dedicados a Ulysses Pernambucano**. Recife: Officina Graphica da Empresa Jornal do Commercio.

SERRA, Antonio A. 1979. **A Psiquiatria como Discurso Político**. Rio de Janeiro: Achiamé.

SILVEIRA, Nise da. 1980. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ática.

SLAVICH, Antônio. 2001. Mito e Realidade da Autogestão, in. BASAGLIA, Franco *et al.* **A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal.

SOUZA Pedro Rodrigues. 1878. **História da Santa Casa de Misericórdia do Recife**. Recife: Typ. do Diário de Pernambuco.

TEIXEIRA, S. F. [s/d] O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira, in. BERLINGER, G. (Org). **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. Rio de Janeiro: [s/ed.].

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. 2002. Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente, in. VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez.

XAVIER, Oliveira de. 1929. **Espiritismo e Loucura**. Rio de Janeiro: [s/ed.].

## **ANAIS, PERIÓDICOS, PRONTUÁRIOS E OUTROS**

**ANNAES da Medicina Pernambucana (1842-1844).** 1977. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife. (Coleção Pernambucana da Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco).

ARQUIVOS DA TAMARINEIRA: abaixo-assinado de funcionários enviado ao Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco: com Anexos. 1988.

ARQUIVOS DA TAMARINEIRA: relatório apresentado a 1ª DIRES com proposta de funcionamento para o Hospital Ulysses Pernambucano. Recife, julho de 1988.

BIRMAM, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária, in. **Relatório e Resumos do 2º Congresso de Psicopatologia Infante-Juvenil, promovido pela APPIA em Abril de 1976, Rio de Janeiro.**

BIRMAM, Joel. 1992. Psiquiatria e Sociedade, in. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, nº 31 vol 4.

**BOLETIM de Higiene Mental, editado pelo Serviço de Higiene Mental da Assistência a Psicopatas.** Ano II, Recife – março de 1934.

\_\_\_\_\_. Ano III, Recife – maio de 1934.

\_\_\_\_\_.Ano III, Recife – agosto de 1934.

\_\_\_\_\_.Ano III, Recife – outubro de 1934.

\_\_\_\_\_.Ano VI, Recife – março de 1937.

\_\_\_\_\_.Ano VI, Recife – abril de 1937.

\_\_\_\_\_. Ano VI, Recife – outubro de 1937.

\_\_\_\_\_. Ano VII, Recife – março de 1938.

\_\_\_\_\_.Ano VII, Recife – outubro de 1938.

**BRASIL,** Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). **Propostas de Política de Saúde Mental da Nova República.** Brasília, julho de 1985.

**BRASIL,** SUS. BARRETO, M L. & CARMO, E. H. 1994. Situação de saúde da população brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde, in. **Informe Epidemiológico do SUS nº 3.** Brasília: Ministério da Saúde.

**BRASIL**, Ministério da Saúde, PRH/Coordenação Geral de Saúde Mental (versão *on-line*). Acesso 21.12.2007.

**BRASIL**, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2º Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

**BRASIL**, Ministério da Saúde. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD. Brasília, 2000.

**CENSO BRASIL 2000. PERNAMBUCO**. (<http://www.ibge.gov.com.br>). Acesso 20.01.2008.

CENTRO Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). 1980. Condições de Assistência aos doentes mentais, In. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro.

CODECEIRA, Alcides. 1909. Da Prophylaxia da Loucura, in. **ANNAES do 1º Congresso Medico de Pernambuco, Abril a Maio de 1909. Primórdios, Sessões, Memórias e Trabalhos**. Recife: Off. Typ. Do Diário de Pernambuco.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS**. Organização Panamericana de Saúde. Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. OPS Instituto Mario Negri, Milão, 1990. Essa edição em português é o resultado de um acordo entre a OPS e a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e foi publicada no Brasil em 1992.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento para o tratamento dos alienados, in. **Revista Fluminense**. Rio de Janeiro, setembro de 1839. Tip. Imperial de F. P. Britto.

DIÁRIO Oficial da União. 7 de abril de 2000.

\_\_\_\_\_. 05 de março de 1993.

\_\_\_\_\_. 11 de janeiro de 1931.

\_\_\_\_\_. 22 de fevereiro de 1993.

\_\_\_\_\_. 25 de abril de 1931.

\_\_\_\_\_. 27 de julho de 1993.

\_\_\_\_\_. 30 de janeiro de 1992.

\_\_\_\_\_. 17 de maio de 1994.

\_\_\_\_\_. 07 de julho de 1992.

**Diário de Pernambuco.** Recife, 21 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Recife, 24 de novembro de 2000.

DIVULGAÇÃO. Nº 4 (edição especial sobre Reforma Psiquiátrica), In. **Revista Saúde em Debate**, nº 35, Rio de Janeiro – junho de 1991.

DOCUMENTO, in. **Revista Saúde em Debate**. Nº 43. Rio de Janeiro – junho de 1994.

