

Título do trabalho:

Assistência psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil

Título em inglês:

Psychiatric care and mental health policy in Brazil

Autores:

Erikson F. Furtado ¹; Clarissa M. Corradi-Webster ²

¹ Professor Doutor, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

² Professora Doutora, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Correspondência para:

Prof. Dr. Erikson F. Furtado

Hospital das Clínicas da FMRP-USP, Divisão de Psiquiatria, 3º andar, sala 333

Av. dos Bandeirantes 3900, Campus da USP, CEP: 14048-900, Ribeirão Preto, SP

E-mail: efurtado@fmrp.usp.br

Título resumido: Políticas de saúde mental

Resumo

A assistência psiquiátrica no Brasil remonta a 1852, quando da inauguração do Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. Ao início do século XX os antigos hospícios deram lugar aos asilos sob a forma de grandes hospitais-colônias agrícolas localizados em áreas rurais. A hospitalização prolongada e o afastamento do convívio habitual com a família e a comunidade, assim como os vícios de um ambiente de segregação e perda da identidade contribuíam grandemente para a deterioração social e clínica dos pacientes asilados. Os movimentos de modernização da assistência psiquiátrica que ocorreram no Reino Unido (comunidade terapêutica) e nos Estados Unidos (psiquiatria comunitária) no período após a II Grande Guerra, demonstraram as vantagens de um sistema assistencial não asilar. No Brasil, a reforma psiquiátrica acompanhou o processo de redemocratização do país e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde. Leis e resoluções foram promulgadas, tanto para a proteção do paciente psiquiátrico quanto para a ordenação e definição do modelo de assistência pública psiquiátrica, tendo os Centros de Atenção Psicossocial como elemento central de um modelo em rede. Restam ainda inúmeras questões a serem resolvidas, desde o financiamento do sistema, passando pela garantia de qualidade e universalidade, enfrentamento do estigma e da inserção social, até o adequado provimento de serviços e equipes multidisciplinares em todas as regiões do país.

Descritores:

Saúde Mental, Reforma dos Serviços de Saúde, Legislação Sanitária, Psiquiatria Comunitária

Abstract

Psychiatric care in Brazil can be traced back to 1852, when the Hospice Dom Pedro II was inaugurated, in Rio de Janeiro. At the beginning of the 20th century, the old asylums gave way to asylums in the form of large agricultural colonies located in rural areas. Prolonged hospitalization and removals from the usual living with the family and the community, as well as the vices of a segregation environment and the loss of identity greatly contributed to the social and clinical deterioration of institutionalized patients. The modernization movements of psychiatric care that occurred in the UK (therapeutic community) and the United States (community psychiatry) in the period after World War II, demonstrated the advantages of a care system out of asylum. In Brazil, the psychiatric reform accompanied the country's democratization process and the establishment of the National Unified Health System. Laws and resolutions were enacted, both for the protection of psychiatric patients as to the ordination and definition of psychiatric public assistance model, with the CAPS, psychosocial attention centre, a community mental health service, as the central element of a network model. There remain many issues to be resolved, since the system of financing, through quality assurance and universality, as well the addressing of stigma and social inclusion, to the appropriate provision of multidisciplinary teams and services in all regions of the country.

Keywords:

Mental Health, Health Care Reform, Health Legislation, Community Psychiatry

Introdução

Fundamentos históricos

Medicina é um campo de conhecimento, de prática terapêutica e uma profissão cujas origens remontam a um passado distante. Desde os primórdios da Medicina, médicos se ocupavam e se ocupam dos sofrimentos do corpo e da alma.

Psiquiatria é o ramo da Medicina moderna, dedicado ao diagnóstico, prevenção e tratamento de problemas mentais, emocionais e do comportamento, que possam ser caracterizados como anormalidades quantitativas em função da intensidade, duração, ou impacto funcional dos sintomas, considerados os contextos sociais, culturais e peculiaridades individuais, ou que sejam sintomas qualitativamente anômalos por apresentarem características não funcionais e bizarras, que impliquem em prejuízo claro para a própria pessoa ou para terceiros.

A assistência a pacientes psiquiátricos e a Psiquiatria como ciência e profissão têm sido vítimas de estigma e intolerância, ou de grande ignorância quanto às suas origens humanistas e realizações, embora muitos dos atuais diagnósticos psiquiátricos já fossem conhecidos e descritos em textos clássicos, egípcios, gregos e romanos, como é o caso da “mania” e da “melancolia” (termos que tiveram significados mais amplos que os atuais, mas que representavam o reconhecimento de uma grave condição de prejuízo da saúde mental).

Na Medicina antiga e moderna, a busca do conhecimento da enfermidade e da saúde, seja pela observação sistemática (que evoluiu para o método clínico e a nosografia), seja pela experimentação empírica (que evoluiu desde a alquimia até a bioquímica, fisiologia e demais ciências médicas básicas), sempre teve como objetivo final o tratamento, ou seja, a busca de meios para o alívio ou cessação do sofrimento, fosse este do corpo ou da alma (a

psyche), ou ambos. Mesmo no passado distante, a opinião médica foi solicitada pelos governantes para orientar sobre as melhores condições para proporcionar e conservar a saúde de seus cidadãos, com preocupações de saúde pública e assistência aos doentes.

Ao que parece, as primeiras instituições dedicadas ao acolhimento e tratamento de enfermos mentais por médicos, foram criadas nas grandes cidades muçulmanas, como Bagdá, Damasco e Cairo, a partir do século X. Uma das primeiras no mundo cristão surgiu na cidade de Metz, atual França, no século XII. Tanto no mundo muçulmano quanto cristão predominava o controle dessas instituições pelo clero, como de hábito ocorria em outras formas caridosas de abrigo para os menos afortunados, fossem estes órfãos, viúvas, leprosos, ou aleijados. A esses abrigos chamavam de asilos (do grego *asylon*), por proporcionar refúgio aos seus beneficiários. Esses locais eram originalmente concebidos para a proteção de pessoas desvalidas e visavam sua recuperação, que deveria se dar com o auxílio de práticas próprias dos monastérios, com o emprego de silêncio, preces, recitações, disciplina monástica e de trabalho. No entanto, castigos físicos ou intensas purgações com jejuns ou outras formas de privação ou também impingir fortes emoções e medo, eram vistos como meios de promover a recuperação do enfermo mental. Considera-se, de acordo com diferentes autores, que a Idade Média europeia foi mais condescendente e tolerante com a convivência social dos “loucos”, enquanto que na Renascença e posteriormente, prevaleceu uma postura de segregação e hostilidade contra o enfermo mental resultando, segundo o autor Michel Foucault, na expansão das instituições destinadas a aprisionar os enfermos mentais e retirá-los do espaço público, também chamado de o período do “Grande Confinamento”.

Apesar das referências existentes que revelam uma prática desumanizada e de embrutecimento com o uso recorrente de correntes, algemas e celas escuras e sem higiene,

é preciso lembrar que ao final do século XVIII, no Reino Unido, surgem iniciativas de humanização especialmente após denúncias públicas das terríveis condições vigentes no *Bethlem Royal Hospital*, o “Bedlam”, e retratadas pelo artista William Hogarth na série de pinturas “*The Rake’s Progress*”, entre 1732 e 1733.

A mais importante iniciativa de humanização dessa época foi a fundação da instituição conhecida como “*York Retreat*” (Retiro de York), em 1796, por William Tuke, um comerciante de chá e membro da comunidade “*Quaker*” de York, no Reino Unido. O tratamento com liberdade relativa e baseado em práticas educativas foi designado como “tratamento moral”. Esta forma de tratamento, desenvolvida por Tuke com a participação de médicos “*Quaker*”, torna-se amplamente difundida na Europa através do relato publicado por Samuel Tuke, neto de William Tuke, em 1813. Quase ao mesmo tempo, na França revolucionária, Philippe Pinel, um médico que fora nomeado em 1793, pelo comitê revolucionário, para servir como “*médecin des aliénés*” (médico de alienados) do asilo de Bicêtre, em Paris, publica em 1801 o seu livro “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou La manie*” (Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou A mania) onde destaca as ações de Jean-Baptiste Pussin, administrador de Bicêtre, ex-paciente, que havia adotado ali um tratamento humanizado dos enfermos mentais, liberando-os de suas correntes e da segregação em porões escuros para a livre movimentação e o ar livre. É Pinel que cunha o termo “*traitement moral*” (tratamento moral).

