

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA**

Isadora Ribeiro de Arruda

**A produção de espaços de segregação da loucura: aspectos históricos e geográficos da  
assistência psiquiátrica no estado de São Paulo**

**São Paulo**  
**2017**

ISADORA RIBEIRO DE ARRUDA

**A produção de espaços de segregação da loucura: aspectos históricos e geográficos da assistência psiquiátrica no estado de São Paulo**

Trabalho de Graduação Individual apresentado à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Área de Concentração: Geografia Humana

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Ariza da Cruz

São Paulo

2017

À memória de Jonival Eleutério de Arruda.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Rita Cruz por todo o processo de orientação, pela disponibilidade, paciência, cordialidade e incentivo durante toda a pesquisa.

À Greta Yale pelo fundamental auxílio da confecção dos mapas aqui presentes e finalização do trabalho, além da amizade fiel nesses anos.

À Larissa Araújo e Juberlândia Cabral pela colaboração em mais esse trabalho e por laços de fraternos construídos ao longo da graduação.

À Isabela Arruda pela força e inspiração de sempre.

À Beatriz Felix pelo afeto, compreensão e encorajamento durante esse processo.

Àqueles que contribuíram para meu processo de formação em Geografia, mesmo que indiretamente: a meus pais, Ana Maria Ribeiro e Jonival Arruda pela dedicação e apoio na minha formação; Caio Covo e Winnie Affonso, pela parceria de longa data; ao time de basquete feminino da FFLCH, sem o qual não teria aprendido tanto e conhecido pessoas tão queridas na minha vida.

“Loucos são apenas os significados não compartilhados.  
A loucura não é loucura quando compartilhada”  
Zygmunt Bauman

## RESUMO

ARRUDA, I. R. **A produção de espaços de segregação da loucura: aspectos históricos e geográficos da assistência psiquiátrica no estado de São Paulo.** 2017. 67 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O objetivo desta pesquisa é analisar aspectos da dimensão geográfica da assistência psiquiátrica e sua regulação pelo Estado brasileiro e em São Paulo, com enfoque em suas implicações normativas e espaciais, realizando uma periodização da assistência fazendo uso de dados históricos. Foram identificados três períodos: 1852-1964 (modelo hospitalocêntrico público), 1964-1990 (modelo hospitalocêntrico privatizado) e o modelo vigente, inaugurado na década de 1990 sob princípios do SUS, baseado em equipamentos de saúde alternativos ao hospital psiquiátrico. No Brasil e em São Paulo existe uma concentração dos equipamentos de assistência nas regiões mais ricas, urbanizadas e povoadas, independentemente do período estudado.

Palavras-chave: Segregação da loucura. Reforma Psiquiátrica. Periodização.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Hospitais psiquiátricos existentes no Brasil (até a década de 1950) .....	27
Figura 2 Hospitais psiquiátricos existentes em São Paulo (até a década de 1950) .....	29
Figura 3 Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011.....	41
Figura 4 - Municípios com hospitais psiquiátricos em São Paulo .....	48
Figura 5 Redução do número de leitos psiquiátricos no estado de São Paulo entre 1980 e 2005.....	50
Figura 6 Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo.....	51
Figura 7 Distribuição dos equipamentos de saúde mental nas regiões de saúde .....	53
Figura 8 Equipamentos de saúde mental na cidade de São Paulo – 2017.....	54

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
1 LÓGICA HOSPITALOCÊNTRICA E ADVENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL .....	10
1.1 A concepção da loucura como problema social .....	10
1.2 Primeiros Hospitais Psiquiátricos e advento da Psiquiatria empírica .....	11
1.3 Urbanização e loucura.....	18
2 EXPANSÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PELO TERRITÓRIO NACIONAL E A PSIQUIATRIA CIENTÍFICA .....	20
2.1 Laicização da assistência e ascensão da figura do médico.....	20
2.2 Legislação específica para os transtornos mentais.....	22
2.3 Espacialidade hospitalocêntrica até a década de 1950 .....	26
3 EXPANSÃO DOS HOSPITAIS PELO INTERIOR E PRIVATIZAÇÃO .....	31
3.1 A Ditadura e a indústria da loucura.....	31
3.2 Crítica ao modelo hospitalocêntrico, legislação e assistência: avanços e contradições do Estado no campo da saúde mental.....	34
3.2.1 Aspecto normativo: avanços e retrocessos na década de 1970.....	34
3.2.2 Experiência "inovadora" em São Paulo.....	37
4 REDEMOCRATIZAÇÃO: UM NOVO CAPÍTULO PARA A SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	38
4.1 Avanços da Saúde Pública Brasileira e a Saúde Mental.....	38
4.2 A configuração do novo modelo no Estado de São Paulo .....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61



## INTRODUÇÃO

A concepção sobre os transtornos mentais e as ações e estratégias do Estado sobre esse campo sofreram transformações desde a concepção da loucura como problema social na Europa do século XVI até os dias atuais. Existe uma ampla bibliografia acerca dessas mudanças, assim como sobre as instituições dedicadas à sua segregação, em relação a seu funcionamento e práticas internas, sobretudo no âmbito da Psiquiatria, da Sociologia e da História. As mudanças ocorridas nestes campos tiveram desdobramentos espaciais que acompanharam as discussões, cujo campo ainda é pouco explorado.

Dentro desse contexto existe uma lacuna em se tratando de trabalhos que deem ênfase aos princípios norteadores do Estado acerca da saúde mental e os impactos desses processos na espacialidade das instituições e do modelo de assistência vigente. Entendemos que essa perspectiva pode servir de instrumento valioso para a apreensão da configuração atual dos serviços e equipamentos de saúde dedicados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Não temos aqui, no entanto, a intenção de suprir essa lacuna, mas levantar uma discussão a respeito do papel regulador do Estado sobre o tema, que junto a outros fatores resultou em diferentes modelos hegemônicos de assistência ao longo do tempo.

Mediante a justificativa supracitada esta pesquisa tem como objetivo analisar aspectos da dimensão geográfica da assistência psiquiátrica através das políticas públicas de atenção à saúde mental pelo Estado, com enfoque aos hospitais psiquiátricos públicos, tomando Estado de São Paulo como estudo de caso.

Com essa finalidade foi levantada a bibliografia referente ao tema da assistência psiquiátrica e sua regulação pelo Estado brasileiro e em São Paulo em seus aspectos históricos, com enfoque em suas implicações normativas e espaciais, a partir da legislação específica e de material cartográfico dos equipamentos de assistência.

O evento social ou histórico, enquanto categoria de análise, foi adotado a fim de estabelecer uma periodização da assistência psiquiátrica brasileira, com enfoque no estado de São Paulo. Com base na pesquisa pode-se concluir a existência de três períodos da assistência: o primeiro parte da construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e corresponde ao intervalo de 1852 a 1964, o segundo se inicia com o golpe militar estendendo-se até o fim da década de 1980 e, por fim, o terceiro e atual período emerge da década de 1990 com o advento do Sistema Único de Saúde e a promulgação da lei nº 10.216, a "lei da Reforma Psiquiátrica" de 2001, que norteia a política de saúde mental do Ministério da Saúde

reconhecida pela OMS em 2009. Sendo que os dois primeiros foram marcados pela lógica hospitalocêntrica e o período contemporâneo possui uma diversificação maior de equipamentos de saúde, centrada nos Centros de Atenção Psicossocial.

Em se tratando da espacialidade da assistência, pode-se inferir que a descentralização do novo modelo carrega traços de seu predecessor, no sentido que permanece concentrada a maior disponibilidade de equipamentos na região centro-sul do país. No caso do estado de São Paulo, a Região Metropolitana, de Campinas e Sorocaba permanecem sendo grandes concentradoras desses serviços. A estrutura dos capítulos da pesquisa é apresentada a seguir.

No primeiro capítulo é apresentado um breve histórico do entendimento acerca dos transtornos mentais, a relação da sociedade colonial com essas pessoas e sua progressão para um sistema de reclusão compulsório marcado pelo início do processo de urbanização. Processo este que deu origem às primeiras instituições psiquiátricas na segunda metade do século XIX no Brasil, discorrendo, portanto, sobre o início do primeiro dos três períodos apresentados.

Na sequência, no capítulo 2, é apresentada a consolidação do modelo centrado no macrohospital, com a ascensão da classe médica na direção daquelas instituições, sendo abordadas as primeiras legislações específicas relativas à assistência psiquiátrica no país e um panorama da distribuição dos hospitais psiquiátricos em território nacional e no estado de São Paulo a partir de sua espacialidade até a década de 1950.

O processo de interiorização da assistência, ligado ao processo de compra de serviços privados por parte do Estado nos governos ditatoriais, através da incorporação dos tratamentos de transtornos mentais na Previdência Social é abordado no capítulo 3, que expõe o segundo período da assistência, marcado pelos regimes ditatoriais. Ali também é apresentado o caráter progressista que emergiu no plano institucional na década de 1970 que não foi acompanhado por práticas efetivas, mas escancarou a crise no setor e deu combustível para as mudanças que viriam nas décadas subsequentes.

Por fim, no capítulo 4, é abordada a quebra de paradigma no modelo de assistência hospitalocêntrico quando do advento da Constituição de 88, do SUS e de uma política de saúde mental apoiada na lei da Reforma Psiquiátrica. As características fundamentais desse novo modelo, de base comunitária, e sua configuração atual são ali apresentados, bem como a distribuição desses equipamentos de saúde no estado de São Paulo e sua capital.

# 1 LÓGICA HOSPITALOCÊNTRICA E ADVENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

## 1.1 A concepção da loucura como problema social

Com o intuito de realizar uma abordagem de caráter espacial em relação ao tratamento que o Estado deu à população com transtornos mentais é necessário transcorrer, mesmo que brevemente, sobre o momento em que houve, ainda na sociedade colonial, a ruptura da relativa tolerância para com as pessoas que eram chamadas à época de "loucas".

É preciso afirmar de antemão que o quadro mais emblemático acerca da loucura na colônia está representado na afirmação de que “a impressão mais marcante é de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro” (RESENDE, 1987, p. 31), sobretudo pela relativa liberdade que esses indivíduos usufruíam até o início do século XIX. Esse quadro justifica-se por uma inferior importância dada à questão e pelo fato de que havia uma tendência na qual os loucos pobres sobreviviam da caridade pública e sobre eles não havia uma prática difundida de reclusão. Em comunidades rurais e pouco populosas, se realizada, esta se constituía por um curto período de tempo quando da apresentação de caráter violento do indivíduo. Por sua vez, as famílias mais abastadas frequentemente os escondiam em casa, afastados da exposição ao meio público e em algumas ocasiões mantinham-nos amarrados (MOREIRA, 1903; SOARES, 2005).

A emergência do louco e da loucura enquanto problema social gerido pelo Estado, e desse modo dotado de instituições próprias de controle, possui alguns aspectos de similaridade e de diferença com o caso europeu, onde despontaram ações efetivas sobre o tema no século XVI. No Brasil, essa matéria é trazida à luz como questão social apenas no século XIX (MATEUS, 2013; RESENDE, 1987), mas a sociedade colonial de economia primitiva e rural<sup>1</sup> aqui instalada já encerrava os transtornos mentais da vida social exigindo

---

<sup>1</sup>O caráter incipiente dos núcleos urbanos da colônia é trazido por Resende: “Ao final do século XVIII as cidades permaneciam escassamente populadas, a capital, o Rio de Janeiro, não contando com mais de 50.000 habitantes; mesmo outras aglomerações importantes, Bahia e Pernambuco, não deixavam de ser ainda prolongamentos da vida rural, permanecendo vazias por grande parte do ano” (RESENDE, 1987, p. 32).

das autoridades ações para retirada de circulação das pessoas que os apresentassem. Esse processo ocorreu na Europa, embora cronologicamente antes, apenas quando da ascensão de uma sociedade industrial e urbana.