EY, Henri. 1976. A Anti-psiquiatria ou os progressos da ciência psiquiátrica. Conferência proferida originalmente em Genebra a 28 de junho de 1971, por Henri Ey e publicada no Brasil por ocasião da realização do II Congresso Brasileiro de Psiquiatria. I Reunião Luso-Brasileira de Psiquiatria, in. **ARQUIVOS DA TAMARINEIRA**. [Tradução de Maria Teresa Barrocas] – mimeografia.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 2004. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa** [Versão CD-ROM] 3 ed. revista e atualizada. Curitiba: Ed. Positiva.

**Folha de Pernambuco.** Recife, domingo 30 de julho de 2000.

\_\_\_\_\_. Recife, 3 de novembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Recife, 21 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Recife, domingo, 13 de agosto de 2000.

GUZ, Isac. 1976. Evolução da Terapêutica Psiquiátrica com Psicofarmacos, in. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 25, nº 2 e 3. abr-set. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Jornal do Commercio.** Recife, domingo, 27 de dezembro de 1998.

\_\_\_\_\_. Recife, 10 de novembro de 1999.

\_\_\_\_\_. Recife, 13 de abril de 2003.

\_\_\_\_\_. Recife, 27 de dezembro de 1998.

\_\_\_\_\_. Recife, 29 de outubro de 2000.

**Jornal do Conselho Federal de Psicologia.** Ano XVIII, Nº 78, maio de 2004.

**Jornal Mulherio.** Ano VI, nº 17. Maio/Junho, São Paulo: DCI, Indústria Gráfica S.A., 1985.

LEMOS, Jane Maria Cordeiro. 1996. **Supervisão em Saúde Mental: um processo em avaliação.** Recife: Prefeitura da Cidade do Recife. (Arquivo da autora).

\_\_\_\_\_. 1999. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica, in. **Neurobiologia.** Ano 62, vol. 1. Recife: Editora Científica Nacional Ltda.

**LIVRO Homens Prontuários.** nº 6151 a 6200. 1936.

\_\_\_\_\_. de 17650 a 17700. 1956.

LUCENA, José. 1976. Aspectos da Evolução da Assistência Psiquiátrica no Brasil, nos últimos 50 anos, in. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Vol. 25, nº 2 e 3. abr-set. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAUDE MENTAL. O Manifesto de Bauru, in. **Jornal do Psicólogo.** Ano 7, vol. 21 – 1987.

NERY FILHO, Antonio; PERES, Maria Fernanda Tourinho. 2002. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: Ininputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança, in. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** Ano 9, vol. 2 maio-ago. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

OLIVEIRA, Francisco de Assis Maciel. 1880. **Relatório Apresentado a Junta da Santa Casa de Misericórdia do Recife de 1880.** Recife: Typ. do Jornal do Recife.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo. Reformas e Reformismo: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais (ou “para uma teoria política da Reforma Sanitária”), in. **Cadernos de Saúde Pública.** Ano 4, vol. 3 – out-dez, Rio de Janeiro, 1987.

PEIXOTO, Antônio Luís da Silva. 1837. **Considerações Gerais Sobre Alienação Mental.** Rio de Janeiro: TIP. & Livraria de L. A. Burgain.

PERETTI, Anselmo Relatório. 1870. **Relatório apresentado a Junta da Santa Casa de Misericórdia do Recife de 1870.** Recife: Typ. do Jornal do Recife.

PLATAFORMA de Saúde: Confira seus candidatos, in. **Revista saúde em Debate.** Nº 26, Rio de Janeiro – julho de 1989.

PREFEITURA da cidade do Recife – Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção a Saúde. Diretoria Executiva de Atenção à Saúde Mental. **Relatório de Gestão de 2001 – 2004**. Recife, 30 de dezembro de 2004.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria de Programação, Controle e Avaliação Assistencial SUS/Recife. Saúde Mental. **Cadernos de Informações SUS/Recife, 2000**.

**PRONTUÁRIO** nº 5764, mulheres. Ano 1946.

\_\_\_\_\_. nº 5785, mulheres. Ano 1946.

\_\_\_\_\_. nº 5798, mulheres. Ano 1946.

\_\_\_\_\_. nº 6155, homens. Ano 1936

\_\_\_\_\_. nº 6160, homens. Ano 1936.

RAMADAM, Zacaria Borge Ali. 1976. O Ambulatório – O Hospital Parcial – A comunidade Terapêutica, in. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol. 25, nº 2 e 3. abr-set. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**RELATÓRIO Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 25 – 28 de junho de 1987. Mimeografado.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. 2007. Moderação e Excesso – Uso e Abuso: os saberes médicos acerca das bebidas alcoólicas, in. **CLIO – Revista de Pesquisa Histórica**. N. 24, v. 2. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

SIGAUD, José Francisco Xavier. 1835. Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, etc, in. **Diário de Saúde**. Rio de Janeiro.

SILVA, A. C. Pacheco. 1967. Pedro II. Grande Protetor dos Insanos, in **Revista Brasileira de Saúde Mental**. Ano 13, Vol. XI. Rio de Janeiro: [s/ed].

SILVA, Ligia Maria Vieira da. 2000. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste, in. **Cadernos de Saúde Pública**. Ano. 16, vol. 3. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

VOLTAIRE. 2002. **Dicionário Filosófico**. São Paulo: Martin Claret.