A evolução da assistência psiquiátrica desde Pinel até os dias atuais

Na Europa e nas Américas observa-se então uma influência imediata das ideias inovadoras introduzidas no Reino Unido e na França. Já em 1808 surge uma legislação no Reino Unido para a regulamentação de asilos dedicados aos enfermos mentais (*County*

Asylum Act, 1808). Os avanços se dão especialmente após 1838, quando surge uma legislação francesa que determina a criação de estabelecimentos psiquiátricos hospitalares em todas as regiões administrativas (*départements*) da França e que também proporciona uma definição das internações voluntárias e involuntárias. Logo a seguir, em 1845, no Reino Unido, surge o “*Lunacy Act*”, que, entre outras determinações, coloca as instituições asilares dedicadas aos enfermos mentais sob controle público governamental e exige a presença de um médico em cada estabelecimento. As legislações refletem, de um lado, o resultado de movimentos oriundos da vertente humanista e humanitária do Iluminismo, e por outro lado, representam a crescente consciência das condições desumanas dos cuidados até então vigentes. A exigência de médicos é reflexo da exigência social de cuidados “profissionais”, por “especialistas”, como também é reflexo da influência de um racionalismo e maior confiança nos valores da ciência e do conhecimento empírico (via observação clínica-médica), em contraste com as teses e posturas religiosas ou leigas que vigoravam no passado.

Nos territórios de idioma alemão observa-se a criação de hospitais/asilos submetidos ao controle de instituições acadêmicas, quando são criadas cátedras universitárias. Já em 1784, portanto anterior a Pinel, o imperador Joseph II da Áustria, havia mandado construir uma edificação em forma de torre para servir de abrigo e local de tratamento para soldados ex-combatentes inválidos com enfermidades mentais, que ficou conhecida como “*Narrenturm*” (Torre dos Loucos). O estabelecimento fazia parte do “*Wiener Allgemeine Krankenhaus*” (Hospital Geral de Viena), criado naquele mesmo ano como um hospital universitário de ensino (*Universitätsklinik*). Em 1811, na Universidade de Leipzig, é estabelecida a primeira cátedra universitária dedicada ao estudo e ensino da “*psychische Therapie*” (Terapia mental), mais tarde designada como Psiquiatria, e ocupada pelo médico

Johann Christian August Heinroth. É ainda Heinroth que irá publicar em 1818 o primeiro tratado de Psiquiatria intitulado *“Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens”* (Tratado sobre os Transtornos da Vida Mental).

Nos Estados Unidos, Benjamin Rush, médico profundamente vinculado à causa da independência de sua nação, e um dos mais ativos representantes do Iluminismo em terras norte-americanas, empenha-se tanto na luta antiescravagista quanto na defesa de formas mais humanas e de um tratamento mais racional para os enfermos mentais. Torna-se professor de Química e de Teoria da Medicina na *University of Pennsylvania*. Ele propõe a criação de uma enfermaria para doentes mentais no Hospital da Pensilvânia. Em 1812 ele publica o primeiro livro médico a tratar sobre doenças mentais nas Américas, intitulado *“Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind”* (Questões médicas e observações sobre as doenças da mente). Entre suas contribuições mais importantes está sua posição em defesa de uma compreensão do alcoolismo como doença.

Especialmente na Alemanha, a partir da influência de Heinroth, desenvolvem-se os estudos sobre Psicopatologia, ou seja, um esforço sistemático para caracterizar clinicamente os sinais e sintomas das enfermidades mentais, que irá desembocar nos trabalhos fundamentais de Emil Kraepelin, que identifica como entidades clínicas, a Psicose Maníaco-Depressiva e a Dementia Praecox (atualmente designada como Esquizofrenia). Igualmente, a partir de Heinroth, se desenvolve a vertente de pensamento da “Psicossomática” que irá influenciar o surgimento dos conceitos psicológicos e psicanalíticos no século XIX.

Até o final do século XIX, na Europa, consolida-se a Psiquiatria como disciplina médica acadêmica, através da criação de cátedras universitárias, associações científicas, revistas científicas e congressos. Sua influência se faz presente nas legislações que irão surgindo para regulamentar a assistência e o tratamento, a capacidade jurídica, a separação

entre o criminoso comum e o enfermo mental e a criação de instituições reabilitativas, pedagógicas, para crianças com deficiência intelectual. No final do século XIX, a Psiquiatria irá influenciar o surgimento de disciplinas acadêmicas derivadas e independentes, como a Pedagogia e a Psicologia, esta última, por exemplo, estabelecida como disciplina acadêmica pelo médico Wilhelm Wundt, na Universidade de Leipzig, com a criação, em 1879, do “*Psychologisches Institut*” (Instituto de psicologia).

Os tratamentos permanecem pouco alterados, ainda concentrando-se nas alternativas propostas pelo “tratamento moral”, mas com uma crescente desilusão em função da cronicidade das formas mais graves de enfermidade mental e sua resistência às abordagens usuais. A Psiquiatria acadêmica começa a distanciar-se dos asilos, ocupando-se cada vez mais com as teorias e classificações. A realidade dos asilos tende a ser de superlotação, abusos e abandono.

Na França, muito tempo após a morte de Pinel, surge uma corrente de pensamento representada principalmente por Bénédict Augustin Morel, que culmina na “Teoria da Degenerescência” exposta no livro de Morel intitulado “*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine*” (Tratado sobre as degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana), publicado em 1857. Apesar de a obra de Morel ter inspirado ideias de pureza racial e eugenia, é preciso mencionar, para justiça do nome do autor, que ele mesmo, em 1860, publica outro livro intitulado “*Le non-restraint ou de l’abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*” (A não-contenção ou da abolição dos meios coercitivos no tratamento da loucura), onde denuncia:

“Com efeito, apesar das melhorias obtidas, estamos todos em uma situação cheia de perigos devido ao aumento gradual dos doentes mentais em nossos asilos. A que leva esta progressão que continuamente tende a perturbar o equilíbrio da organização disciplinar e econômica

das nossas instituições? A tornar malsucedidos os resultados obtidos para alcançar a sedação para nossos pacientes, a paralisar as tentativas que vem sendo testadas para reduzir a aplicação de meios coercitivos e, finalmente, a falsear os componentes para uma boa classificação dos alienados” (Morel, 1860, pg. 9).

O texto de Morel de 1860 relata sua visita ao Asilo de Hanwell, em Middlessex, Inglaterra, dirigido por John Conolly, o qual era um entusiástico defensor da abolição dos meios de contenção mecânica dos enfermos mentais. John Conolly tornou-se fundador de uma associação médica que acabou dando origem à *British Medical Association*.

Entre os importantes acontecimentos do século XIX que influenciaram a nossa atual compreensão e os tratamentos usados em Psiquiatria, deve-se mencionar a obra de Jacques-Joseph Moreau de Tours (‘de Tours’ não pertencia a seu nome mas apenas indicava sua procedência). Moreau de Tours publicou, em 1845, o livro *“Du hachisch et de l’aliénation mentale”* (Do haxixe e a alienação mental), resultado de suas observações realizadas em uma viagem ao Oriente Médio. Ele defendia que a intoxicação do haxixe produziria efeitos semelhantes aos observados nos pacientes com delírios e alucinações. Sua atuação abriu caminho para a psicofarmacologia dos dias atuais. Vale a pena mencionar que a viagem de Moreau de Tours decorreu de sua atuação como psiquiatra acompanhante de um paciente em uma “viagem terapêutica”. Isto revela uma das alternativas de tratamento externo ao asilo, ou “comunitária”, para os pacientes e famílias que tivessem recursos para o seu financiamento. Um exemplo famoso, do final do século XIX, de tratamento tanto hospitalar quanto extramuros é o tratamento do pintor Vincent Van Gogh.