No entanto, para ambos os casos, não eram considerados os aspectos de especificidade da população com transtornos mentais e essas pessoas eram simplesmente removidas da vida social em meio à leva de indivíduos tidos como desocupados, supostamente constituintes de uma ameaça à paz social e à ordem na cena das cidades (mesmo que incipientes), indesejáveis, portanto, ao convívio da moral burguesa (COSTA; MIZOGUCHI; FONSECA, 2005). Justificava-se assim, seu confinamento em Santas Casas de Misericórdia, hospitais gerais e prisões, suscetíveis à tortura de toda sorte imersos na massa de pessoas reconhecidas como ociosas<sup>2</sup>, prática predominante durante a Colônia, o Vice-Reinado e o Primeiro Reinado (LOPES, 1965; *apud* SOARES, 2005).

## **1.2 Primeiros Hospitais Psiquiátricos e advento da Psiquiatria empírica**

Se em um primeiro momento as pessoas com transtornos mentais foram alocadas juntamente ao grupo de indivíduos sem trabalho, não havendo atendimento específico a essa população (MATEUS, 2013), logo seria reconhecida sua especificidade e, inclusive sob denúncias de cunho humanitário, criados espaços destinados unicamente a essa população. Entretanto, tais espaços eram caracterizados pelo seu aspecto excludente e distante de uma perspectiva curativa ou de tratamento adequado às particularidades dessa população, como se verá adiante.

A produção de espaços de segregação da loucura no Brasil, e portanto o início do primeiro período da assistência aqui analisados, remonta à vinda da Família Real ao Rio de Janeiro em 1808, pois, como mencionado anteriormente, até este momento o que se verifica na sociedade colonial é uma relativa liberdade às pessoas com transtornos mentais na medida em que não havia aqui difundida ainda a ideia de que estes atribuíam ao indivíduo um aspecto de incapacidade no âmbito social e, sobretudo, laboral. Naquele ano, no entanto,

---

<sup>2</sup> Em se tratando da ação das autoridades e da mudanças na apreensão da sociedade acerca dos transtornos mentais e não de uma política pública, não é oportuno discorrer acerca das condições de encarceramento da população com transtornos psiquiátricos na colônia com maior profundidade. Uma análise mais detalhada acerca desse período pode ser encontrada em Resende (1987).

desembarcaram junto à Coroa os ideais higienistas correntes na Europa que provocariam mudanças profundas no espaço físico e sistema normativo da cidade (ANTAS JR., 2011, p.1). Há concordância entre os autores (COSTA; MIZOGUCHI; FONSECA, 2005; RESENDE, 1987) de que houve uma confluência entre o desejo do sequestro da liberdade dessas pessoas pela elite daquele período, dissimulado em certa medida pela retórica humanitária (recorrendo, por exemplo, à civilidade cristã), mas atendendo igualmente a uma necessidade de manutenção da ordem social, e o incipiente discurso médico acerca da necessidade de um lugar específico para assistência de quadros de enfermidades também particulares. Reforçando assim a justificativa para a reclusão daquela parcela da população como indicação clínica e do trabalho como imposição terapêutica.

É nesse contexto que se realizam as primeiras intervenções de Estado em relação à população com transtornos mentais no Brasil. Não se trata aqui de realizar um simples levantamento das ações ou criação de documentos e instrumentos legais pelo Estado. No entanto, eles serão de suma importância para compreender a lógica por trás da assistência praticada efetivamente, bem como as dificuldades enfrentadas pelos reformadores das décadas subsequentes e suas implicações atuais. Essas intervenções marcam o início daquele que consideramos o primeiro período da assistência psiquiátrica no Brasil, mediante a capacidade do Estado de produzir eventos que incidam sobre áreas extensas pelo “uso legítimo da força”, com ou sem uso de meios legais (SANTOS, 2008).

Com base nas análises de Resende (1987) e Soares (2006) admitimos como marco institucional desses espaços de segregação a inauguração em 1852 do Hospício D. Pedro II, primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, cuja administração e direção estavam subordinadas à Santa Casa de Misericórdia e situava-se na Praia Vermelha que à época era um lugar remoto da capital do Império. Além do impedimento da circulação pelo espaço público das pessoas com transtornos mentais, o argumento principal para a localização afastada das maiores aglomerações urbanas estava centrado na possibilidade de proporcionar calma, tranquilidade e espaço às pessoas encerradas dentro deles:

Não só por um isolamento com fins de exclusão, mas também pelo fato de, na época, as teorias médicas prescreverem ao louco o isolamento em contato com a natureza, crendo que esta seria uma força reharmonizadora da percepção desordenada do alienado. (Schiavoni, 1997, *apud* COSTA; MIZAGUCHI; FONSECA, 2005, p.538).

Sua capacidade era de 200 pessoas (embora tenha chegado a abrigar 350) (MOREIRA, 1903, *apud* SOARES, 2005) que supostamente poderiam vir de qualquer lugar do império,

mas sua composição não era heterogênea em relação ao local de origem dos internados dadas as dificuldades de locomoção e dimensão do território. É válido pontuar que não há distinção em relação à realidade antecedente em se tratando de aspectos administrativos, já que a direção da instituição estava subordinada à Santa Casa de Misericórdia, onde essas pessoas eram acolhidas anteriormente de modo recorrente. Convém pontuar que o caráter de assistencialismo filantrópico tardará a ser substituído pelos tratamentos médicos mesmo com a construção de hospitais psiquiátricos. Estes últimos exerciam mais um papel simbólico no sentido de expressar o que seria, à época, considerado moderno e atender às expectativas da elite brasileira de trazer um caráter humanitário à questão do no tratamento àquelas pessoas (COSTA; MIZAGUCHI; FONSECA, 2005).

O que se nos apresenta, portanto, é um modelo espacial de tratamento da loucura centrado na lógica hospitalocêntrica e que prevalecerá no cuidado da população com transtornos mentais por cerca de um século como ficará evidenciado ao longo dos capítulos. Atribuímos esse fato à simplicidade com que o tema era tratado, no sentido de apenas restringir a circulação desses indivíduos, sem uma sólida preocupação com aspectos curativos e/ou com algum refinamento diagnóstico, que só aconteceu quando do advento da ciência psiquiátrica no mundo e, ainda que de maneira precária, também no Brasil.

A adoção por parte do Estado do hospital como objeto de contenção desses indivíduos pode ser bem compreendida quanto à transparência da sua função de segregação. A natureza totalitária dessa instituição foi tratada por Goffman (1961) e seu caráter excludente referido enquanto uma heterotopia de desvio, ou seja, um lugar de isolamento de indivíduos que desviam à norma exigida, conforme Foucault (2006). Fato é que mesmo na ausência de dispositivos legais correspondentes ao tema e inexistindo à época um corpo científico consolidado da psiquiatria que referendasse essas instituições e o tratamento dos pacientes ali inseridos, os hospitais psiquiátricos "paulatinamente se tornaram política de governo, fazendo com que quase a totalidade dos recursos financeiros e humanos destinados à saúde mental fossem investidos nessas instituições" (THORNICROFT; TANSELL, 2006, *apud* MATEUS, 2013, p. 57).

É necessário pontuar que a recém-criada Sociedade de Medicina manifestava-se em favor da abertura de locais de destinação exclusiva e tratamento adequado (aos padrões da época), mesmo que de maneira provisória e que se distinguissem dos porões das Santas Casas e das prisões. Esses médicos enfatizavam a necessidade de fornecer tratamento adequado às

pessoas com transtornos mentais, defendendo a absorção de teorias e técnicas praticadas na Europa onde já despontava a psiquiatria científica.

Desde o final do século XVII, com Pinel<sup>3</sup>, o próprio manicômio, dada a sua possibilidade de diagnosticar e de intervir no decurso das doenças mentais, passou a ser considerado um espaço terapêutico capaz de eliminar ou minimizar os efeitos da loucura. Assim, com este espaço terapêutico socialmente reconhecido, juntamente com um arsenal de técnicas que atendiam à necessidade de conter os sintomas da loucura (aos menos aquilo que era considerado “loucura” naquele momento), as terapias instituídas é que vão dar ao psiquiatra o status de médico. (TARELOW, 2011, p.71).

A influência dos profissionais da saúde no campo da saúde mental no Brasil nesse período era quase nula, tanto em relação a aspectos administrativos como na seleção daqueles que seguiriam para os hospitais, os médicos eram poucos nas instituições e não eram também necessariamente permanentes. Nesse sentido, seria buscada durante a segunda metade do século XIX e nos primeiros anos do século XX a incorporação de padrões médicos já debatidos na Europa.

Em São Paulo, por exemplo, no asilo provisório, criado em 1852 e mantido em funcionamento até 1864 na Rua São João e transferido para a Ladeira da Tabatinguera até 1903, as visitas eram apenas esporádicas quando da eventualidade de uma necessidade clínica e o salário dos poucos médicos incorporados era inferior ao do administrador, que não tinha formação médica (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Posteriormente, esse cenário se inverte quando da consolidação do papel dominante da Psiquiatria como meio de tratamento das doenças mentais sob afirmação da hegemonia do saber médico no campo da saúde mental, cujas origens remontam aos referidos protestos da classe médica a fim de reivindicar a exclusividade sobre os assuntos acerca da loucura e mesmo a tutela sobre a pessoa com transtorno mental, protestos estes que serão aceitos pelo Estado. Em 1895 ocorreu a contratação de Franco da Rocha<sup>4</sup> para atuar como médico e alguns anos mais tarde como diretor do "Hospício do Juqueri", quando da sua inauguração em 1898,

---

<sup>3</sup> Philippe Pinel (1745-1826), médico francês considerado pioneiro no tratamento de pessoas com transtornos mentais, identificando o caráter de especificidade desses pacientes, e um dos precursores da Psiquiatria moderna. Com base na observação de seus pacientes escreveu o "Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental", em 1801.

<sup>4</sup> Francisco Franco da Rocha (1864-1933), médico psiquiatra natural da cidade de Amparo. Destaca-se pelo seu papel central na introdução da Psicanálise no Brasil a partir de sua aproximação com o pensamento freudiano na virada do século XX. Introduziu também no país a laborterapia, terapia de pacientes baseada no trabalho, sobretudo de caráter rural. Foi diretor do Hospital de Juqueri, complexo hospitalar situado na cidade de Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo. A cidade tornou-se homônima em sua homenagem um ano após sua morte, em 1934.

em substituição ao cargo de administrador, iniciando assim a trajetória de domínio da classe médica dentro desse campo. Um caso emblemático de como a psiquiatria científica e a figura do médico serão elevados à figura máxima dentro da instituição psiquiátrica será o caso da assunção da diretoria do Hospício de Juqueri pelo médico Antônio Carlos Pacheco e Silva<sup>5</sup>.

O que não pode ser ignorado é o fato de que o hospital psiquiátrico não exercia (nem assumia) uma função de lugar de cura dos pacientes e que permaneciam presentes as denúncias de maus tratos e violência (mesmo por parte de funcionários) nas novas edificações destinadas aos "alienados". A manifesta ausência completa de higiene e limpeza, superlotação veloz das instituições criadas e baixa ou nenhuma qualificação daqueles que prestavam algum tipo de atendimento à população enclausurada nos hospícios, além da falta de assistência médica eram outras marcas desses espaços como aponta Mângia (2000), corroborando com Soares que afirma ser esta "uma tendência geral dos asilos, na história da assistência psiquiátrica: instalações assoberbadas pela demanda crescente, justificando o clamor por mais verbas e hospitais." (SOARES, 2006, p. 49).



