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

THE CONSOLIDATION OF ASYLUM MODEL: THE BRAZILIAN LEGISLATION FROM 1930 TO 1966

Guilherme Bertassoni da Silva¹

Yuri Alexandre Ferrete²

Adriano Furtado Holanda³

RESUMO

Neste texto abordamos as transformações que ocorreram nos serviços de internamento psiquiátrico no Brasil e a legislação que embasa esse modelo, compreendendo o período entre os anos de 1930 e 1966. Analisamos a consolidação do modelo de internação psiquiátrica, estando no modelo as evoluções do pensamento psiquiátrico europeu do final do século XIX, e suas relações com a assistência em saúde mental no Brasil. Para isso, fizemos um resgate do desenvolvimento das leis e diretrizes constitucionais, de maneira que apresentássemos o caminho dos serviços de atenção em saúde mental e das legislações relativas à área durante o período estipulado, época esta que marca a sedimentação dos serviços psiquiátricos de base asilar a partir da lógica de uma psiquiátrica biomédica.

Palavras-chave: Legislação. Saúde Mental. Psiquiatria.

ABSTRACT

In this article we discuss the transformations that occurred in psychiatric inpatient services in Brazil and the legislation that underlies this model, comprising the period between 1930 and 1966. We analyze the consolidation of the psychiatric hospitalization model, being in the model the evolutions of the European psychiatric thought of the end of the nineteenth century, and its relations with mental health care in Brazil. To this, we rescued the development of constitutional laws and guidelines, so that we presented the path of mental health care services and of the laws related to the area in the mentioned period, a period that marks the sedimentation of psychiatric services based on the logic of a biomedical psychiatric.

Keywords: Legislation. Mental Health. Psychiatry.

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Psicólogo. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: silvapsi@hotmail.com

² Mestre em Psicologia (UFPR). Docente de Psicologia da PUC-Paraná. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: yuriferrete@gmail.com

³ Doutor em Psicologia. Docente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: aholanda@yahoo.com

INTRODUÇÃO

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

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

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

Para trabalhar com nosso objeto de pesquisa, fizemos o uso do método de revisão de literatura (Brizola & Fantin, 2016), onde selecionamos portarias, decretos e leis que apresentam pontos marcantes da solidificação da política oficial de saúde mental, como definições administrativas, de organização de serviços e do modelo assistencial ou de tratamento. Este recorte metodológico se dá por conta da possibilidade de verificação destes documentos, mantidos acessíveis pelos sítios oficiais das instituições públicas estatais, a exemplo da Câmara e Senado Federal.

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

A ERA VARGAS

Com heranças do modelo político sanitarista-microbiologista fundado pelo médico epidemiologista Oswaldo Cruz (Galvão, 2009; Ponte, 2010), a Era Vargas – período de nossa história que compreende os anos em que Getúlio Vargas governou o país, de forma contínua e ininterrupta, entre 1930 e 1945, marcando a passagem da República Velha para o Estado Novo (Ponte, Reis, & Fonseca, 2010) – pode ser tida como um importante marco para a temática que aqui abordamos, seja no seus viés político, seja no cunho teórico da área da saúde.

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

atuação. É a primeira estrutura governamental deste porte, um ministério, que contém a área de saúde de maneira explicitada já em seu nome.

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

Tabela 1

Legislações na área de saúde mental, entre os anos 1930 e 1946

Ano	Tipo e Número	Ementa
1930	Decreto n. 19.444	Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências.
1931	Decreto n. 20.889	Desliga do Departamento Nacional de Saúde a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário
1934	Decreto n. 24.559	Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.
1944	Decreto-Lei n. 7.055	Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora no Ministério da Educação e Saúde e dá outras providências.
1944	Decreto n. 17.185	Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde
1946	Decreto n. 8.550	Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da Assistência Psiquiátrica no Território Nacional.
1953	Lei n. 1.920	Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.
1953	Decreto 34.596	Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde.
1954	Lei n. 2.312	Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde
1961	Portaria n. 136	Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conclaves do ano mundial de saúde mental.
1961	Portaria n. 16.145	Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos (...), para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional.
1962	Lei n. 4.119	Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