As ideias de Heinroth, como já dito acima, evoluem para uma abordagem psicossomática e inspiram os movimentos que irão conduzir à psicanálise e às terapias psicológicas. Ao final do século XIX, para as classes abastadas existiam instituições privadas, como também existia a possibilidade de consultas por visitas domiciliares ou atendimento

em consultórios. Um bom exemplo disto é o proporcionado pela biografia do médico Sigmund Freud, um “*Nervenarzt*” (médico de nervos). Enquanto a população dos asilos se tornava predominantemente caracterizada por pacientes crônicos graves, incluindo muitos com formas de demenciação por neurosífilis, os pacientes que eram vistos nos consultórios eram formados predominantemente por “neurastênicos”, pessoas com sintomas somáticos inexplicados e alterações mentais que não comprometiam completamente seu funcionamento social. Freud, juntamente com Joseph Breuer, em Viena, dedica-se ao estudo da histeria e utiliza inicialmente os recursos da hipnose. Seu trabalho clínico irá gerar uma reflexão e sistematização que resultará na criação da Psicanálise, conjunto de teorias e práticas terapêuticas fundamentadas na postura de “ouvir o paciente” e na “terapia da palavra”.

Ao início do século XX diferentes abordagens emergem. As teses de Morel degeneram em teorias raciais e de eugenia, sendo o pior desfecho a campanha de eliminação sistemática dos “*Minderwertige*” (de menor valor), deficientes mentais e pacientes psiquiátricos, realizada pelo governo nazista de Hitler, na chamada “*Aktion T4*” (estimativas apontam para cerca de 200.000 assassinatos de pessoas, adultos e crianças, com deficiências físicas e mentais).

A abordagem inicial de Moreau de Tours sobre o haxixe dá caminho a um intenso processo de experimentação de medicamentos e outros meios “externos” de tratamento, que alcançam a superação dos antigos receituários à base de tintura de ópio ou valeriana, para o emprego de sais de bismuto e hidrato de cloral, chegando até as medicações atualmente reconhecidas.

Desde Anton Mesmer, que difundiu a hipnose como tratamento no século XVIII, e que utilizava eletricidade nos seus experimentos sobre o “magnetismo animal”, houve um

crescente interesse no uso da eletricidade como meio terapêutico. No início do século XX, pacientes recebiam tratamentos sob a forma de baixa corrente elétrica aplicada em seus corpos. Nos anos 1930 desenvolve-se a eletroconvulsoterapia que irá substituir os tratamentos em voga à base de injeções de *Plasmodium falciparum* para induzir malária e crises convulsivas febris, assim como substituirá o uso de cardiazol ou insulina, também com o propósito de induzir convulsões. No final do século XIX havia sido observada a melhora dos delírios e alucinações em pacientes africanos com malária, quando tinham convulsões febris. O emprego do “eletrochoque” se disseminou rapidamente diante da esperança inicial de que fosse um tratamento eficaz para a esquizofrenia. O tratamento, no entanto, nos seus primórdios implicava em um grande risco para o paciente. Em instituições asilares houve relatos de abuso e distorção da finalidade do seu emprego como forma de coerção e punição disciplinar. As intensas críticas conduziram algumas vezes ao abandono da técnica. Nos dias atuais a técnica da eletroconvulsoterapia foi reintroduzida com critérios e protocolos muito rígidos para o seu emprego e que determinam sua utilização com meios técnicos que reduzem os riscos e eliminam os desconfortos da técnica original.

Igualmente na década de 1930 surge o tratamento cirúrgico de enfermos mentais através da lesão provocada em feixes neuronais conectivos do lobo frontal, a lobotomia ou leucotomia, que resultou na concessão de um Prêmio Nobel de Medicina ao seu criador, o neurologista português Egas Moniz (aliás o único Nobel de Medicina concedido até hoje a alguém proveniente de um país lusófono). A lobotomia, embora receba críticas rapidamente após sua descoberta e se verifiquem resultados contraditórios ou que evidenciam alto nível de riscos e complicações, se difundiu e continuou a ser usada, sem uma regulamentação ou controle adequado, em vários países, inclusive o Brasil, até meados da década de 1950, quando passou a ser banida de vários países.

Tanto o “eletrochoque” quanto a “lobotomia” são exemplos de uma corrente de pensamento generalizada, não somente na Psiquiatria, que admitia práticas de alto risco e sem garantias de segurança ou de benefício em nome de uma possibilidade hipotética de “cura” sobre pacientes que, muitas vezes, não podiam opinar ou não podiam avaliar os riscos a que estavam submetidos. Outra lição importante dessa época é a constatação da vulnerabilidade dos pacientes e suas famílias, que serviam de “cobaias humanas” a experimentações de alto risco sem que houvesse alguma forma de controle externo, através de comitês de ética, como hoje é norma obrigatória. O controle externo só vai surgir após a adoção do Código de Nuremberg, em 1947, que procura regular a experimentação médica, como consequência dos abusos e atrocidades da medicina nazista.

A primeira e a segunda Grande Guerra, entre 1914-1918 e 1939-1945 respectivamente, portanto, tiveram um efeito significativo sobre a evolução da Psiquiatria e da assistência psiquiátrica. Devido à mobilização de contingentes militares os hospitais civis e os asilos ficavam desprovidos de pessoal e, especialmente no Reino Unido, deram origem a experiências de autogestão dos asilos pelos pacientes. A grande quantidade de soldados com “neuroses de guerra” também exerceu um forte impacto sobre a organização dos serviços. Finalmente, a revelação dos horrores dos campos de concentração nazistas e dos seus métodos, especialmente da atuação de médicos nazistas, gera uma profunda reflexão sobre o papel do Estado e a questão das liberdades fundamentais humanas. Isto também contribui para uma crescente descrença e ceticismo quanto aos métodos de tratamento baseados na hospitalização prolongada e forçada de pacientes psiquiátricos. O uso político da Psiquiatria pela União Soviética é também um outro fator que contribui para a emergência de uma “antipsiquiatria”, ou seja, uma corrente crítica que questiona a natureza social da rotulação do “louco” e o papel da Psiquiatria nesse processo, sendo o seu principal

representante o psiquiatra Thomas Szasz, húngaro radicado nos Estados Unidos, que publicou o livro “O Mito da Doença Mental”, em 1960.

No Reino Unido, a autogestão de hospitais psiquiátricos por pacientes durante a guerra se vê acrescida das experiências terapêuticas grupais dando origem ao conceito de “comunidade terapêutica” nos anos imediatos do pós-guerra. O Reino Unido tem um papel muito importante nas políticas assistenciais em psiquiatria, pois desde fins do século XIX já contava com a presença de movimentos contra a contenção de pacientes, o movimento “no-restraint”. Embora a Psicanálise na Inglaterra tenha recebido uma forte aceitação inicial, dando origem, entre outras, à Clínica Tavistock, nunca chegou a ser tão hegemônica no Reino Unido como nos Estados Unidos, onde nas décadas de 1950 até início de 1970 reinou absoluta através da assim chamada “Psiquiatria Dinâmica”.

O pós-guerra na Europa implicou em um grande esforço de reconstrução e com a implantação de políticas de “*welfare state*”. Havia também uma compreensão bastante disseminada sobre a necessidade de oferecer apoio e aconselhamento às pessoas e às famílias de forma ágil e próxima na comunidade, dando origem à disseminação rápida de serviços de aconselhamento e apoio psicológico de base comunitária.

Em 15 de Março de 1960, o Ministério da Saúde da França emite uma resolução sob a forma de uma circular estabelecendo a “*psychiatrie du secteur*” (psiquiatria de setor), que tem por finalidade promover a “desinstitucionalização” e redução de leitos psiquiátricos com a criação de serviços comunitários com uma área de abrangência territorial definida, incluindo serviços como, hospital-dia, oficinas protegidas e consultórios. Um dos argumentos utilizados é o de que, naquele momento, se observava uma redução significativa no tempo de permanência hospitalar dos pacientes psiquiátricos, graças às novas formas de tratamento. Quais seriam essas novas formas de tratamento, em 1960?