Foto: Luiz Alfredo (1961)

---

<sup>5</sup>Maiores detalhes sobre a ascensão de Pacheco e Silva à diretoria do Juqueri e as transformações ocorridas naquela instituição ver "Entre febres, comas e convulsões: as terapias biológicas no Hospital do Juqueri administrado por Pacheco e Silva (1923-1937)" (TARELOW, 2011).



Esse cenário evidencia o fato de que o Estado tratou os transtornos mentais de maneira irrestrita como problema social, não como questão de saúde pública durante muito tempo. Os hospitais psiquiátricos em seus primeiros quarenta anos no Brasil exerceram, portanto, função exclusivamente de segregação sem qualquer dissimulação do Estado em relação a esse intuito. Não absorvendo nem mesmo o discurso médico de busca por solução curativa, mas sim apenas retirando as pessoas do meio social, a exemplo do Hospital do Juqueri em São Paulo que

sofrendo com a superlotação e inúmeras crises que evidenciavam a perda do poder de restabelecimento dos doentes ali internados a solução encontrada [...] foi investir o seu capital científico e político na efetivação de um modelo de ensino e pesquisa “de hospital”, isto é, extramanicomial, na busca por maior legitimidade e credibilidade de sua especialidade médica. (TARELOW, 2011, p. 56).

Ainda assim, de modo geral, ao longo dos primeiros cem anos de assistência predominou o princípio de isolar os hospícios em locais afastados das maiores concentrações urbanas, sendo espalhados para maiores distâncias quanto mais próximas tornavam-se as cidades que também cresciam. Tarelow (2011) aponta que mesmo no Juqueri, quando avançou o discurso científico ao longo do século XX e a utilização de modelos tidos como modernos de terapia e de tratamento, existe uma divergência entre a leitura dos prontuários médicos e as publicações das revistas de Psiquiatria da época, além da exposição da situação de falta de equipamentos, recursos e medicamentos. Esse movimento reforçava o caráter excludente na medida em que, por um lado, mantinha convenientemente seguras as cidades de possíveis fugas dos internos e, por outro, dificultava a chegada de médicos a tais localidades.

O Hospital do Juqueri, citado previamente, cujo complexo hospitalar não funciona mais segundo modelo manicomial, está situado no que atualmente é a cidade de Franco da Rocha, na Grande São Paulo, o que permite apurar a relevância daquele hospital para o crescimento urbano daquela região, mediante a homenagem ao psiquiatra mencionado.

A área, que hoje corresponde ao município, servia de caminho para os bandeirantes ou àqueles que se dirigiam ao estado de Minas Gerais. Era um conjunto de grandes fazendas até o século XIX quando da sua venda para a Estrada de Ferro São Paulo Railway, acontecimento que mudaria o rumo do lugar a partir da construção da Estação do Juqueri, em 1888.

A construção do hospital psiquiátrico, iniciada em 1895, sob projeto do arquiteto Ramos de Azevedo, foi ali situado à margem da linha férrea com a finalidade de absorver a demanda crescente de pacientes com transtornos mentais que as instituições da capital do

estado e de Sorocaba (as existentes até então) não eram capazes de receber mais. Aquela região, que pertenceu ao município de Guarulhos até 1889, Juqueri (atual Mairiporã), tornou-se a cidade autônoma de Franco da Rocha apenas em 1944.

Mediante o exposto, fica evidente, a partir do exemplo do Hospital do Juqueri, que o critério de distanciamento para a localização dos hospitais psiquiátricos exigia, contudo, um incremento técnico para sua realização. Não é à toa que muitas destas instituições foram situadas na proximidade de ferrovias. No contexto dos séculos XIX e XX, para a materialização dessas edificações hospitalares, cuja função de segregação é explícita, e sua inserção no espaço geográfico, o caráter relacional com seu entorno e as estruturas que o compõe é marcante.

Para compreender o processo das transformações da espacialidade da assistência nesse período e nos posteriores (quando, por exemplo, da rodoviarização dos transportes e interiorização da assistência) essas relações com a totalidade não podem ser ignoradas.

### 1.3 Urbanização e loucura

Como pode-se notar no fim do tópico anterior, embora à primeira vista pareça tratar-se de fenômenos completamente apartados e, como indicado acima, a construção dos manicômios fosse preconizada o mais distante dos centros urbanos tanto quanto possível em que se pudesse realizar o deslocamento de pacientes e médicos até lá, é importante fazer uma correlação mais apurada entre eles. Afinal, mesmo que sua lógica de existência seja de apartamento, não é possível ignorar que os hospitais psiquiátricos guardam uma relação intrínseca ao processo de urbanização, até pelo fato de, mesmo que em menor grau, as mudanças na sociedade acarretarem transformações no entendimento acerca da saúde mental.

Não se pode desconsiderar o fato de que as intervenções urbanas estiveram ligadas diretamente às intervenções sanitárias. Quando as primeiras medidas normatizadoras sobre o urbano foram implementadas entre 1849 e 1853, o espaço urbano e a saúde pública eram objeto integrado sob ação dos profissionais do higienismo, inspirados nas experiências europeias. Na virada do século XX, embora os campos estivessem bem mal definidos, as estratégias de intervenção misturavam, por exemplo, obras viárias e de transportes concomitantemente a ações de saúde e imunização<sup>6</sup> (NAJAR; MARQUES, 1998).

A urbanização brasileira condicionou, no entanto, uma parcela grande da população à situação de carência de higiene e saneamento materializados na proliferação de cortiços e favelização que foram entendidos pelo Estado como risco à reprodução da força de trabalho, necessária à expansão urbana e reprodução do emergente capital comercial e industrial brasileiro, sobretudo paulista. Se o binômio ordem-desordem era o equivalente social da equação saúde-doença mental para o contexto colonial, já então ele não teria potencial explicativo suficiente para a realidade que despontava numa sociedade que se complexificava de maneira acelerada (RESENDE, 1987).

As intervenções que seguiram nos anos subsequentes muito tiveram relação com o ambiente urbano que se desenvolvia, mesmo que essa seja dada pelo seu distanciamento. Sobretudo no intento de “recuperar” esses indivíduos como mão de obra, desenvolvia-se

---

<sup>6</sup> Com a devida nota de que o urbanismo tem suas origens nos trabalhos dos engenheiros sanitaristas como Saturnino de Brito e Ararão Reis no final do século XIX para apenas posteriormente passaram domínio dos arquitetos no século XX, enquanto no campo da saúde a hegemonia já era claramente definida pela corporação médica.

concomitantemente o campo da psiquiatria enquanto corpo científico que legitimasse a ação do Estado acerca da saúde mental, de excluir os inadaptados e de reinseri-los no circuito da produção, num movimento biunívoco, como aponta Resende (1987).

A produção dos espaços de confinamento da loucura remetiam necessariamente a uma lógica inversa em relação à urbanização, distantes dezenas e em alguns estados a centenas de quilômetros dos centros urbanos propositalmente.

## **2 EXPANSÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PELO TERRITÓRIO NACIONAL E A PSIQUIATRIA CIENTÍFICA**

### **2.1 Laicização da assistência e ascensão da figura do médico**

Os protestos da classe médica citados anteriormente deram início a algumas mudanças no âmbito da saúde mental no Brasil, no entanto não é possível afirmar que essas transformações tenham se traduzido em um processo de ruptura com a ordem precedente, ou seja, existe uma divisão entre o período correspondente ao vice Reinado e àquele posterior à proclamação da República em 1889, por terem entrado em decadência práticas relacionadas à psiquiatria empírica dando lugar ao desenvolvimento em território brasileiro de práticas e estudos voltados a Psiquiatria científica, juntamente à laicização do asilo, mas sob os outros aspectos a assistência se manteve.

É de comum acordo entre os autores (COSTA; MIZAGUCHI; FONSECA, 2005; MATEUS, 2013; RESENDE, 1987; SOARES, 2006; TARELOW, 2011) que a proclamação da República modificou a situação dos espaços dedicados aos “alienados” quando da assunção do Estado sobre as suas questões administrativas e a ascensão da figura do médico em um papel central e de controle das instituições, atuando como porta-vozes do Estado sendo adquirido assim um caráter de neutralidade científica alinhada ao próprio Estado Republicano.

Pode-se afirmar que é nesse período que há a intenção do Estado de reconfigurar estes espaços que funcionavam como “depósitos de alienados” para eficientes espaços de caráter curativo e/ou corretivo. Ou seja, do hospício para o hospital psiquiátrico de fato, em função da transformação da lógica da disciplina-muro para a adoção de um aparelho disciplinar como estratégia de poder, de forma similar no hospital como em instituições como a escola, a prisão e o exército (MACHADO, 1979, *apud* COSTA; MIZAGUCHI; FONSECA, 2005). Era posto fim, enquanto estratégia de atuação do Estado, à fase empírica e leiga que precedeu a psiquiatria científica na assistência às pessoas com transtornos mentais no Brasil, corroborando com as transformações que ocorriam também na sociedade, sobretudo no meio urbano que naquele momento pedia novas providências quanto aos indivíduos tidos como desviantes, não apenas requerendo sua segregação, mas sua normatização e reinserção na sociedade adequadamente.

A cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro já existia nesse momento, inaugurada no final do século XIX<sup>7</sup>, com a aprovação em 1883 do seu titular, Teixeira Brandão<sup>8</sup>, que exercia simultaneamente o cargo de diretor do Hospício Nacional de Alienados (novo nome do Hospício D. Pedro II, desvinculado da Santa Casa de Misericórdia) e da recém-criada Assistência Médico-Legal dos Alienados do Rio de Janeiro.

Convém pontuar que 90% dos pacientes do Hospício Nacional dos Alienados tinham seus diagnósticos referidos dentro da categoria da generalidade onomástica de “degenerado atípico” (RESENDE, 1987). Essa observação traz à tona a carência de legitimidade científica da Psiquiatria exercida em meados do século XIX. No entanto, esse aspecto de generalidade respondia satisfatoriamente à intenção persistente do Estado à época de apenas retirar de circulação das vias públicas os indivíduos desviantes ou desajustados, sob qualquer pretexto.

Destaca-se, e torna-se necessário fazer referência, à situação paulista:

O Estado de São Paulo era a exceção; este Estado, dado o dinamismo de sua economia, tinha interesse em preservar sua força de trabalho e de remover os empecilhos à atração de imigrantes estrangeiros e investiu pesadamente em saneamento e saúde pública, na última década do século XIX, a ponto de chegar a destinar ao setor, em 1892, expressivos 46% de seu orçamento. A assistência a alienados foi entregue a Franco da Rocha que fez construir, em 1898, o Hospício Colônia de Juqueri (RESENDE, 1987, p. 44-45).

De modo geral, o pensamento psiquiátrico mantém nesse momento o critério de diferenciação do normal e do patológico baseado, entre outros, na questão do trabalho, em consonância com a sociedade e o Estado contemporâneos ao seu advento.

O surgimento dos hospitais-colônia, como descrito no excerto, relaciona-se com a necessidade de permanecer produzindo e garantindo a reprodução da massa trabalhadora, ou seja, mesmo quando da constatação de incapacidade laboral busca-se recuperar o indivíduo como trabalhador. Esse quadro é identificado sobretudo em São Paulo, que assume destaque pela

ampla atuação dos “higienistas da mente” por aglutinar duas características peculiares: possuir uma organização sanitária melhor desenvolvida que o restante do país e ter em sua raiz cultural a auto-imagem de uma “raça superior”, fundada pelo “espírito desbravador bandeirante” (MOTA, 2003, *apud* TARELOW, 2011, p. 37).