O órgão responsável pela assistência em saúde mental, ou assistência psiquiátrica, era chamado de Assistência aos Psicopatas (anteriormente chamado de Assistência Médico-Legal a Alienados); este órgão foi transferido para o Departamento Nacional de Saúde Pública do recém-

criado MESP, conforme Decreto n. 19.444 (1930). Esta designação, contudo, não foi mantida. Um ano depois, é decretado o desligamento da Assistência aos Psicopatas do Departamento Nacional de Saúde Pública, ficando o mesmo diretamente designado à estrutura maior do MESP, nos termos do Decreto n. 20.889 (1931). O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública teria seu nome alterado para Ministério da Educação e Saúde, em 1937.

Nova redação à temática da saúde mental é dada pelo Decreto n. 24.559 (1934) acrescentando elementos aos decretos citados acima – em especial o Decreto n. 1132 (1903) e suas atualizações. Este decreto versa sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (Decreto n. 24.559, 1934). Este decreto atualiza, de acordo com o desenvolvimento da psiquiatria da época, a linguagem anterior, o que pode ser visto nas terminologias adotadas: profilaxia mental, clínica psiquiátrica, higiene mental, doentes mentais, toxicômanos, psicopatas crônicos, entre outros. Podemos ver esta aplicação no artigo 3º:

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

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

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

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

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas. (Decreto n. 24.559, 1934)

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

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

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

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

São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social (Decreto n. 24.559, 1934).

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

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

(...)

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

- a) Pela pessoa que pediu a internação;
- b) Por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;
- c) Por curador ou tutor. (Decreto n. 24.559, 1934)

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

Em 1944 seria criado o Centro Psiquiátrico Nacional, no Distrito Federal (Rio de Janeiro), pelo Decreto-Lei n. 7.055 (1944), o qual ainda extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, criados em 1934. A extinção, nesse caso, significa que estes serviços passam a ser função da Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, este último regulamentado concomitantemente (os dois foram assinados no mesmo dia) pelo Decreto n. 17.185 (1944).

A criação do Centro Psiquiátrico Nacional tinha como função “assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, e realizar pesquisas e estudos sobre as psicopatias” (Decreto n. 17.185, 1944). Este Centro unifica administrativamente vários serviços do então Distrito Federal, entre eles o Hospital Pedro II, o Hospital Gustavo Riedel e o Hospital de Neuro-Sífilis, os quais passam a ter as denominações de Hospital Psiquiátrico, Colônia Gustavo Riedel e Instituto de Neuro-Sífilis, respectivamente. Neste contexto, é possível observar o início de organização do atendimento em saúde mental, principalmente no que se refere a “distribuir doentes mentais”, iniciando um processo que seria efetivado a partir de 1946, com a interiorização de serviços. Se a legislação anterior modernizava a linguagem e estabelecia a fiscalização, este Decreto 7055 (1944) trazia uma organização acerca dos prestadores de serviço, no âmbito do então Distrito Federal, o que significava, na prática, um decreto de âmbito nacional, que teria influência para ações em outros Estados brasileiros.

No mesmo sentido de organização de serviços e ampliação das possibilidades de atendimento foi publicado, dois anos após a fundação do Centro Psiquiátrico Nacional, o decreto que autorizava a celebração de convênios entre a União e os Estados, “visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional” (Decreto n. 8.550, 1946). Este Decreto n. 8.550 (1946), busca a ampliação destes serviços, sob organização do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (que veio em substituição à organização anterior, a Assistência aos Psicopatas).

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

- I – Caberá ao Estado, quando fôr o caso, dar terreno para as edificações; II – Os projetos de construção serão aprovados pela União;
- III – As despesas de construção e instalação serão custeadas pela União e pelo Estado, na proporção que fôr fixada;
- IV – As despesas de funcionamento ficarão sob a exclusiva responsabilidade do Estado;
- V – A União fiscalizará a execução dos Acôrdos;
- VI – A contribuição de uma das partes contratantes sómente poderá, ser movimentada depois que a outra parte houver depositado a sua contribuição (Decreto n. 8.550, 1946).