Em 1952, psiquiatras franceses identificam as propriedades antipsicóticas de um novo medicamento, a Clorpromazina. Em 1954, a FDA – *Food and Drug Administration* dos EUA, aprovam o uso da clorpromazina para o tratamento da esquizofrenia. A clorpromazina produz uma verdadeira revolução, pois realiza o que parecia impossível até então, proporcionando o controle de sintomas de agitação, delírios e alucinações, tanto na esquizofrenia quanto nos estados maníacos e contribui para o aumento das altas hospitalares e redução nas readmissões. O cenário das enfermarias psiquiátricas nunca mais seria o mesmo, a partir dessa descoberta (Ver Gráfico 1).



Gráfico 1 – Curvas comparativas das taxas de altas hospitalares e readmissões de pacientes psiquiátricos em hospitais psiquiátricos estaduais dos Estados Unidos, entre 1930 e 1970 (adaptado de Plow, 2012).

A observação cuidadosa do gráfico permite também concluir que já havia nos EUA um processo de “desinstitucionalização” em andamento, com redução da permanência nos hospitais psiquiátricos. Ao que parece, a palavra “*deinstitutionalization*” (desinstitucionalização), usada com o sentido de eliminar a permanência longa e indevida de enfermos mentais em asilos, foi utilizada formalmente com este significado pela primeira vez por John Maurice Grimes em seu livro intitulado “*Institutional Care of Mental Patients in the United States*”, publicado em 1934. O método para “desinstitucionalização”, usado àquela época, era a alocação dos pacientes em seus próprios lares (*‘parole care’*) ou em lares de famílias “substitutas” (*‘family care’*) que recebiam uma subvenção do estado para os seus cuidados. As readmissões eram, entretanto, muito altas, devido à deficiência ou ineficiência dos cuidados ambulatoriais ou comunitários, o que vai mudar substancialmente a partir de 1963, com o presidente John Kennedy Jr., através da promulgação do *Community Mental Health Act*, que leva à criação de uma extensa rede de centros comunitários de saúde mental (*Community Mental Health Centers*).

Portanto, em diferentes países desenvolvidos do mundo ocidental, a partir da década de 1960, surgem iniciativas conjuntas de “desinstitucionalização” e “psiquiatria comunitária”. Entre as estratégias complementares são ainda introduzidas alternativas como, serviços de atendimento de crises e emergências psiquiátricas, leitos hospitalares de curta duração em hospitais gerais, hospitais-dia, oficinas protegidas, centros de convivência e reabilitação psicossocial, entre outros.

A ampliação das opções medicamentosas e, em especial, a ampliação das opções de antipsicóticos com melhor eficácia para o tratamento de formas graves e refratárias de esquizofrenia, aumenta a demanda por uma rede diversificada de serviços extra-hospitalares.

Do ponto de vista global, a Organização Mundial da Saúde, e suas regionais para os diferentes continentes (como p. ex., a seção regional da OMS para as Américas é a OPAS – Organização Pan Americana da Saúde), vinculada à Organização das Nações Unidas e seus países-membros, tem a missão de proceder a diagnósticos da situação mundial e regional assim como estabelecer planos globais e auxiliar os países membros a implantar políticas de saúde mental. O Departamento de Saúde Mental da OMS é o setor responsável pelo desenvolvimento dos objetivos da OMS e, por sua vez, estabelece contato com os governos nacionais e seus ministérios ou departamentos de saúde, no intuito de promover a implantação das metas da OMS. O mais recente plano de ação da OMS para a saúde mental no mundo está descrito no documento intitulado *“Mental health action plan 2013-2020”*. O Plano de Ação da OMS propõe quatro objetivos principais, envolvendo o desenvolvimento de liderança e melhora da governança, ampliação dos serviços de base comunitária, promoção e prevenção de saúde mental e fortalecimento dos sistemas de informação e de pesquisa. Segue abaixo uma transcrição de excerto do documento com dois dos 21 parágrafos que explicitam o segundo objetivo.

“Objetivo 2: Prestação de serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em cenários de base comunitária

§ 48. No contexto da melhoria do acesso aos cuidados e qualidade de serviço, a OMS recomenda o desenvolvimento de serviços de saúde mental e assistência social abrangentes de base comunitária; a integração dos cuidados de saúde mental e tratamento em hospitais gerais e na atenção primária; continuidade de cuidados entre diferentes serviços e níveis do sistema de saúde; colaboração efetiva entre os prestadores de cuidados formais e informais; e a promoção do autocuidado, por exemplo, através do uso de tecnologias de saúde eletrônicos e móveis.

... ..

§ 56. Reorganização dos serviços e ampliação da cobertura: De forma sistemática deslocar para fora dos hospitais de longa permanência o local de cuidados de saúde mental para ambientes de saúde não especializados, com uma crescente cobertura de intervenções baseadas em evidências (incluindo a utilização de princípios de cuidados escalonados, conforme o caso] para condições prioritárias e usando uma rede interligada de serviços de saúde mental com base na comunidade,

incluindo internações de curta duração e tratamento ambulatorial em hospitais gerais, atenção primária, centros ampliados de saúde mental, centros de atenção-dia, apoio a pessoas com transtornos mentais que vivem com suas famílias, e apoio a moradia.” (versão ao português dos autores, WHO, 2013).

O documento mais recente da OMS, de 2013, acima mencionado, juntamente com a “Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência” (ONU, 2006) e os “*Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care*” (Princípios para a proteção das pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência de saúde mental), de 1996, da ONU, delineiam os princípios norteadores para as políticas de assistência psiquiátrica a serem adotados pelos países-membros da ONU, onde se inclui o Brasil.

Psiquiatria e direitos humanos

Como visto na exposição anterior, desde Pinel até os dias atuais, houve uma crescente expansão da consciência pública sobre os direitos dos enfermos mentais. Ao início, a preocupação filantrópica e humanitária concentrava-se no oferecimento de um tratamento menos cruel e com menos restrições, que tinha como princípio básico a ideia da benevolência e respeito aos desafortunados e que também reconhecia que a gravidade de sua enfermidade era aliviada quando submetidos a um tratamento mais humano e com possibilidades de socialização.

Quando se consolida a concepção da enfermidade mental como uma condição médica, ou seja, quando se entende que as afecções da mente são passíveis de alívio através dos cuidados do corpo e do cérebro e, principalmente, se consolida a ideia de que essas afecções não são consequência do pecado ou do castigo divino e sim “desequilíbrios”

acidentais ou secundários a fortes comoções ou traumas, também então se consolida a ideia de um direito ao tratamento e que este tratamento não pode ser restrito aos cuidados religiosos e sim, deve exigir “profissionais” que dominem uma ciência racional da mente.

A expansão dos direitos vai então desde o direito à benevolência até o reconhecimento de uma causa humana ou natural para o sofrimento mental e daí ao direito de se investir num conhecimento e domínio da patologia da mente, e a construção de um corpo de conhecimentos empíricos para o seu tratamento, com a fundação da Psiquiatria e de suas disciplinas derivadas, a Psicologia e a Pedagogia (esta vista numa acepção terapêutica e que irá desembocar nas diferentes formas de reabilitação reeducativa).

Lado a lado se veem esforços tanto humanitários e de defesa e advocacia dos melhores interesses dos enfermos mentais quanto também esforços desesperados na busca de soluções terapêuticas de cura ou alívio, estes movidos ora aqui pelo desejo genuíno de auxílio algumas vezes mas também outras vezes movidos por uma ideologia cientificista ou pela ambição individualista e desmedida de glória na produção de descobertas fantásticas, próprio do ambiente intelectual do início do século XX.

O pêndulo da história produz o acirramento e eclosão de uma ideologia racial e eugenista, para a qual a enfermidade mental é apenas uma fraqueza hereditária a ser extirpada da espécie humana, e que conduz ao holocausto de milhares de enfermos mentais na aventura infernal do nazismo.