---

<sup>7</sup>Antes os temas da psiquiatria eram tratados em Clínica Geral.

<sup>8</sup> Doutorado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, João Carlos Teixeira Brandão (1854-192), dirigiu o Hospício Pedro II (1886) e é considerado o primeiro alienista brasileiro, por ter sido ele a assumir antes que qualquer outro a cátedra de Psiquiatria, além de ser criador no país das colônias agrícolas como objeto terapêutico. Como deputado, relatou a “Lei de Assistência aos Alienados”, de 1903, da qual se falará adiante.

Essa é a marca da estratégia do Estado sobre o tema na virada do século XX, a tentativa de reinserir a população com transtornos mentais, até então vista como disfuncional biopsicossocialmente, no mercado de trabalho sob possibilidade de geração de divisas à economia.

A ação da classe médica nesse período deu-se em torno da defesa do estabelecimento de uma 'Higiene Mental' como uma verdadeira política pública, tão importante para estes profissionais quanto o combate a qualquer outra doença que pudesse acometer a população. Além de publicações acadêmicas, a exemplo dos "Arquivos Paulistas de Higiene Mental", esses médicos realizaram campanhas em rádios, por meio de cartazes em vias públicas ou panfletagem em portas de fábricas, entre outras estratégias estendendo-se pelo século XX.

## **2.2 Legislação específica para os transtornos mentais**

No início do século XX existiu um esforço da esfera pública em relação a ações de saneamento das cidades diante do aprofundamento e aceleração do processo de urbanização, tanto no estado do Rio de Janeiro (com a ascensão de Oswaldo Cruz à direção dos serviços de saúde pública) quanto em São Paulo e outras cidades brasileiras. Simultaneamente, tem início nessa fase o avanço de uma psiquiatria com ideais preventivistas e de "higiene mental", embora haja pouca ou completa ausência de práticas implantadas nesse sentido.

Diante desse processo, o Estado, exerce seu poder, não só de produzir eventos como dito anteriormente, mas de prolongar sua duração, a partir de um recurso organizacional. Essa capacidade tem para esta pesquisa maior relevância quando assumiu a expressão na esfera da norma, pois

A lei, ou o que toma seu nome, é, por natureza, geral. Assim, uma norma pública age sobre a totalidade das pessoas, das empresas, das instituições e do território. Essa é a superioridade da ação do Estado sobre outras macroorganizações. (SANTOS, 2008, p. 152)

Assim, no ano de 1903, através do decreto n.º 1.132, é promulgada a primeira lei organizativa acerca do tratamento em saúde mental no país, do qual são destacados os seguintes artigos:

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

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

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

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular. (BRASIL, 1903).

Através da leitura do texto da lei podemos destacar alguns pontos relevantes sobre seu conteúdo. Se por um lado ela estabelece um controle social da prática da internação, o que seria um aspecto positivo em relação ao entendimento que se faz da loucura e do direito da pessoa com transtornos mentais, este é baseado exclusivamente na comprovação da autoridade pública aliada ao parecer médico da condição de alienação do indivíduo, ou seja, a internação acontecia majoritariamente de forma compulsória. Havia possibilidade de o tratamento ser realizado em domicílio, previsto no Art. 3º, mediante garantia dos cuidados necessários fiscalizados pelo Estado e era proibida a reclusão em cadeias públicas e, ainda conforme Parágrafo único e Artigo 11:

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

[...]

Art. 11. Enquanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem. (BRASIL, 1903).

Há uma referência, ainda que mínima, a respeito dos direitos das pessoas com transtornos mentais, explicitados abaixo

Art. 5º Em qualquer ocasião será permittido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade. [...]

Art. 9º Haverá acção penal, por denuncia do Ministerio Publico em todos os casos de violencia e attentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados. (BRASIL, 1903).



A despeito da criação desses direitos, essa lei pretende operar como um mecanismo de proteção da sociedade a supostos riscos oferecidos pelos “indivíduos com moléstia mental”, refletindo uma vez mais uma visão limitada e preconceituosa acerca da loucura. O mesmo decreto regulamenta o funcionamento do Hospício Nacional e de manicômios que viessem a ser abertos em outros Estados.

Art. 13. Todo hospício, asylo ou casa de saúde, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições:

1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento;

2ª instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre;

3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da molestia de que soffram;

4ª offerecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos.

Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saúde destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministerio do Interior ou aos presidentes ou governadores dos Estados a devida autorização. (BRASIL, 1903).

Com a leitura do decreto supracitado, confirma-se que a função da Psiquiatria seguia no sentido de legitimar o recolhimento e a reclusão das pessoas com transtornos mentais e a tentar recuperá-las de alguma maneira para o trabalho<sup>9</sup>.

Atribui-se ao período coordenado por Juliano Moreira<sup>10</sup>, à frente da Medicina Mental à época no Rio de Janeiro, nas primeiras décadas da República, a classificação brasileira das doenças mentais e a difusão de atividade científica sobre o tema, o que não alterou a realidade dos pacientes que eram submetidos a algum tipo de tratamento de baixa ou nula eficiência, entre eles a praxiterapia e *open-door* que consistiam na tentativa da reprodução da vida em uma comunidade rural. Na tentativa de modernizar o atendimento psiquiátrico, Teixeira

---

<sup>9</sup> Uma das primeiras práticas preventivas no Brasil no âmbito da saúde mental foi a barragem à entrada de imigrantes que chegassem ao Brasil sob diagnóstico de transtorno mental. Isso em razão da figura do imigrante ser ali entendida como força de trabalho, portanto, não correspondendo a essa expectativa, eram encaminhados aos asilos ou repatriados. Entre 1905 e 1914, 31% da população internada do Hospital Nacional era composta por estrangeiros (TARELOW, 2011).

<sup>10</sup> Nascido em Salvador em 1873, iniciou o curso de Medicina aos 13 anos, na Bahia, formando-se cinco anos mais tarde. Junto com Franco da Rocha, foi um dos precursores da divulgação das ideias de Freud no Brasil, adotando sua teoria psicanalítica no curso de Medicina e realizando uma conferência em 1899 com esse tema. Assumiu a direção do Hospital Nacional de Alienados em 1903, cargo que ocupou por vinte anos trabalhou em favor da "lei de assistência aos alienados". Criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul, além de deter uma vasta obra científica sobre o tema. Faleceu em 1933, no Rio de Janeiro.

Brandão e Franco da Rocha inseriram no Brasil a laborterapia<sup>11</sup> nas colônias agrícolas, com a finalidade de reinserir posteriormente o indivíduo na sociedade para o trabalho. No entanto, essas práticas foram perdendo sua força em relação ao seu objetivo inicial e persistia o caráter meramente asilar quando da entrada dos pacientes até sua morte que acontecia em condições precárias e distantes de alguma integridade psíquica.

Cerca de trinta anos depois, em julho de 1934, o decreto 24.559 viria substituir a legislação anterior e traria consigo o princípio da profilaxia mental<sup>12</sup> (proposta pela “Liga de Higiene Mental”, criada em 1923), além de ratificar a estrutura anterior de assistência e proteção específica, bem como a fiscalização por parte do Estado dos estabelecimentos dirigidos ao cuidados das pessoas com transtornos mentais.

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Propocionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial. (BRASIL, 1934).

A administração de Adauto Botelho<sup>13</sup> à frente do Serviço Nacional de Doenças Mentais<sup>14</sup> em 1941 a 1954, discípulo de Juliano Moreira, caracterizou-se pela expansão da rede hospitalar pública psiquiátrica, com aumento de mais de 16 mil leitos no país.

Certamente o decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, propiciou esse crescimento, pois autorizava o serviço a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos (Sampaio, *ibidem*, *apud* PAULIN; TURATO, 2004, p. 243).

Se em se tratando da legislação vigente não houve um rompimento forte em relação à estratégia de Estado diante da saúde mental, a incorporação das instituições ou grupos

---

<sup>11</sup>Essa prática se realizava basicamente mediante a inserção dessas pessoas em famílias rurais que eram remuneradas para exercer essa função (MATEUS, 2013, p. 69).

<sup>12</sup>“Da propalada “profilaxia das doenças nervosas e mentais”, a lei apenas afirma que esta se deverá dar pelo estudo das causas da doenças no Brasil, organizando-se um centro especializado para aplicação dos preceitos de “higiene preventiva” (MATEUS, 2013, p. 69).

<sup>13</sup> Adauto Junqueira Botelho (1895-1963), iniciou seu interesse pela Psiquiatria quando iniciou-se nos estágios no Hospital Nacional de Alienados durante o curso de Medicina. Fundou o Sanatório Botafogo, em 1921, uma das grandes instituições privadas de assistência psiquiátrica do país.

<sup>14</sup> Criado pelo Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941.

privados de socorro mútuo (as chamadas "Caixas de Aposentadoria e Pensão") no Ministério do Trabalho na década de 1930<sup>15</sup> teve efeito significativo na expansão dos hospitais psiquiátricos. Essa contribuição sustenta-se na medida em que a assistência médica fazia parte dos benefícios concedidos àqueles grupos e que foi mantida e ampliada, mesmo que não tenha ocorrido de maneira homogênea em relação às categorias profissionais. É necessário pontuar, no entanto, que a saúde mental, nesse contexto, possui particularidades porque só foi incorporada às demais especialidades tardiamente, na década de 50 e ainda assim de maneira incipiente (em São Paulo, apenas bancários tinham esse direito).

Esse atraso da inclusão da saúde mental na previdência deve-se sobretudo à falta da consolidação da legitimidade da psiquiatria enquanto campo científico na saúde e à situação precária dos hospitais públicos dedicados a essa área, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país, reflexo da função que as instituições asilares exerciam na sociedade desde sua criação no Brasil (PAULIN; TURATO, 2004). Além disso, os fármacos (ou drogas antipsicóticas) só fizeram sua entrada no mercado brasileiro em 1955, contribuindo dessa maneira para transformações internamente às instituições psiquiátricas (MÂNGIA, 2000).

De acordo com Paulin e Turato (2004), no Código Brasileiro de Saúde de 1945 condenavam-se as denominações 'hospício', 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo-se, portanto, a categoria 'hospital' como espaço de atuação, com o entendimento de que se buscavam progressivamente tratamentos, práticas terapêuticas que substituíssem o papel custodial das instituições preexistentes.