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

UM MINISTÉRIO PARA A SAÚDE

A organização de serviços, interiorização, ampliação da rede de atendimento na área da saúde como um todo se torna mais diretiva a partir do início dos anos 1950. Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde é desmembrado, passando a ter suas atividades regidas em dois Ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura. A criação do Ministério da Saúde ocorre pela Lei n. 1.920 (1953). Em seu artigo 3º, esta legislação efetiva a transferência, para a recém-criada pasta, de “todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum” (Lei n. 1.920, 1953).

A Lei n. 1.920 (1953) foi regulamentada pelo Decreto n. 34.596 (1953), que traz especificações sobre a estrutura administrativa do Ministério da Saúde. No que interessa a este estudo – a área de saúde mental –, esta regulamentação cria o Departamento Nacional de Saúde, que tem por fim, entre outros:

- a) promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições de saúde, sobre as questões de saneamento e higiene e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;
- b) superintender a administração de serviços federais destinados à realização das atividades mencionadas na alínea anterior e, ainda, das que tenham por objetivo promover, de quaisquer maneiras, medidas de conservação e melhoria de saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças (Decreto n. 34.596, 1953).

À estrutura deste departamento está submetido o Serviço Nacional de Doenças Mentais, mantendo-se assim o formato que já era apresentado na legislação de sete anos antes (Decreto n. 8.550, 1946), mesmo com a divisão ministerial. Deste dado, depreende-se que esse Serviço Nacional de Doenças Mentais teve por objetivo a superintendência de serviços de saúde mental, bem como a profilaxia e tratamento nesta área.

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

REFLEXOS DE REFORMAS EM ESFERA INTERNACIONAL

As mudanças em esfera internacional, elaboradas em discussão com a Organização Mundial da Saúde, apontavam para um pensamento na área de saúde mental que inovaria a forma de atenção: as definições de atenção primária, secundária e terciária na área de saúde mental apontavam para a alteração de um modelo asilar e curativo para a ênfase na

prevenção, baseados, principalmente, na obra do psiquiatra estadunidense Gerald Caplan. A corrente desenvolvida por Caplan encontra base na história natural das doenças, de Leavell e Clark (1965/1976), trazendo conceitos deste modelo para a psiquiatria, tais como crise e desadaptação social, bem como o conceito de desvio. Amarante (2007) entende que essa corrente representou um processo de medicalização da ordem social.

Fora do Brasil, na década de 50, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) criada após a II Guerra Mundial com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo, passou a definir saúde como “bem-estar físico, mental e social”. Baseada em estudos que revelaram o custo excessivo da “doença mental”, recomendou o “investimento em ações de saúde mental” e a adoção do termo “saúde mental” ao invés de “doença mental”. Dessa forma, a referência tradicional da saúde como abordagem curativa passou a integrar a concepção “primária, secundária e terciária” da assistência, incorporando assim a assistência psiquiátrica à Saúde Pública e constituindo-se na Psiquiatria Comunitária (Costa, 2003, p.9).

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

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

Entretanto, ainda que com críticas, o modelo estava em crescimento. A Lei n. 2.312, (1954), a qual dispõe acerca de “Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde”, é a lei orgânica da saúde brasileira naquele momento. Nesta lei, em seu artigo 22, vemos a direção dada ao tratamento na área aqui estudada.

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

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

§ 2º O Governo criará ou estimulará a criação de instituições de amparo social à família do psicopata indigente, e de centros de recuperação profissional para alcoolistas e outros toxicômanos (Lei n. 2.312, 1954).

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

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

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

A partir de Jauregg o avanço foi rápido, passando pela Insulinoterapia de Manfred Sakel (1932), pelo Choque Cardiazólico de Ladislav von Meduna (1936) e pela Eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti (1938) e chegando aos psicofármacos na década de 50, uma verdadeira revolução na assistência ao doente mental. Com estes avanços, a atenção religiosa e policial dedicada ao doente mental começou a ceder lugar para a atenção médica. No Brasil, isto é mais claramente percebido a partir de meados do século XX (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006, p.11).