A superação pelas armas e pelo sacrifício de milhões de seres humanos em todo o mundo, levanta um verdadeiro “tsunami”, ondas de reflexão social sobre as origens do pesadelo nazista. Isto irá contribuir decisivamente para uma revisão e atualização do conceito de direitos fundamentais, gerando a Carta das Nações Unidas, de 1945, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. No campo da ciência e da medicina,

surge o “Código de Nuremberg”, em 1947, como documento auxiliar para o Tribunal de Nuremberg, criado para julgar líderes nazistas por crimes de guerra e que se inicia com o julgamento de médicos envolvidos diretamente com as execuções em massa e experimentações abusivas e cruéis em seres humanos, crianças e adultos, mantidos nos campos de concentração. Uma das principais conquistas do “Código de Nuremberg” é a incorporação do conceito de “autonomia”.

Fora do campo da pesquisa médica, a questão da autonomia do paciente se estende também aos tratamentos a que é submetido. Já no século XIX, a legislação francesa de 1838 previa uma regulamentação das diferentes formas de internação, voluntária, involuntária e por determinação administrativa/judicial, prevendo a existência de instâncias de revisão e controle externo através de comissões e inspeções.

Portanto, a evolução da história ao longo dos séculos XIX e XX conduz gradualmente à visão moderna de direitos das pessoas com transtornos mentais ou deficiências. Sob a liderança da OMS, a questão dos direitos humanos e saúde mental é hoje um tópico obrigatório da formulação e implantação de políticas nacionais e locais.

Assistência psiquiátrica no Brasil – história

Para fins didáticos sugerimos a divisão da história da assistência psiquiátrica no Brasil em quatro grandes períodos: I) Do período colonial até o final do Primeiro Reinado; II) do início do Segundo Reinado até o período entre o início da Ditadura de Vargas e o final da II Grande Guerra; III) Período após a II Grande Guerra até a Abertura Democrática e fim do regime militar, e IV) Período Contemporâneo, incluindo o período da redemocratização e promulgação da Constituição de 1988 até os dias atuais (Ver quadro sinóptico, a seguir).

Fase Histórica	Período	Características	Principais marcos ou personagens
Período Colonial até o Primeiro Reinado	Até 1852	Ausência do Estado, assistência laica ou religiosa; Influência do pensamento francês (Philippe Pinel) nos primeiros alienistas	Santas Casas de Misericórdia e prisões são o único espaço de custódia de doentes mentais; José Martins da Cruz Jobim publica “Insânia Loquaz” (1831), primeira publicação sobre doenças mentais no Brasil
Segundo Reinado até o Estado Novo	1852 a 1934	Gradual presença do Estado na organização dos asilos; Início da Psiquiatria como disciplina acadêmica, com cátedras, sociedades e publicações; Transição dos hospícios urbanos para hospitais-colônias; Surgimento do pensamento eugenista; Tratamento predominante é asilar	Estatutos do Hospício de D. Pedro II (1852); Serviço de Assistência Médica e Legal a Alienados do Distrito Federal (1890); Juliano Moreira (“pai da Psiquiatria Brasileira”); Decreto 24.559 de 1934.
Da II Grande Guerra até a Abertura Democrática	1941 a 1987	Aprofundamento da presença do Estado, através de órgãos centrais de planejamento, administração e controle e do estabelecimento de uma rede pública de assistência psiquiátrica; Surgimento das abordagens comunitárias e humanistas; Surgimento dos psicofármacos antipsicóticos (clorpromazina); No Brasil, a crise econômica dos anos 80 evidencia os déficits causados por internações desnecessárias; Surgimento do movimento antimanicomial; Com a Constituição de 1988, é instituído o SUS – Sistema Único de Saúde, incorporando os antes separados serviços psiquiátricos do Ministério da Saúde e do INAMPS em uma única coordenação;	Criação do Serviço Nacional das Doenças Mentais (1941); Os psiquiatras Nise da Silveira e Ulysses Pernambucano sofrem com a repressão política da ditadura de Vargas e são pioneiros na ressocialização de pacientes psiquiátricos; A ABP – Associação Psiquiátrica Brasileira é criada em 1966; Portaria 3018, de 21/12/1982, do Ministro da Previdência e Assistência Social, Hélio Beltrão, estabelece o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, privilegiando a assistência ambulatorial e extra-hospitalar; Prof. Luis Cerqueira, da FMRP-USP publica o livro “Psiquiatria Social” em 1984 com dados sobre a crise brasileira; I Conferência Nacional de Saúde Mental é realizada no Rio de Janeiro em 1987 e inaugura a “Reforma Psiquiátrica” no Brasil
Período Contemporâneo, pós-Constituição de 1988	1988 até o presente	Processo de consolidação legal e administrativa da “Reforma Psiquiátrica”; Legislação sobre direitos dos pacientes e sobre as formas de internação psiquiátrica; Surgimento das modalidades de serviços de saúde mental comunitárias do tipo NAPS e CAPS; Expansão e diversificação dos CAPS (CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS-AD, CAPS-i); Processo progressivo de integração do setor de Saúde Mental do SUS com a Atenção Básica e formação de redes (RAPS)	Projeto de lei “Paulo Delgado” (1989) é modificado pelo Senado e resulta na Lei 10.216 (2001); Lei nº 10.708 institui auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de internações psiquiátricas (2003) – Programa “De Volta Para Casa”; Portaria GM/MS nº 3.088/2011 institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

Quadro 1. Breve sinopse da história da assistência pública psiquiátrica no Brasil

Extrato de artigos do Regimento do Hospício de Pedro II

Art. 10. Ninguém será inscripto nos livros do assentamento ou matricula dos alienados do Hospicio de Pedro Segundo, senão em virtude de despacho do Provedor da Santa Casa; e este só poderá ordenar a matricula:

- 1º A' vista de requisição official do Juiz dos Orphãos, ou do Chefe ou Delegado de Policia do districto da residencia do alienado, ou do lugar onde for encontrado; e sendo Militar, Ecclesiastico ou Religioso, do seu Superior competente:
- 2º Sobre petição do pae, tutor, ou curador, irmão, marido ou mulher, ou senhor do alienado, por elles assignada, com reconhecimento da assignatura por Tabellião Publico.

Art. 11. Em qualquer dos referidos casos, cumpre que tanto os Officios de requisição, como as petições declarem o nome, naturalidade, residencia, idade, condição civil, e estado do alienado; e que as segundas, sejam além disso, instruidas com certidão authentica da sentença do Juiz dos Orphãos que houver julgado a demencia, ou pelo menos de attestado de Facultativo clinico, que certifique a alienação mental; devendo todos os documentos ser reconhecidos por Tabellião, e competentemente sellados.

Art. 12. Quando os alienados não vierem acompanhados de certidão authentica do julgamento da demencia, serão postos em observação por tantos dias, quantos forem bastantes para se formar juizo seguro do seu estado mental, com tanto que não excedão a quinze; sendo obrigados os Facultativos clinicos do Estabelecimento a interpor hum parecer motivado, fundado nas suas observações, dentro do referido prazo, de que se lavrará assento em livro para este fim privativamente designado: e segundo for o resultado do parecer, o Provedor ordenará a matricula ou a sahida.

... ..

Art. 14. Sempre que algum alienado, que houver entrado sem vir acompanhado de instrumento de julgamento da sua demencia, se demorar no Hospicio por mais de hum mez, o Administrador do mesmo Hospicio he obrigado a communicar a sua admissão ao Juiz dos Orphãos desta Cidade, a fim de que proceda conforme for de direito.

Art. 15. Para evitar os abusos que possam commetter-se na detenção indevida dos alienados, e obstar a que se attente contra a liberdade e segurança pessoal dos individuos, dando-os como alienados, sem o estarem, são incumbidos os Membros da Administração do Hospicio, e particularmente o Provedor de visitar frequentemente os dormitórios e aposentos dos alienados, fazendo as convenientes investigações para conhecerem por si mesmos a verdadeira posição e estado mental de cada alienado. (Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852)



O Regimento do hospício foi publicado sob a forma de um decreto do imperador e continha regras para admissão de pacientes, o papel dos médicos na orientação das prescrições, as formas de contenção e seu limite de emprego e até mesmo a determinação da dieta, e condizia em boa parte com a lei francesa de 1838.