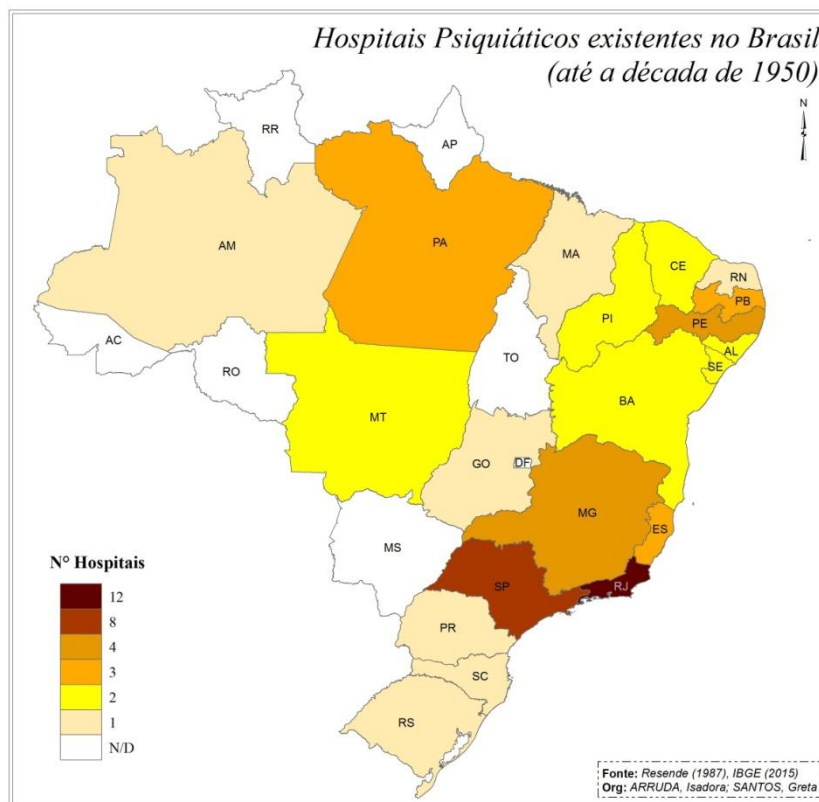
## **2.3 Espacialidade hospitalocêntrica até a década de 1950**

Antes de dar prosseguimento às alterações que ocorreriam no quadro legal e nos princípios norteadores da ação de Estado acerca da saúde mental – sobretudo mediante o avanço da compreensão da psiquiatria enquanto ciência e da perspectiva de grupos de elite políticos e econômicos da potencialidade lucrativa dessa área da saúde – é interessante apresentar um breve quadro da abrangência e distribuição das unidades de tratamento psiquiátrico no Brasil e em São Paulo (FIGURA 1).

---

<sup>15</sup> A partir criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão das categorias profissionais dos marítimos, comerciários, bancários e industriários.

Figura 1 Hospitais psiquiátricos existentes no Brasil (até a década de 1950)



Fonte: Resende, 1987.

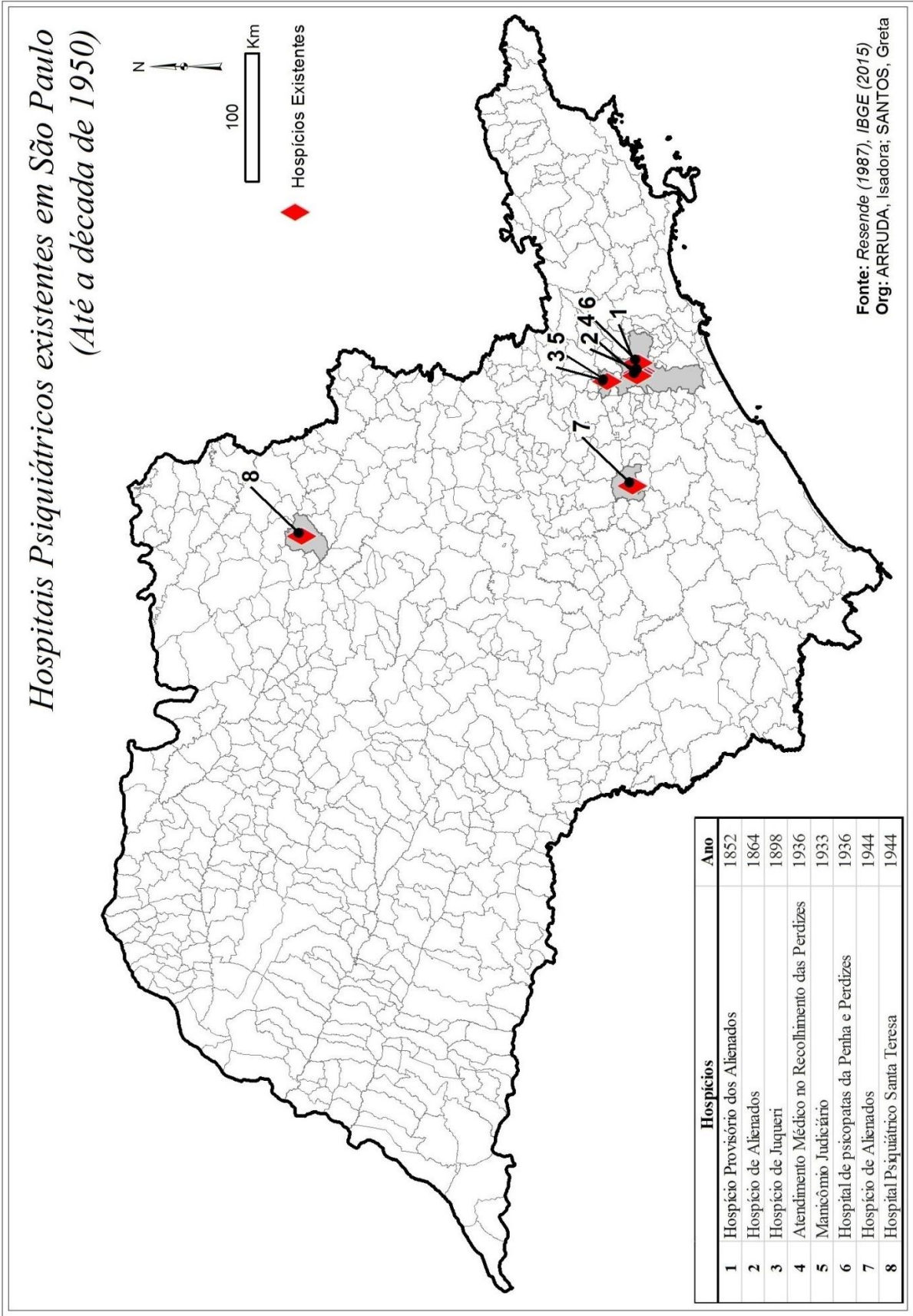
Pode-se verificar no mapa acima que das 56 unidades de tratamento psiquiátrico, quase 50% estavam localizadas na região Sudeste, apresentando uma forte concentração dos equipamentos de assistência no país. Isso não significa, no entanto, uma cobertura mais eficiente da mesma, considerando que essa região em 1950, concentrava aproximadamente 43% a população do país (IBGE, 1950). Não se pode ignorar, igualmente, que essa densidade populacional tem relação intrínseca aos processos de industrialização e urbanização que se desenvolviam naquela porção do Brasil à época, forjando naquela região a concentração da riqueza do país.

De todas as instituições brasileiras apresentadas, 15 eram colônias agrícolas, que em alguns estados eram a única oferta de serviço para indivíduos com transtornos mentais ou complemento a hospitais tradicionais.

De modo geral, podemos dizer que, em grande parte dos estados brasileiros, desde a fundação dos primeiros asilos psiquiátricos, no início do século [XX], até a década de 50, a gestão da loucura caracterizou-se pela construção de hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas que eram rapidamente superlotadas, definindo uma política de confinamento e exclusão. (MÂNGIA, 2000, p.38).

No Estado de São Paulo (FIGURA 2) o intuito das colônias não era funcionar como um complemento dos hospitais tradicionais, eram a opção de tratamento predominante. O intuito do trabalho agrícola era o de devolver o indivíduo recuperado para a atividade laboral no retorno à sociedade, no entanto, foi marcado por internações de longa permanência que eram quase regra para o período.

Figura 2 Hospitais psiquiátricos existentes em São Paulo (até a década de 1950)



Fonte: Resende, 1987; IBGE, 2015.

Os hospitais, tanto quanto as colônias, eram rapidamente lotados e a expansão da rede não melhorou a situação de precariedade e abandono característico das instituições dedicadas às pessoas com transtornos mentais. Para se ter uma ideia, o Juqueri em Franco da Rocha (SP), que foi criado inicialmente para abrigar 800 pacientes quando de sua inauguração em 1898, mantinha internadas no final da década de 50 cerca de 14 a 15 mil pessoas em seu complexo hospitalar, constituindo a maior população de internação manicomial do Brasil e da América Latina sendo "a instituição central da assistência aos doentes mentais oriundos de praticamente todas as regiões paulistas" (TARELOW, 2011, p. 24) reforçando o caráter centralizado da assistência.

Outra característica importante a ser ressaltada acerca da geografia da assistência psiquiátrica em São Paulo no período diz respeito à concentração das instituições na capital paulista, que tinha 6 unidades com essa função, enquanto o interior contava com apenas 2 hospitais psiquiátricos, tendência que se reverterá, conforme ficará explicitado no capítulo seguinte.

### **3 EXPANSÃO DOS HOSPITAIS PELO INTERIOR E PRIVATIZAÇÃO**

#### **3.1 A Ditadura e a indústria da loucura**

Nos anos que precederam os governos militares, sobretudo a partir do aprofundamento da urbanização e industrialização aceleradas no mandato presidencial de Juscelino Kubitschek, a sociedade brasileira se modernizava, mesmo que de forma concentrada na região Sudeste. Essas transformações possibilitaram o surgimento de uma nova classe urbana, com um perfil distinto daquele encontrado no país até então. Um segmento da sociedade que se caracterizava por ser mais crítico e reivindicador passando a exigir, entre outros setores, melhorias no atendimento na área da saúde incluindo ali a saúde mental. Esse aspecto é de fundamental importância para compreender argumentos que subsidiaram o movimento de privatização dos serviços de saúde que aconteceria nas décadas seguintes. Emerge a partir desse contexto, o segundo período da assistência psiquiátrica tratado nesta pesquisa.

É consenso entre Mateus e Mari (2013), Paulin e Turato (2004) e Resende (1987) que o golpe de 1964 foi um ponto de inflexão no que toca à assistência psiquiátrica no país, bem como na saúde pública de modo geral, em se tratando do contingente populacional atendido através da massificação na cobertura de trabalhadores e dependentes. No entanto, é importante explicitar que esse rompimento foi realizado a partir de uma nova concepção capitalista-monopolista, em detrimento de um modelo de poder desenvolvimentista-populista do período precedente, o que significou um intenso processo de privatização dos serviços, que seriam comprados pela previdência.

Diante da lógica privativista dos governos militares e sob crescente demanda por leitos psiquiátricos, houve uma expansão rápida e indiscutível destes em hospitais privados em detrimento da rede pública, que era fundamentalmente o modelo de expansão da assistência psiquiátrica até a década de 1960. Esse processo justificará em parte a dificuldade do avanço da reforma psiquiátrica no Brasil posteriormente, pelo surgimento de um grupo de



empresários do setor da psiquiatria que lucrou muito com a abertura desses nosocômios, o que Luiz Cerqueira<sup>16</sup> chamou de 'indústria da loucura'.

A rede privada para saúde mental ambulatorial e hospitalar que se mostrava ainda incipiente naquele momento começou, com contribuição de fundos públicos diga-se de passagem, um rápido processo de expansão e recepção do fluxo de pacientes que a rede pública já não era capaz de absorver (MÂNGIA, 2000; PAULIN; TURATO, 2004)<sup>17</sup>. Conjuntura confirmada por relatos de funcionários do Juqueri que

Descrevem a chegada de ônibus ou caminhões, fretados pelos donos dos novos hospitais, inaugurados no interior do Estado de São Paulo, que eram lotados por internos, criteriosamente escolhidos, uma vez que os que pareciam doentes não eram aceitos, e se levados por engano, eram imediatamente “trocados” por outros, que apresentassem melhores condições de saúde. (RESENDE, 1987, p. 39).