Este momento é marcante na psiquiatria, com a entrada do uso dos medicamentos, o que alteraria definitivamente a possibilidade de tratamento. O uso de medicação não ensejava, necessariamente, a contenção e isolamento, sendo, ademais, substituto destes dispositivos em muitos casos. Os anos seguintes seriam marcados, então, por um maior crescimento e alcance dos serviços psiquiátricos. A possibilidade de atenção por meio de serviços “para-hospitalares” estava prevista desde 1954, mas os psicofármacos já eram utilizados de modo corrente e a interiorização de serviços prevista desde 1946.

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

O PENSAMENTO DA PSIQUIATRIA NACIONAL

No ano de 1961 foram publicadas duas portarias que tratavam de definições (plano e pensamento) da psiquiatria nacional. A primeira, Portaria n. 136 (1961), previa a constituição da “Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conchaves do ano mundial de saúde mental” (Portaria n. 136, 1961). Consta citar que esta portaria veio ao encontro do debate do ano anterior, que havia sido consagrado como Ano Internacional da Saúde Mental pela OMS (Costa, 2003). A segunda Portaria acerca da temática, neste ano, n. 16.145 (1961) traz o seguinte, em sua ementa:

Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos, prevendo convênios com as Santas Casas do interior do país, para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimentos da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional, Órgão Central de Pesquisas Psiquiátricas no país (ementa elaborada pela CDI/MS) (Portaria n. 16.145, 1961).

A Portaria n. 136 (1961) foi publicada em 10 de agosto, enquanto a Portaria n. 16.145 (1961) foi publicada na data de 16 de agosto de 1961, tratando-se de legislações que se complementam. Evidencia-se neste momento a tentativa de definir a alteração de ênfase na assistência em saúde mental em esfera nacional. Ainda, retoma a questão da capilarização dos serviços de saúde mental, prevendo parcerias do tipo convênio para a criação de novos postos de assistência. Atentamos ao dado de que a OMS refere à modificação de definição e nomenclatura nas políticas nacionais para o termo saúde mental, enquanto nessa portaria a referência ainda é à “Assistência aos Doentes Mentais”, mantendo-se o termo tido como superado enquanto definição.

A sinalização para a unidade da assistência em saúde mental no Brasil tem em seu bojo a prática prevista na Portaria n. 16.145 (1961) do convênio com as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições. Estas instituições, as Santas Casas, “são classificadas como hospitais filantrópicos e seus assuntos são tratados em conjunto com as demais instituições dessa categoria” (Carvalho, 2005, p.6). Constituem, portanto, pessoas jurídicas de direito privado, legislando-se então acerca da prestação indireta de serviços públicos de assistência em saúde mental, mediados por entidades que não são estatais. Destaca-se este ponto como

contraditório em relação à Portaria n. 8.550 (1946), supracitada, que trata do mesmo tópico (parcialmente) e dita regras de parcerias apenas entre entes estatais neste tipo de prestação de serviço público. “A década de 1960 marcou o início de um processo amplo de privatização da saúde. O modelo privatista fora também adotado na saúde mental como subsetor. O Estado passara a comprar serviços de saúde do setor privado” (Sidrim, 2010, p.37).