Havia uma classificação dos pacientes em função de um critério de gravidade, como também distinguia entre pacientes pagantes e não-pagantes (indigentes, p. ex.). O hospício de D. Pedro II podia receber pacientes oriundos de províncias distantes, e estas deveriam se responsabilizar pelos custos do tratamento. As estatísticas iniciais demonstram uma flutuação importante nas admissões (entradas) e altas (saídas), indicando que não havia uma expectativa de permanência indefinida e que se buscava alguma forma de melhora e alta.

Uma tabela estatística do ano de 1874, ou seja 22 anos após sua inauguração, revela que 17,3% dos 300 pacientes (a capacidade declarada do hospício) internados estavam hospitalizados há menos de um ano, outros 37% se encontravam internados por um período entre um e cinco anos, quase 29,3% estavam entre 5 e quinze anos, e os restantes 16,4% já residiam no hospício por um período acima de quinze anos.

(Rey, 2012 – sobre texto de 1875 traduzido do francês).

Quadro 2. Primeira legislação conhecida sobre assistência psiquiátrica no Brasil, o Regimento do Hospício de D. Pedro II, foi publicado como um Decreto do Imperador, em 1852.

O principal marco histórico de fundação da assistência psiquiátrica no Brasil é a inauguração do Hospício de D. Pedro II, em 05 de Dezembro de 1852 (o decreto de criação é

de 1841), localizado em frente ao mar, na enseada de Botafogo, no Rio de Janeiro, ao pé do morro do Pão de Açúcar (parte da construção original ainda permanece atualmente como sede de órgãos da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Não era uma localização rural, e se considerava um fator importante estar próximo a terminais de bonde para facilitar a locomoção de pacientes e familiares. A instituição pretendia representar um avanço em termos científicos e humanitários e procurava incorporar o melhor saber da época.

O principal marco histórico de fundação da assistência psiquiátrica no Brasil é a inauguração do Hospício de D. Pedro II, em 1852, localizado em frente ao mar, na enseada de Botafogo, no Rio de Janeiro, ao pé do morro do Pão de Açúcar. Não era uma localização rural, e se considerava um fator importante estar próximo a terminais de bonde para facilitar a locomoção de pacientes e familiares. A instituição pretendia representar um avanço em termos científicos e humanitários e procurava incorporar o melhor saber da época. O regimento do hospício foi publicado sob a forma de um decreto do imperador e continha regras para admissão de pacientes, o papel dos médicos na orientação das prescrições, as formas de contenção e seu limite de emprego e até mesmo a determinação da dieta, e condizia em boa parte com a lei francesa de 1838. Havia uma classificação dos pacientes em função de um critério de gravidade, como também distinguia entre pacientes pagantes e não-pagantes (indigentes, p. ex.). O hospício de D. Pedro II podia receber pacientes oriundos de províncias distantes, e estas deveriam se responsabilizar pelos custos do tratamento. As estatísticas iniciais demonstram uma flutuação importante nas admissões (entradas) e altas (saídas), indicando que não havia uma expectativa de permanência indefinida e que se buscava alguma forma de melhora e alta. Uma tabela estatística do ano de 1874 revela que 17,3% dos 300 pacientes internados estavam hospitalizados há menos de um ano, outros 37% se encontravam internados por um período entre um e cinco anos,

quase 29,3% estavam entre 5 e quinze anos, e os restantes 16,4% já residiam no hospício por um período de quinze anos até o máximo de vinte e cinco anos (Rey, 2012 – sobre texto de 1875 traduzido do francês.)

Até o fim do século XIX várias outras províncias do Império, como por exemplo, São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul, já teriam seus próprios hospícios provinciais. Até o fim do século XIX várias outras províncias do Império, como por exemplo, São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul, já teriam seus próprios hospícios provinciais seguindo o exemplo do Hospício de D. Pedro II.

Com a chegada da República o cenário se altera apenas para a renomeação das instituições e a indicação de novos diretores afinados com o novo regime. À medida que o tempo avança e a qualidade dos serviços se deteriora juntamente com uma superlotação, surgem discussões sobre formas alternativas de tratamento que possam ser autossustentáveis do ponto de vista financeiro e com maior facilidade de administração. Os gestores brasileiros irão se inspirar em experiências europeias, mais uma vez, e irão introduzir no país o modelo dos asilos organizados como colônias agrícolas. Os hospitais-colônias passam a ser construídos em áreas rurais, em instalações de grande proporção com capacidade para centenas ou milhares de pacientes. A lógica dos hospitais-colônias não foi aplicada exclusivamente aos enfermos mentais, sendo aplicada extensivamente para pacientes portadores da hanseníase ou também de tuberculose.

Exemplo importante desse período da virada do século XX é a inauguração em São Paulo, em 1898, do Asilo de Alienados do Juqueri, dirigido pelo psiquiatra paulista, formado no Rio de Janeiro, Francisco Franco da Rocha, que dirigiu o asilo até 1923. O asilo, sob a direção de Franco da Rocha, foi inicialmente projetado para 800 pacientes e fazia uso do trabalho agrícola e do emprego de famílias da região que, remuneradas, recebiam pacientes

para uma prática de reinserção social. Após a saída de Franco da Rocha o asilo rapidamente se agiganta e deteriora, especialmente a partir da administração do interventor do Estado de São Paulo, Adhemar de Barros, nomeado pelo ditador Getúlio Vargas. Já em 1963 o “Juqueri” é alvo de denúncias na imprensa e relatado como “uma pocilga”. Relatos informam que a superlotação do complexo asilar chega a alcançar 12904 pacientes em 1966. Uma sistemática campanha de redução do contingente de internos se inicia e, em 1985, lá se encontram ainda cerca de 1000 pacientes. O complexo sofreu mudanças mas ainda existe.



Figura 1. Recorte da manchete do jornal “Folha de São Paulo” de 21 de Fevereiro de 1963, em que foi publicada extensa reportagem denunciando as condições do “Juqueri”.

Portanto, o tempo compreendido entre a instalação do Estado Novo, com a ditadura de Getúlio Vargas até o início da década de 1960, vê um “inchaço” dos grandes asilos-colônias agrícolas, tanto sob gestão pública estadual, como o “Juqueri” e “Barbacena”, quanto sob gestão pública federal, como a “Colônia Juliano Moreira”, no antigo Distrito

Federal, no Rio de Janeiro. Assim passa a predominar uma concepção de tratamento eminentemente hospitalar de média e longa duração e eminentemente orientada para a privatização da assistência. Conforme menciona Luiz Cerqueira: "em 1950 existiam 0,41 internados por 1.000 habitantes; 0,82 em 1970. Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, a população do hospital psiquiátrico aumentou 213%, apesar do advento dos psicotrópicos" (CERQUEIRA, 1984).

Nos primeiros anos da década de 1960, na presidência de João Goulart, observa-se manifestações da imprensa, com denúncias graves sobre os maus-tratos nessas instituições (Ver Figura 1). Entretanto esse movimento se silencia com o início da ditadura militar. O que se observa é a continuidade de um processo progressivo de privatização da assistência psiquiátrica hospitalar com um número cada vez maior de leitos psiquiátricos privados, até o início da década de 1980, quando uma grave crise econômica obriga os Ministérios, da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Saúde (MS) a reverem suas políticas assistenciais psiquiátricas. O movimento se inicia no MPAS, no antigo INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS era o principal órgão público responsável pela compra de leitos privados. Em 1982, o MPAS lança o "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária", que propunha a criação de formas alternativas de assistência, e com restrições à internação psiquiátrica. O INAMPS, após o programa de reestruturação de 1982, modifica sua política de internações psiquiátricas, tornando necessária a apresentação da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, uma forma de controle da porta de entrada de internações através dos prontos-socorros públicos.

Ainda antes, algumas tentativas começam a ser feitas na década de 1970, no sentido de se constituir uma rede ambulatorial de consultórios psiquiátricos, ou, ainda melhor, se

constituírem equipes de saúde mental (com psiquiatra, psicólogo e enfermeiro, p.ex.) em centros de saúde. Tais experiências se dão principalmente em São Paulo, sob a influência de Luiz Cerqueira, quando de sua passagem como Coordenador de Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, e de Marcos Ferraz (nos anos 80), e de Paulo Amarante no Rio de Janeiro (nos anos 80).