Esse privilegiamento do setor privado indica uma nova tendência, uma perspectiva produtiva da Psiquiatria. Não se pode ignorar, por exemplo, o fato de ter ocupado o Ministério da Saúde do Governo Costa e Silva um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica, o psiquiatra Leonel Tavares Miranda de Albuquerque, diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras no Rio de Janeiro, um dos maiores manicômios privados do mundo que ainda em 2000 tinha uma população de quase 1500 pacientes internados (foi fechado apenas em 2012).

Dessa maneira, de 1965 a 1970, houve, segundo Mângia (2000), um aumento na hospitalização e na população internada, mas não caracterizada pelo serviço público de assistência

O período de 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Estes últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%. Em 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos e uma diminuição [para ordem] de 75,1% dos leitos públicos. [...] em 1981 os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4% (idem, ibidem; Nascimento, 1991, *apud* PAULIN; TURATO, 2004, p. 245).

---

<sup>16</sup> Um dos grandes nomes da psiquiatria brasileira, pioneiro da desospitalização psiquiátrica no país junto a Nise da Silveira. Natural de Alagoas, atuou em diversos estados dentre eles Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo, onde foi Coordenador de Saúde Mental em 1973.

<sup>17</sup> É pertinente apontar que, no entanto, era comum a prática da "permuta", que consistia na seleção de pacientes cujo prontuário indicasse impossibilidade de cura ou não apresentassem boas condições de saúde e seu encaminhamento para hospitais públicos. Isso acarretava a diminuição da taxa de mortalidade nas instituições privadas, sendo praticada no hospital do Juqueri até a década de 1980.

Não houve alteração, portanto, da lógica de tratamento, exclusão social e segregação espacial dessas edificações no segundo período de assistência.

Em se tratando da configuração espacial produzida por esse processo pode-se afirmar que a difusão dos hospitais pelo interior ocorrida nesse período, embora seja comumente atribuída aos aspectos tranquilos e climáticos do interior e/ou de lugares altos, atribui-se sobretudo à implantação de hospitais privados financiados pelo setor público.

Se o modal ferroviário até então havia se apresentado como um importante objeto que favorecia à implantação de instituições, o processo de rodoviarização do Brasil que se desenvolvia naquele momento de modo crescente também colabora para a compreensão da difusão desses hospitais pelo interior.

Junto ao salto no número de internações, a interiorização da assistência guarda ainda relação com a disponibilização dos serviços de internação psiquiátrica a trabalhadores previdenciários urbanos, que até então se limitavam a poucas categorias, mas foi expandida a partir da década de 1960.

O índice de hospitalização, que no quinquênio anterior era de 36% dos pacientes do campo da saúde mental, estabilizou-se em torno de 12% na década de 70, resultado, entre outros fatores, da necessidade de recuperação de mão de obra mediante aquecimento da economia e escassez de massa trabalhadora (RESENDE, 1987).

É interessante pontuar ainda, como observam Antas Jr. (2011) e Tarelow (2011), o caráter excludente do atendimento em saúde no Brasil, incluindo ali a Psiquiatria. Sobretudo no período de governos militares, como muitas políticas públicas setoriais do período, também a assistência psiquiátrica estava restrita à população trabalhadora inserida no emprego formalizado que contribuía, portanto, à previdência. Não por acaso os dados trazidos por Tarelow (2011) revelam uma supremacia de pacientes brancos no maior hospital psiquiátrico brasileiro ao longo do século XX. Esse quadro sofrerá modificações apenas após o advento do SUS e da constituição de 1988, como será retratado mais adiante.

## 3.2 Crítica ao modelo hospitalocêntrico, legislação e assistência: avanços e contradições do Estado no campo da saúde mental

### 3.2.1 Aspecto normativo: avanços e retrocessos na década de 1970

Caso a ação do Estado brasileiro na década de 1970 acerca da assistência psiquiátrica fosse analisada apenas quanto a aspectos normativos, documentos oficiais e legislação específica, seria possível tirar conclusões absolutamente divergentes da configuração da saúde mental no Brasil nesse período, embora houvesse de fato experiências alternativas à dura realidade encontrada por pacientes, famílias e trabalhadores do setor.

Em primeiro lugar, para entender as transformações ocorridas no plano institucional, deve-se mencionar a influência das propostas e discussões que aconteciam em diversos países acerca da questão da saúde mental, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa<sup>18</sup>, que tiveram impacto na produção acadêmica e nas estratégias traçadas pelo governo brasileiro sobre o tema.

Como reflexo das discussões que ocorriam nessas experiências internacionais, principalmente dos EUA e a psiquiatria comunitária<sup>19</sup>, houve o desencadeamento de um debate de fato acerca da “saúde mental” como objeto de ação no Brasil, baseado em conceitos preventivistas e na meta de redução da ocorrência de transtornos mentais, corroborada por recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde (PAULIN; TURATO, 2004).

O Ministério da Saúde, junto aos órgãos equivalentes de outros países latino-americanos em Santiago no Chile, lançou em 1972

os princípios básicos que se pretendia deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país; em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à

---

<sup>18</sup> Países como EUA, França, o Reino Unido e, sobretudo, Itália foram precursores da crítica à instituição psiquiátrica e alavancaram tendências de alternativas ao modelo marcado pela violência e exclusão dos pacientes. Para quaisquer tendências, de modo geral “Tratava-se de modernizar o potencial terapêutico da psiquiatria, humanizar suas instituições, racionalizar sua gestão administrativa e financeira e amenizar seu papel segregativo, através da criação da assistência em espaços comunitários” (MÂNGIA, 2000, p.1).

<sup>19</sup> “A psiquiatria comunitária caracteriza-se pelo atendimento de saúde em geral, obedecendo a princípios como o atendimento territorial, a busca da inserção do paciente na comunidade, e o atendimento multiprofissional” (SZMUKLER; THORNICROFT, 2001, *apud* MATEUS, 2013, p. 60).

hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando <<a pronta reintegração social do indivíduo>>. (RESENDE, 1987, p. 65).

A partir do excerto acima é possível apreender que naquele momento o Ministério da Saúde incorporou em seu discurso algumas das críticas que lhe eram feitas por diferentes segmentos da sociedade e da Psiquiatria em relação à sua atuação nesse campo no país, sobretudo em relação à adoção de ações alternativas à internação de longa duração, negando mesmo o modelo psiquiátrico clássico organomecanicista. Identifica-se nesse momento a supressão de uma concepção apenas preventiva em relação à doença mental por uma noção de promoção da saúde mental.

Em se tratando dos aspectos normativos do período pode-se apontar a elaboração do Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, de julho de 1973, publicado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e detalhava e operacionalizava as linhas gerais de ação seguindo os passos do Ministério da Saúde.

A relevância deste documento explica-se no fato de o mesmo servir, posteriormente, como base para a consolidação dos princípios da psiquiatria comunitária no Brasil, pois ele nunca foi de fato implantado pelo INPS. Sua redação indica uma preocupação do Estado acerca da questão da assistência psiquiátrica do país e constituiu um marco na perspectiva da esfera pública sobre esse campo, apesar da restrição à sua viabilidade, seja por falta de recursos humanos ou financeiros, mesmo à inadaptabilidade dos usuários na estrutura existente no momento na comunidade.

No entanto, a maior oposição à aplicação do manual veio do setor empresarial do setor psiquiátrico que insistia no hospital psiquiátrico como órgão principal da assistência. Não é surpreendente apurar que essa resistência tenha tido motivação econômica, já que a implantação de serviços extra-hospitalares poderia desencadear numa diminuição de faturamento, caso surgissem impedimentos ou filtros administrativos para internações, ou seja, o manual foi sabotado desde sua aprovação a fim de impedir a retração da lucratividade do empresariado da saúde (PAULIN; TURATO, 2004; RESENDE, 1987).

No ano seguinte, 1974, mesmo ano de criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi expedida a portaria 39, conhecida como Plano de Pronta Ação – PPA, que pretendia desburocratizar o atendimento tanto de segurados da Previdência quanto de

dependentes, portanto, a ampliação da cobertura para cerca de 80% da população urbana em busca de universalização e garantir o maior número possível de modalidades de assistência, incluindo convênios com particulares.

No entanto, a dispensa à avaliação prévia do setor público, somada à priorização pela compra de serviços em hospitais privados ocasionou um déficit financeiro e um quadro de insolvência da Previdência Social.

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental – Pisam -, do Ministério da Saúde que tentava também a implantação dos princípios da psiquiatria comunitária. Teve relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, mas foi desativado sob duras críticas do setor privado.

É preciso pontuar que além dos fatores supracitados, a situação do Ministério da Saúde na década de 1970 não auxiliava os planos a saírem do papel. A crise do governo Geisel, em função do fim do ‘milagre econômico’ teve impacto político e financeiro sobre o Ministério referido, além de a população apresentar simultaneamente, naquele momento de crise, um aspecto de deterioração de suas condições de vida, exigindo inclusive a intensificação de medidas de caráter social, o que provocou uma transformação na atuação da Previdência Social. Diante desse cenário pode-se inferir que a assistência psiquiátrica perdeu importância dentro da assistência médica em geral e mesmo acerca da hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública, com a ação de recuperar e/ou proporcionar a manutenção da força de trabalho. Essa realidade era refletida pelas mudanças nos gastos do INPS com saúde mental, em 1971 era da ordem de 8,24% dos gastos totais, enquanto em 1974 era de 5,73% e no ano de 1980 decresceria para 4,25% (PAULIN; TURATO, 2004).

Mais do que isso, permaneceu em vigor a política de privilegiamento do setor privado como destino principal desses recursos, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil em detrimento das alternativas terapêuticas e extra-hospitalares previstas nos planos do Estado.

O que se pode apontar, nesse sentido, é que embora tenha havido avanços de caráter progressista no âmbito normativo na tentativa de pensar outros modelos não impostos pelo capitalismo monopolista, essas mudanças não foram capazes de alterar a estrutura assistencial psiquiátrica no Brasil que prosseguiu precarizada, o hospital psiquiátrico continuou sendo

admitido como o agente terapêutico em caráter majoritário<sup>20</sup> e a internação o objetivo principal do funcionamento do setor ambulatorial e o setor privado mantendo-se como maior captador de recursos desse campo.

Entretanto, mesmo mediante contradições e retrocessos, é possível afirmar que a proposta preventivista e as críticas ao modelo hospitalocêntrico construídas durante a década de 1970 forneceram subsídio para que ao final dessa década houvesse um aprofundamento nas discussões e a possibilidade do surgimento de uma política de saúde mental efetiva no Brasil. Em meio a um contexto mais favorável de organização social, diante do enfraquecimento do governo militar, foi possível vislumbrar uma remodelação da saúde pública no país que emergiria com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenrolar da Reforma Psiquiátrica como se verá adiante.

### 3.2.2 Experiência "inovadora" em São Paulo

Enquanto em âmbito nacional aconteciam mudanças no aparato normativo, em São Paulo a coordenadoria de saúde mental proibia mais internações no Juqueri e criava um pronto-socorro para pacientes que permaneceriam naquele hospital por curto período, além de estabelecer convênios em 1972 com as 15 clínicas das faculdades de medicina do estado a fim de barrar as internações na rede privada de assistência, bem como promover e desenvolver modelos assistenciais, capacitar recursos humanos e implantar centros comunitários de saúde mental (COSTA; MIZOGUCHI; FONSECA, 2005).

Essa iniciativa, juntamente com outras experiências no estado e outros lugares do país podem ter sido insignificantes caso sejam consideradas apenas numericamente, em relação à sua abrangência e mesmo acerca do seu tempo de duração, pois foram gradativamente sendo interrompidas dando lugar novamente ao avanço da assistência hospitalar. Contudo, seu valor não está no aspecto quantitativo, e sim em seu caráter inovador que serviria de inspiração para processos posteriores, conforme apontam Paulin e Turato (2004) e Zapitelli, Gonçalves e Mosca (2006).