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

Faz-se necessário breve parêntese para referir que na mesma época, em 1962, é regulamentada a profissão de psicólogo no Brasil (Lei n. 4.119, 1962). O psicólogo aparece, oficialmente (conforme a lei apresentada), com a missão (entre outras) de “solucionar problemas de ajustamento” (Lei n. 4.119, 1962), em acordo com a política oficial vigente desde as primeiras legislações aqui apresentadas. O profissional psicólogo entra no campo da saúde mental para ser um especialista na relação interpessoal entre os indivíduos, na interpretação de conflitos internos destes indivíduos, situação que a medicina psiquiátrica deixa externa a seu campo de atuação.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os redirecionamentos profissionais via transformação dos regimentos legislativos quanto a orientações políticas referente ao cuidado em saúde mental altera tanto a prática do profissional em saúde mental como o próprio campo, ampliando esse mesmo campo para o sentido de uma Saúde Pública e Saúde Coletiva. O efeito é direto na relação entre o profissional e os sujeitos que são alvo da política de saúde mental. A inclusão de profissionais voltados para o trabalho com o sujeito, com suas relações, com vivência interpessoal – o exemplo da Psicologia – expõe a dicotomia entre o tratamento médico e farmacológico com a ideia da prevenção e promoção de saúde. Isso afetaria a lógica assistencial vindoura, após grandes disputas políticas e técnicas: uma política de saúde que mudaria o eixo do hospital psiquiátrico para uma atenção territorializada e comunitária.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas. In P. Amarante (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Antunes, M. A. M. (2007). *A Psicologia no Brasil: Leitura Histórica sobre sua Constituição*. São Paulo: Unimarco/Educ.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2006). *Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: ABP. Recuperado de http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf
- Balz, V. (2011). Terra Incognita: an historiographic approach to the first chlorpromazine trials using patient records on the Psychiatric University Clinic in Heidelberg. *History of Psychiatry*, 22 (86), 182-200. DOI:10.1177/0957154X11400182
- Brizola, J. & Fantin, N. (2016). Revisão de Literatura e Revisão Sistemática de Literatura. *Revista de Educação do Vale Arinos*, 3(2), 23-39. Retirado em <https://periodicos.unemat.br/index.php/relva/article/view/1738/1630>
- Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Reorganiza a Assistência a Alienados. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto n. 19.444, de 1 de dezembro de 1930*. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública e dá outras providências. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto n. 20.889, de 30 de dezembro de 1931*. Desliga do Departamento Nacional de Saúde a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto-Lei n. 7.055, de 18 de novembro de 1944*. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora no Ministério da Educação e Saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto n. 17.185, de 18 de novembro de 1944*. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953*. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Decreto-Lei n. 8.550, de 3 de janeiro de 1946*. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da Assistência Psiquiátrica no Território Nacional. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp

- Caponi, S. (2012). *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, C. V. (2005). *A situação das Santas Casas de Misericórdia*. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Recuperado de http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1494/situacao_santascasas_viveiro_s.pdf?sequence=1
- Costa A, A. C. F. (2003). Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In M. I. Aranha (Org.), *Direito sanitário e saúde pública* (pp. 135-178). Brasília: Ministério da Saúde.
- Galvão, M. A. M. (2009). Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil Colônia à 1930. *Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto* (pp. 1-33). Ouro Preto: UFOP. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_bras_il.pdf
- Leavell, R. H., & Clark, E. G. (1976). O que é Medicina Preventiva. In R. H. Leavell & E. G. Clark (Orgs.). *Medicina Preventiva* (pp. 3-11, Donnagelo, M. C. F., Goldbaum, M. & Ramos, U. S., Trad.). São Paulo, McGraw-Hill. (Obra original publicada em 1965).
- Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953*. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Lei n. 2.312, de 03 de setembro de 1954*. Normas gerais sobre defesa e proteção da Saúde. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2312.htm
- Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962*. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L4119.htm
- Oda, A. M. G. R. (2001). A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Psychiatry online Brasil*, 6(12). Recuperado de <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1201.php>
- ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/documentos/>
- Passos, I. C. F. (2009). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ponte, C. F. (2010). O Brasil no microscópio. In C. F. Ponte & I. Falleiros (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história* (pp 49-74). Rio de Janeiro: Friocruz.
- Ponte, C. F., Reis, J. R. F., & Fonseca, C. M. O. (2010). Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In C. F. Ponte, & I. Falleiros (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história* (pp 75-112). Rio de Janeiro: Friocruz.
- Portaria n. 136, de 10 de agosto de 1961*. Constitui a Comissão Brasileira encarregada de elaborar o pensamento da Psiquiatria Nacional, que deverá ser enviado aos conclaves do ano mundial de saúde mental). Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Portaria n. 16.145, de 16 de agosto de 1961*. Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e

Simplex dos Enfermos, prevendo convênios com as Santas Casas do interior do país, para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp

Puchivailo, M. C., Silva, G. B., & Holanda, A. F. A (2013). Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 19(2), 230-239. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200011

Sidrim, M. I. C. (2010). *As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá.

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

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

Recebido em: 24-10-2019

Primeira decisão editorial: 26-11-2019

Aceito em: 05-12-2019