Exemplo importante de estruturação de uma rede de serviços de psiquiatria é a configuração dos serviços psiquiátricos universitários do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, construídos por seus docentes ao longo de décadas, e que também recebeu a influência inspiradora de Luiz Cerqueira, e que, já em 1978, quando da inauguração do novo prédio do HC-FMRP no campus da USP de Ribeirão Preto, possuía enfermaria de psiquiatria em hospital geral, hospital-dia, serviço de urgências psiquiátricas, ambulatorios de psiquiatria em hospital geral, e de psicoterapia, assim como um serviço ambulatorial de psiquiatria infantil, com equipes compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

No plano social e político da época merece menção o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, que evolui a partir do movimento associativo de servidores técnicos da antiga DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) do Ministério da Saúde, responsável pela gestão de grandes hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro (Colônia Juliano Moreira e Centro Psiquiátrico D. Pedro II). Outros núcleos de profissionais de várias formações que atuam em serviços psiquiátricos públicos ou que atuam no campo acadêmico ou de sociedades científico-profissionais, vão se formando e se integrando no movimento mais amplo em prol da Reforma Sanitária. Pode-se dizer, de forma geral, que o conceito de uma Reforma Psiquiátrica vai se formando a partir desses profissionais e da atuação desses núcleos e vai criando uma forte corrente de opinião que vai influir decisivamente nos rumos

da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, e que, em seu relatório final, propõe um conjunto de princípios e uma profunda reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Assistência psiquiátrica atual no Brasil

A mais alta instância de regulação jurídica do Brasil é sua Constituição. Atualmente, vigora a Constituição de 1988, marco histórico da redemocratização do país. A Constituição de 1988 dedica uma seção inteira, a Seção II, para a Saúde, e ali determina a criação de um sistema unificado e universal de saúde. Esse é o marco inicial da criação do atual “Sistema Único de Saúde” (SUS) que, segundo a Constituição, deve organizar toda a atenção de saúde no país. Portanto, a assistência psiquiátrica está submetida ao SUS e é por ele regulada.

Um pouco antes de 1988, no entanto, já estava em andamento o processo de criação de um sistema nacional de assistência psiquiátrica. A proposta do SUS emanou da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (presidida por Sérgio Arouca, ex-aluno da FMRP-USP) e propõe a Reforma Sanitária no Brasil. Como desdobramento desta, realiza-se em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental, por sua vez, marco histórico fundamental para o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

As políticas de saúde no SUS, no que diz respeito à determinação de prioridades, estabelecimento de conceitos, definições e contextos de ação, assim como para a formulação de diretrizes, planos de ação e formas de financiamento, dependem fundamentalmente da construção laboriosa de consensos entre representantes governamentais, técnicos, representantes dos profissionais de saúde, representantes de órgãos acadêmicos, representantes de órgãos de classe, representantes dos usuários dos serviços e da sociedade civil. Assim é desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Para esse

objetivo existem as Conferências Nacionais, Estaduais, Regionais e Municipais, setoriais e intersetoriais, convocadas de tempos em tempos, as quais formulam consensos e propostas que vão fundamentar os documentos oficiais que propõem as políticas públicas de saúde assim como as resoluções e portarias ministeriais que regulam o sistema de saúde. Abaixo das Conferências, existem inúmeros colegiados e comissões que implementam as proposições das Conferências e resoluções através da operacionalização e controle da implantação das políticas. Esses colegiados procuram harmonizar os interesses dos três níveis de gestão pública, federal, estadual e municipal, assim como atuam nos casos de consórcios regionais intermunicipais. No nível municipal, o órgão colegiado mais importante é o Conselho Municipal de Saúde, sendo que em algumas cidades também chegou a ser criado um Conselho Municipal da Reforma Psiquiátrica (Ribeirão Preto, p. ex.) ou colegiados equivalentes.

Portanto, as políticas de assistência psiquiátrica no Brasil, são definidas laboriosamente, de forma coletiva, multiprofissional, multidisciplinar, interinstitucional e de forma aberta e transparente, desde o nível das Conferências até o nível dos conselhos municipais de saúde. O ambiente democrático de tendência municipalista e federalista permite também um espaço para iniciativas próprias que podem ser tomadas pelos municípios ou pelos estados, e que complementam ou suplementam as políticas do SUS. Entretanto, nesses casos, quando isso ocorre, os municípios e estados têm que arcar sozinhos com seus planos extra-SUS. Portanto, a quase totalidade da assistência psiquiátrica pública no Brasil é condicionada pelas diretrizes do SUS, pelo Ministério da Saúde.

Componentes da RAPS	Pontos de Atenção (Serviços)
Atenção Básica em Saúde	<i>Unidade Básica de Saúde (UBS)</i>
	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</i>
	<i>Consultório na Rua</i>
	<i>Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</i>
	<i>Centros de Convivência e Cultura</i>
Atenção Psicossocial Estratégica	<i>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):</i>
	CAPS I (acima de 20.000 hab.)
	CAPS II (acima de 70.000 hab.)
	CAPS III (acima de 200.000 hab./24h)
	CAPS AD (acima de 70.000 hab.)
	CAPS AD III (acima de 200.000 hab./24h)
Atenção de Urgência e Emergência	CAPS i (crianças/adolesc.; acima de 150.000 hab.)
	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24h; Serviços de emergências/pronto-socorro em hospitais (em RP, UE-HC) e UBS (em RP, UBDS)
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento (adultos ou crianças)
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
	Obs.: Comunidades Terapêuticas
Atenção Hospitalar	Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência
	Obs.: ¹ um leito/23 mil hab. ² possib. leitos em clínica geral ou pediátrica
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa (auxílio/bolsa)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Quadro 3 – Componentes da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

A execução da política de Saúde Mental está portanto a cargo do Ministério da Saúde, o qual atualmente possui uma Coordenação-Geral de Saúde Mental, vinculada ao Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A regulamentação mais recente da rede de assistência psiquiátrica está definida pela Portaria Ministerial 3088, de 23 de Dezembro de 2011, e republicada em 21 de Maio de 2013, e que institui a “**Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**” (Ver quadro 3).

Reforma Psiquiátrica no Brasil

Em 1989, por iniciativa do deputado Paulo Delgado, deu entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei que ficou conhecido como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. O projeto tramitou por 12 anos no Congresso, e após muitas mudanças em seu texto original, foi finalmente aprovado em 2001, e publicado como a Lei nº 10.216 (6 de abril de 2001). A lei 10.216 estabelece os direitos dos portadores de transtornos mentais, enfatiza o tratamento não hospitalar e promove a eliminação dos asilos (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2001).

Assim, o artigo 2 da lei, estabelece os seguintes direitos, descritos no Quadro 04.

Art. 2 Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Quadro 4. Artigo 2 da Lei 10.216/2001, que determina os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais.

Ao colocar os serviços comunitários como preferenciais no tratamento, a lei também regulamenta as internações, para que não haja abusos. Assim, cinco artigos desta lei (do quarto ao nono artigo) definem os limites para as internações psiquiátricas. Estes artigos estão transcritos no Quadro 05.

Art. 4 A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5 O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6 A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico 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.

Art. 7 A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8 A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9 A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A despeito das mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica, um grupo específico de pessoas em sofrimento mental ainda não estava adequadamente reconhecido pelas políticas de Saúde Mental: pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, em 2003, o Ministério da Saúde tornou público o documento “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”. O documento reconhece o descaso histórico com este grupo e estabelece que o cuidado a estas pessoas deve se basear nos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Considerações Finais

Muito ainda precisa ser feito, apesar dos avanços alcançados até o momento atual, principalmente relacionados a perda da centralidade das hospitalizações e pela proposição de uma rede de atenção psicossocial. Restam ainda inúmeras questões a serem resolvidas, desde o financiamento do sistema, passando pela garantia de qualidade, universalidade, e integralidade, pelo enfrentamento do estigma e da inserção social, até o adequado provimento de serviços e equipes multidisciplinares em todas as regiões do país. É preciso aumentar a rede assistencial comunitária, com efetiva cobertura territorial e garantia de qualidade de serviços, tanto para os centros de atenção psicossocial (com distribuição equilibrada das modalidades de serviços) e com o investimento em outros equipamentos ou “pontos de atenção”, como os Centros de Convivência e equipes de Consultório na Rua. É muito importante que haja uma discussão competente sobre o papel das “comunidades terapêuticas”, de natureza técnica e ética, de forma que o apoio a essas instituições (bastante questionável) não se degenere, como no passado, em um sistema paralelo de privatização da assistência e de novas formas de segregação. É preciso também fortalecer a

intersectorialidade, considerando que pessoas com transtornos psiquiátricos tem outras necessidades básicas, que se não sanadas, podem servir como mantenedoras ou agravadoras deste sofrimento, como a falta de moradia, fonte de subsistência e suporte social. Outro desafio é a exigência de formação de profissionais adequadamente qualificados para o setor. A ausência de protocolos integrados de tratamento baseados em evidência propicia uma elevada dispersão de orientações e abre espaço para condutas “semi-profissionais”, assim como a carência de treinamento e supervisão focados nas questões éticas e de humanização da assistência também contribuem para o fatalismo e imobilismo terapêutico. Os locais de treinamento com apropriada qualificação para as exigências do setor público são escassos e muitas vezes se dão apenas em serviços hospitalares ou universitários ainda fortemente caracterizados no modelo de trabalho de um profissional liberal em sua clínica individual e muitas vezes sem incluir o aprendizado do trabalho em equipe. Ainda sobre a formação, é preciso garantir uma formação que permita ao profissional o domínio de conceitos e competências que lhe permitam compreender e atuar sobre condições que são multifatoriais, sujeitas a fatores psicológicos, familiares e sociais, e que exigem intervenções multidisciplinares e multiprofissionais, de forma harmônica, integrada e coordenada. Lamentavelmente, a formação prática do psiquiatra muitas vezes deixa pouco espaço para o desenvolvimento de competências além daquelas restritas ao modelo biológico-farmacológico, de forma reducionista. Qualquer reducionismo, seja no foco exclusivo de fatores neuroquímicos ou no foco exclusivo sobre uma afirmação total de uma causalidade social, pode conduzir a prejuízos para a pessoa portadora de transtorno mental e pode implicar numa restrição a seus direitos, deixando de considerar a complexidade dos transtornos psiquiátricos.

O tratamento a pessoas usuárias de álcool e outras drogas também tem se mostrado um desafio. Por um lado, há estratégias que buscam incentivar o trabalho na atenção primária e focado na redução de danos (FURTADO, CORRADI-WEBSTER, LAPREGA; 2008), por outro, pesquisadores tem chamado a atenção para a volta da “indústria da loucura”, com o aumento de clínicas privadas para atender a esta população em internações compulsórias ou involuntárias de longo prazo (CORRADI-WEBSTER, 2013). Destaca-se que muitas destas recebem incentivos do governo, e que há atualmente dificuldade de fiscalização destes equipamentos, que recebem denúncias de violência e maus-tratos.

As políticas de assistência psiquiátrica não poderão nunca mais esquecer as questões éticas fundamentais que foram desveladas ao longo do século XX, e que marcaram profundamente a história da Psiquiatria, no Brasil e no mundo, com a demonstração incontestável dos riscos de descaminhos e abusos. Uma Psiquiatria contemporânea deverá estar sempre atenta aos valores primários de benemerência e de respeito à dignidade humana que inauguraram a Psiquiatria como uma ciência e um saber médico-humanista pelas mãos de Philippe Pinel.

Mensagens-Chave:

- A assistência psiquiátrica e a Psiquiatria remontam ao marco histórico representado por Philippe Pinel, defensor dos ideais da Revolução Francesa, nomeado por esta como diretor do asilo de Bicêtre em 1793, e de seu *“Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale”*, publicado em 1801, em que se encontra a sua defesa da dignidade humana, do tratamento benevolente e profissional, e da cidadania dos enfermos mentais;

- O marco histórico no Brasil é a inauguração do Hospício de Dom Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, fundado nos princípios do “tratamento moral”;
- A história da assistência psiquiátrica no Brasil pode ser dividida, para efeitos didáticos, em quatro períodos: I) Do período colonial até o final do Primeiro Reinado; II) do início do Segundo Reinado até o período entre o início da Ditadura de Vargas e o final da II Grande Guerra; III) Período após a II Grande Guerra até a Abertura Democrática e fim do regime militar, e IV) Período Contemporâneo, incluindo o período da redemocratização e promulgação da Constituição de 1988 até os dias atuais;
- O marco histórico contemporâneo corresponde à realização da Iª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que consagra em seu relatório final a orientação de mudanças na assistência psiquiátrica em direção aos objetivos da Reforma Psiquiátrica;
- A lei 10.216, publicada em dezembro de 2001, regulamenta a proteção dos portadores de transtornos mentais e consolida a reorientação da assistência psiquiátrica com a orientação para uma desinstitucionalização e constituição de uma rede de serviços de base comunitária;
- A Portaria Ministerial 3088 de 23 de Dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, que define seus componentes e “pontos de atenção”, e configura os serviços integrantes da RAPS em diferentes níveis, desde a atenção básica até a reabilitação psicossocial.
- Uma rede de atenção psicossocial, voltada a assistência psiquiátrica, deve conter serviços ou “pontos de atenção”, constituídos por, equipes de saúde mental na atenção básica e saúde da família, centros de convivência, centros de atenção

psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad, e CAPS i), emergências psiquiátricas, enfermarias em hospital geral, entre outros.

- A legislação brasileira, na lei 10.216 de 2001, prevê três formas de internação psiquiátrica: 1) voluntária (com consentimento escrito do paciente); 2) involuntária (a pedido de terceiros) e, 3) compulsória (por mandato judicial). Em qualquer caso se requer um laudo médico circunstanciado e deve haver autorização médica para as internações voluntárias e involuntárias.

Leituras recomendadas:

P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

Bezerra Jr B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(2):243-250.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Brasil. Presidência da República. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Corradi-Webster CM. Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*. 2013; 4(2): 10-20.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58):12-25.

Devera D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007; 6(1): 60-79.

Engel MG. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 352 p. Loucura & Civilização collection. ISBN: 85-85676-94-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Furtado EF, Corradi-Webster CM, Laprega MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil, evaluation of the PAI-PAD model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2009; 25: 539-551.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):297-305.

Maia RCM, Fernandes AB. O Movimento Antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2002; 17(48): 157-71.

Questões para debate:

- a) Considere a história da Psiquiatria, desde seus primórdios de defesa de um tratamento humano, benevolente e racional aos enfermos mentais, ao fim do século XVIII com o médico Philippe Pinel, diante de um cenário onde as alterações do comportamento eram consideradas um castigo divino pelos pecados cometidos e apenas destinadas aos cuidados religiosos, até os tempos atuais, onde a assistência psiquiátrica é fundamentada em princípios éticos regulamentados e conduzida em um cenário de atenção profissional em equipe multidisciplinar e com diversidade de alternativas assistenciais. Discuta os limites da hospitalização psiquiátrica.

- b) Com a introdução da clorpromazina, em 1952, aliada à expansão de uma rede comunitária de serviços psiquiátricos, foi observada uma mudança radical na ocupação dos antigos asilos psiquiátricos na Europa e nos Estados Unidos, motivando várias iniciativas de “desinstitucionalização”, a partir da década de 1960. Esse processo chegou ao Brasil e só foi iniciado cerca de vinte anos depois. Discuta as razões pelas quais o Brasil teve um desenvolvimento “retardado” em relação aos países desenvolvidos. Considere o intenso processo de expansão e privatização de leitos psiquiátricos financiados pelo setor público ocorrido nos anos 60 e 70.

- c) Assista o filme “Bicho de sete cabeças”. Discuta o filme à luz do seu conhecimento atual sobre a legislação de proteção ao doente mental. Que abusos e irregularidades podem ser identificados na história apresentada pelo filme? Que instrumentos de proteção poderiam ter evitado a ocorrência de abusos? Que alternativas assistenciais previstas atualmente na legislação poderiam ter contribuído para um melhor desfecho?