---

<sup>20</sup> Além de um quadro de escassez de verba destinadas ao campo da saúde mental, havia uma política orçamentária de privilegiamento hospitalar para esses tratamentos. Em 1977, os recursos destinados ao modelo de hospitalização somava 96% do orçamento da Previdência Social para o setor, em relação a apenas 4% de recursos extra-hospitalares, sobretudo ambulatorial (AMARANTE, 1995, *apud* PAULIN; TURATO, 2004).

## **4 REDEMOCRATIZAÇÃO: UM NOVO CAPÍTULO PARA A SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

### **4.1 Avanços da saúde pública brasileira e a saúde mental**

Conforme explicitado no final do capítulo anterior, o contexto político e econômico do país suscitava a emergência de movimentos sociais organizados e o debate sobre a política de saúde em geral nas décadas de 1970 e 80 reverberou no campo da saúde mental (MATEUS, 2013, p.70). É importante evidenciar neste campo o protagonismo que tiveram os movimentos organizados dos profissionais de saúde no processo de crítica e ruptura com o modelo hospitalocêntrico, assim como no aprofundamento das discussões sobre novos modelos de assistência. São exemplos o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, que aos poucos incorporou tanto usuários dos serviços de saúde mental como familiares, e o Movimento de Luta Antimanicomial, criado em 1987, que juntamente às denúncias acerca do funcionamento precário e ineficiente daquelas instituições tiveram influência nas Conferências de Saúde Mental, nos Conselhos de Saúde e na formulação da Política Nacional de Saúde Mental (MATEUS; 2013; PAULIN; TURATO, 2004). A soma desses eventos dá margem ao advento do terceiro período da assistência psiquiátrica no Brasil, que será também marcado pelos eventos da Constituição de 1988, Sistema Único de Saúde (SUS) e Lei da Reforma Psiquiátrica dos quais se falará mais adiante.

É válido lembrar que a maior parte dos atendimentos estava ligada ao INPS e ao Inamps, portanto vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, além de concentrado em regiões mais ricas do país, limitado a trabalhadores da economia formal e dependentes, caracterizando um formato excludente de assistência. As discussões em torno da saúde no país culminaram em mudanças para ampliar a cobertura do Inamps, além de maior participação do Ministério da Saúde, estados e municípios, tencionando a cobertura universal.

Em se tratando de saúde pública

Até o final da década de 80 o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, ações pontuais em locais com carências importantes ou para populações específicas, e a manutenção de alguns hospitais para tuberculose e psiquiátricos, estes últimos a cargo do Serviço Nacional de Doenças Mentais (MATEUS, 2013, p.64).

Acerca da saúde mental, naquele momento a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) era ainda o órgão que exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. Em 1978 esse órgão entrou em crise junto com o modelo de assistência da previdência.

A Constituição de 1988 trouxe os princípios do SUS que seria criado dois anos mais tarde nos cinco artigos da seção II “da saúde” do capítulo sobre seguridade social. No artigo 196, o primeiro deles, define-se que a saúde é “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ou seja, pelo menos no plano institucional, existe o asseguramento por parte do Estado dos serviços de saúde para toda a população, incluídos aqueles direcionados aos transtornos mentais que deixam de ser disponíveis exclusivamente para trabalhadores formais e dependentes, apontando uma tendência de desconcentração espacial desses serviços.

No Brasil, a Constituição Cidadã de 1988 elencou o respeito e a valorização da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito. Assim, a dignidade da pessoa humana passou a representar o valor maior do sistema jurídico, irradiando seus efeitos sobre todos os ramos do direito. (BARDARO; MAPELLI JR., 2013, p. 384).

O que se traduz, em outras palavras, em se tratando de saúde mental, na defesa do fim dos maus tratos, violência e sequestro de direitos e cidadania da população com transtornos mentais, sobretudo internada em hospitais psiquiátricos, muitas vezes por décadas.

O SUS se nos apresenta, por sua vez, como o principal instrumento de aplicação deste direito. Criado através da lei nº 8.080 de 1990, contribuiu para o campo da saúde mental sobretudo em relação à cobertura dos serviços disponíveis até então para uma parcela minoritária da população. Como dito anteriormente, a Constituição de 1988 assegura a prestação de serviços de saúde por parte do Estado de forma universal e gratuita. A despeito das deficiências e carências do sistema, é importante salientar, como Mateus e Mari que

Uma das principais estratégias do Brasil para se implementar a política de saúde mental passa pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupo de trabalho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2010, *apud* Mateus; Mari, 2013, p. 21).

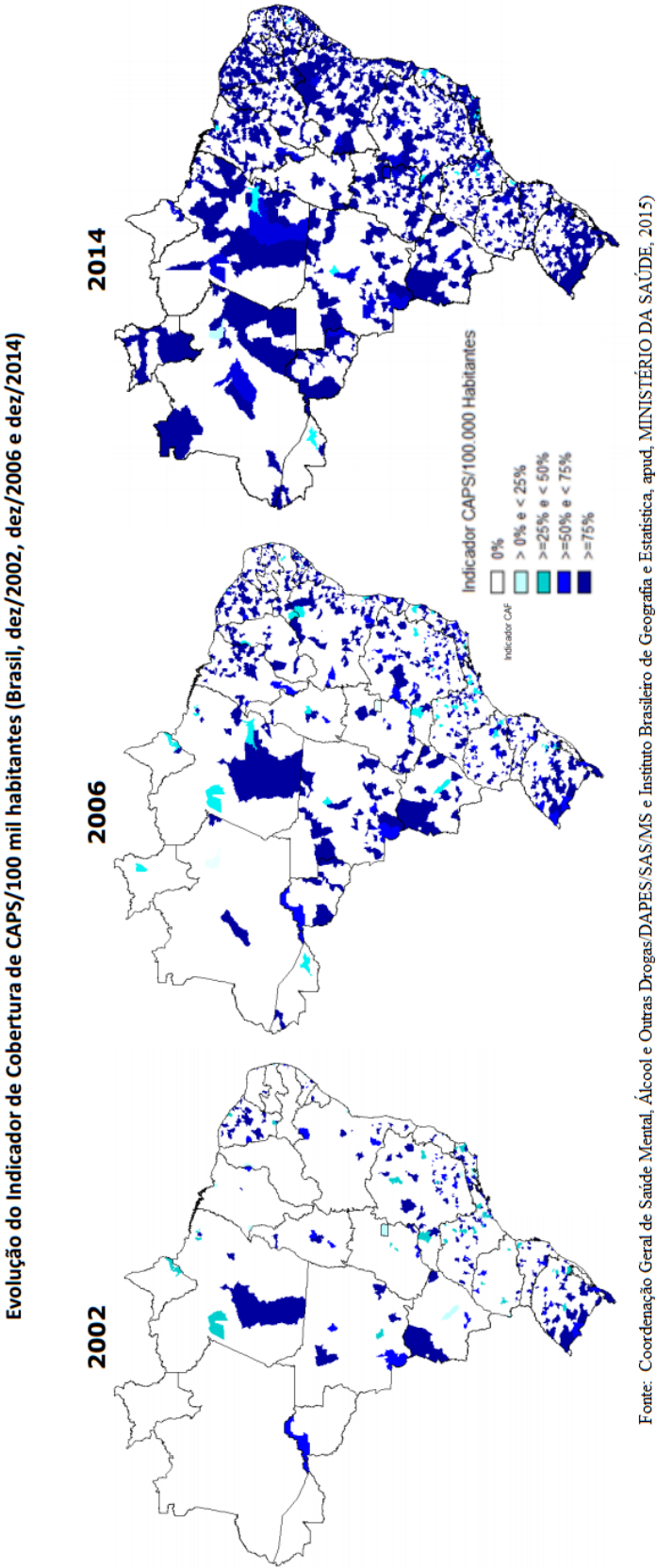


Pode-se destacar a expansão dos serviços de saúde mental públicos<sup>21</sup> a partir da criação do SUS nos mapas da figura 3 a seguir.

---

<sup>21</sup> No mapa é retratada a cobertura por município pelo equipamento de saúde da categoria Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que consiste em "um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos." (BRASIL, 2004).

Figura 3 Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Considerando ser o enfoque desta pesquisa as implicações espaciais da configuração dos equipamentos de serviços de saúde mental na sua relação com as estratégias do Estado exclusivamente para esse campo, a seguir são trazidos os princípios norteadores do SUS que nos auxiliam na compreensão dos avanços desse tema no Brasil, que terão influência direta da concepção da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), sem a intenção, portanto, de abordá-los em toda a sua complexidade. São eles:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, grifo nosso)

Destacamos a reafirmação da universalidade do acesso da população aos serviços como na Constituição de 88 e uma mudança em relação à administração destes com o privilegiamento da esfera municipal. Nesse sentido, a organização dessas ações e serviços em caráter regional e hierarquizado. A região de saúde constitui-se num

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No âmbito da gestão, coube à esfera estadual em articulação com os municípios a definição das regiões de saúde. Em relação à hierarquização dos serviços o SUS organiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

A adoção da "região" como categoria de planejamento em saúde reflete as mudanças ocorridas na sociedade brasileira nas décadas anteriores com o aprofundamento do processo de urbanização, estruturalmente marcada por seu caráter desigual, do mesmo modo que outros processos correlatos. Ou seja, a "nova" sociedade que emerge o país no final do século XX engendra no campo da saúde e no pensamento sobre a geografização das ações em saúde uma nova forma de entender o comportamento espacial do processo saúde-doença. Nesse contexto, categorias de análise geográficas (como espaço, região e território) são fortalecidas nesse campo de pesquisa. A contribuição dos conceitos de espaço e território em Milton Santos permitiram, por exemplo, a mudança do foco das ações em saúde da doença para os elementos sociais, resultantes de uma dinâmica social complexa em meio ao desenvolvimento do meio-técnico-científico-informacional, das condições de saúde da população (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Isso significa que o planejamento e os equipamentos de saúde partem de uma perspectiva distinta dos períodos precedentes e terão, consequentemente, uma outra espacialidade.

Percebe-se também a partir da leitura dos princípios do SUS é que neles se aglutinam aquelas mudanças aspiradas pelos movimentos organizados e as diretrizes apontadas na Constituição de 88.

No mesmo ano é criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da Dinsam, que coordenará a política de saúde mental no país e que

potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BORGES; BAPTISTA, 2008, apud, MATEUS, 2013, p. 72).

Em outras palavras, é sob esse pano de fundo que tem início no país a implantação da PNSM e começa a tomar vulto a Reforma Psiquiátrica. Conforme Paulin e Turato (2004), a partir da crise da DINSAM e emergência da CGSM e, de acordo com Medeiros (1992) e

Resende (1987), citados por Mateus e Mari (2013), quando afirmam ser implantada nesse momento como política de governo.

A PNSM é norteadada pela lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, a "Lei da Reforma Psiquiátrica" que trata dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e retira o hospital psiquiátrico do centro do modelo de tratamento.

No entanto, é válido pontuar que a lei foi sancionada após um processo de doze anos, iniciado quando o projeto de lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado foi apresentado em 1989 e dispunha "sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" (BRASIL, 1989), ou seja, propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mesmo que de maneira simplificada, além de proibir em seu primeiro artigo a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e impedir a contratação ou financiamento de serviços em hospitais psiquiátricos privados pelo setor governamental, prática realizada de modo abrangente até aquele momento no país. O projeto sofreu modificações e a ementa substitutiva do Senado "dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental" (BRASIL, 2001).

A lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, resultado desse processo, norteia a PNSM ao determinar que

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001).

Dentro do excerto supracitado, podemos destacar além da pressuposição da construção da PNSM, a defesa da participação da sociedade e da família, bem como da existência de uma assistência em saúde com equipamentos de saúde em caráter diverso. A lei não institui, no entanto, mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos nem proíbe a construção de novos hospitais desse gênero, públicos ou conveniados<sup>22</sup>. Limita-se a

---

<sup>22</sup> Acerca da extinção progressiva dos leitos em hospitais ou unidades psiquiátricas pode-se ressaltar o advento de programa de ressocialização de pacientes internados por longa duração denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde e instituído pela lei nº10.708 de 31 de Julho de 2003. Além desse programa a portaria GM nº52/04 marca o programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, visando a uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria.

privilegiar o tratamento na comunidade e condenar as "instituições com características asilares", como fica evidenciado no Artigo 4º:

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. (BRASIL, 2001).

O princípio da dignidade humana, inscrito na Constituição de 1988, está contemplado na lei da Reforma Psiquiátrica e os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais estão abaixo elencados.

Art. 2º 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. (BRASIL, 2001).

Ficaram ali ressaltadas a preferência pelos serviços comunitários de saúde mental, a garantia do acesso ao melhor tratamento de saúde consentâneo às necessidades do paciente e em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possível. Nega-se de modo patente o

modelo macrohospitalar. O melhor tratamento do sistema de saúde pressupõe, por sua vez, a existência de equipamentos com funções distintas. Equipamentos estes inseridos no território

"entendido como uma categoria de análise social, o território se apresenta como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito. "A categoria analítica é o território usado pelos homens, tal qual ele é, isso é, o espaço vivido pelo homem [...]" (SANTOS, 2003b, p.311). [...] Se por um lado o território - cenário das relações sociais -, pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas." (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 36)

Esse fato corrobora com a ênfase das políticas em saúde mental no SUS na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS<sup>23</sup> (BARDARO; MAPELLI JR., 2013).

Os serviços de saúde que compõem o novo modelo de assistência em saúde mental são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS – I, II, III, infantil - i e álcool e drogas - ad), Residências Terapêuticas (SRT), leitos em Hospitais Gerais e unidades de acolhimento previstos da RAPS<sup>24</sup>. Além de prontos socorros gerais, ambulatórios de especialidades e unidades básicas de saúde e núcleos de apoio à saúde da família (Programa de Saúde da Família). Todos estes serviços devem estar interligados entre si por uma rede, atendendo a condição clínica e social de cada paciente, que demanda serviços específicos.

No novo modelo, o CAPS é a unidade fundamental de assistência, estando contido neles, portanto, valor estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

## 4.2 A configuração do novo modelo no estado de São Paulo

Como em outros períodos da assistência psiquiátrica no Brasil, São Paulo também assumiu papel de destaque no processo de emergência da Reforma Psiquiátrica e na implantação de um novo modelo de tratamento em saúde mental.

---

<sup>23</sup> Instituída Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.

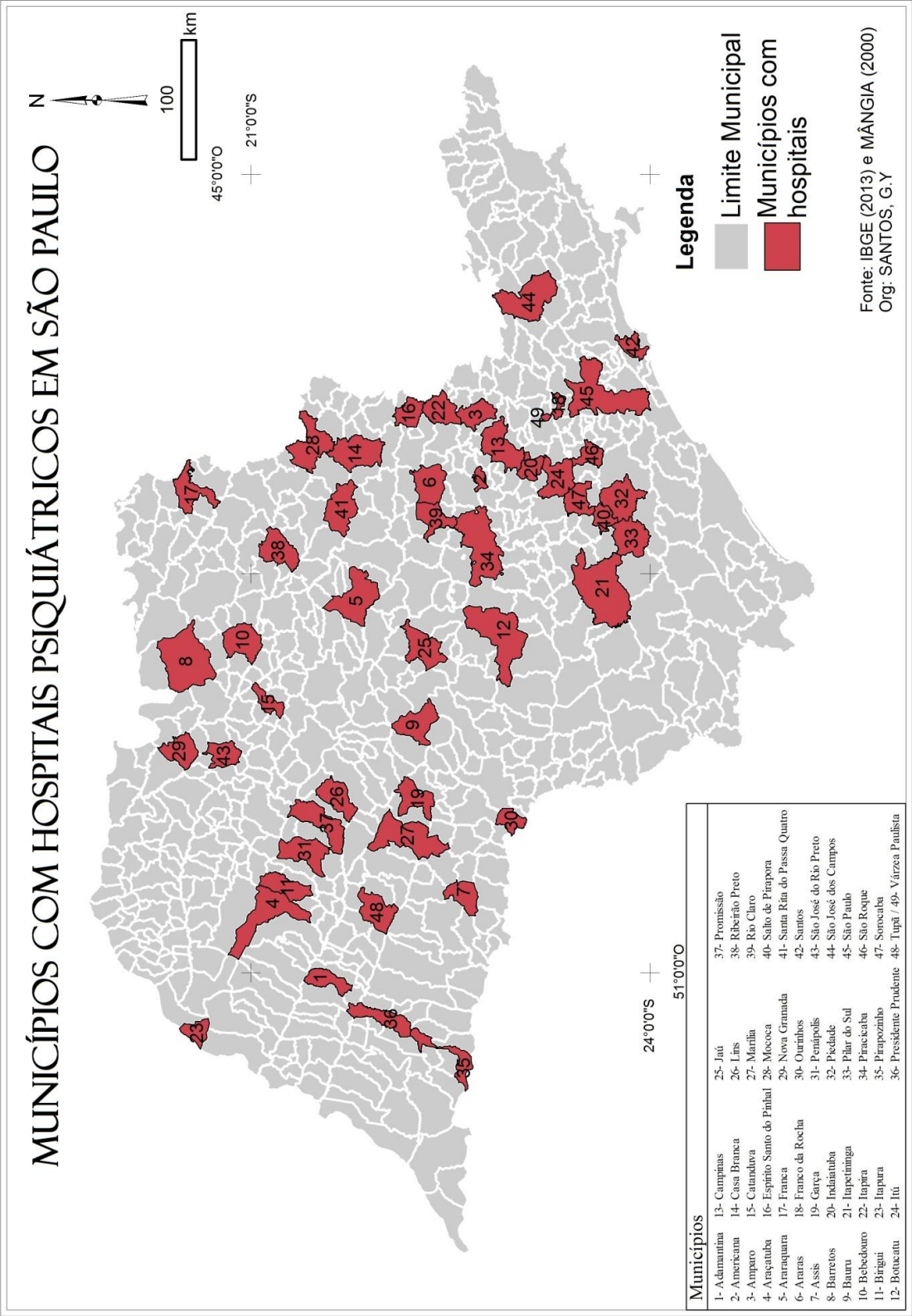
<sup>24</sup> Os componentes listados aqui são aqueles que recebem recursos de incentivo e habilitação para implantação e manutenção. Para demais componentes da rede, acessar o site do Ministério da Saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>.

Já na década de 1970, a Coordenação de Saúde Mental do estado preconizava o oferecimento de alternativas de tratamento, especialmente em se tratando de serviços de base comunitária, em outras palavras, sem a retirada do paciente do seu convívio familiar e seu entorno próximo.

Para a efetivação desse processo, a Coordenação de Saúde Mental do estado, propunha uma política de redução de internações a partir da criação de equipes de saúde mental nos centros de saúde, ampliação da rede de ambulatorios e criação de unidades psiquiátricas com serviços de emergência em hospitais gerais, além da criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em 1986 na região da Av Paulista. Na figura 4, pode-se verificar a espacialidade da assistência psiquiátrica no estado até a década de 1990, ou seja, quando da decadência do modelo hospitalocêntrico vigente.



Figura 4 - Municípios com hospitais psiquiátricos em São Paulo



Fonte: Mângia, 2000; IBGE, 2013.

Conforme abordado anteriormente, durante a década de 1990, com a emergência da PNSM pelo Ministério da Saúde, várias unidades da federação aprovaram suas primeiras leis em favor da substituição dos leitos psiquiátricos por outros equipamentos de saúde. O estado de São Paulo, que em 1985 contava com 37.105 leitos psiquiátricos (ZAPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006, p. 226) assumia então naquela década o projeto de redução desse contingente, embora não houvesse legislação estadual específica.

Pela lei complementar n.º 791/95, foi estabelecido o Código de Saúde do Estado que dedicou uma seção à saúde mental. Seguem as disposições do artigo 33 para discussão

Artigo 33 - No tocante à saúde mental, o SUS, estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à descapitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinadas a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:

I - desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e sua reinserção na família e na sociedade;

II - a atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, realizar-se-á, basicamente, no âmbito comunitário, mediante assistência ambulatorial, assistência domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir, ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;

III - toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restritivo possível, o qual só será

administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;

IV - a internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e objetivará a mais breve recuperação do paciente;

V - quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta dar-se-á, preferencialmente, em hospitais gerais; e

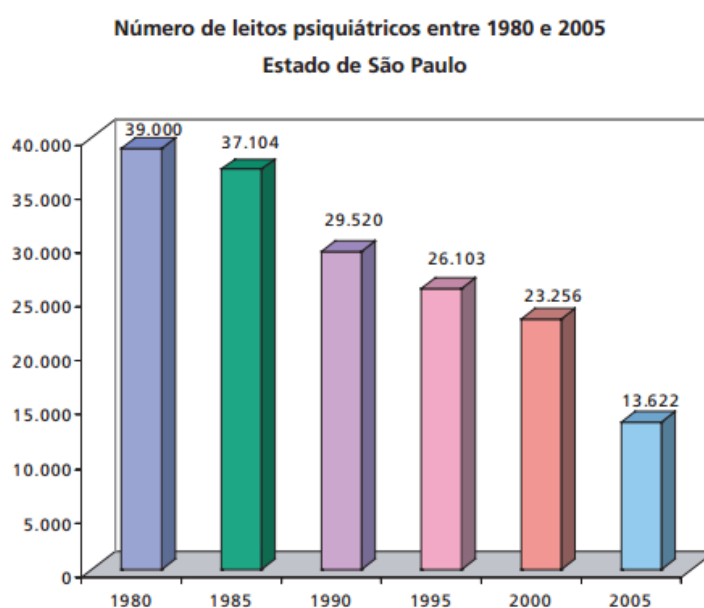
VI - a vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária (BARDARO; MAPELLI JR., 2013, p.381, grifos nossos).

Fica evidente partir do excerto da lei a intenção do governo do estado de modificar o modelo de assistência baseado na internação de longa permanência e diminuir a dependência da unidade hospitalar psiquiátrica para, então, alternativas à reclusão dos pacientes e criação de novas ações e serviços. No entanto, não há menção de quais estratégias ou descrição sobre esses novos equipamentos, apenas a afirmação de seu caráter comunitário e a reinserção dos pacientes na família e sociedade.

Zapitelli, Gonçalves e Mosca (2006) trazem dados que nos subsidiam para a melhor compreensão de como se dá o processo da Reforma Psiquiátrica e da implantação da Política de Saúde Mental no estado de São Paulo na organização da rede pública de assistência. Tais autores nos indicam uma redução no número de internações e de 53,8% no número de leitos cadastrados num período de quinze anos (de 1980 a 2005) como pode ser verificado no gráfico a seguir (FIGURA 5):

Figura 5 Redução do número de leitos psiquiátricos no estado de São Paulo entre 1980 e 2005

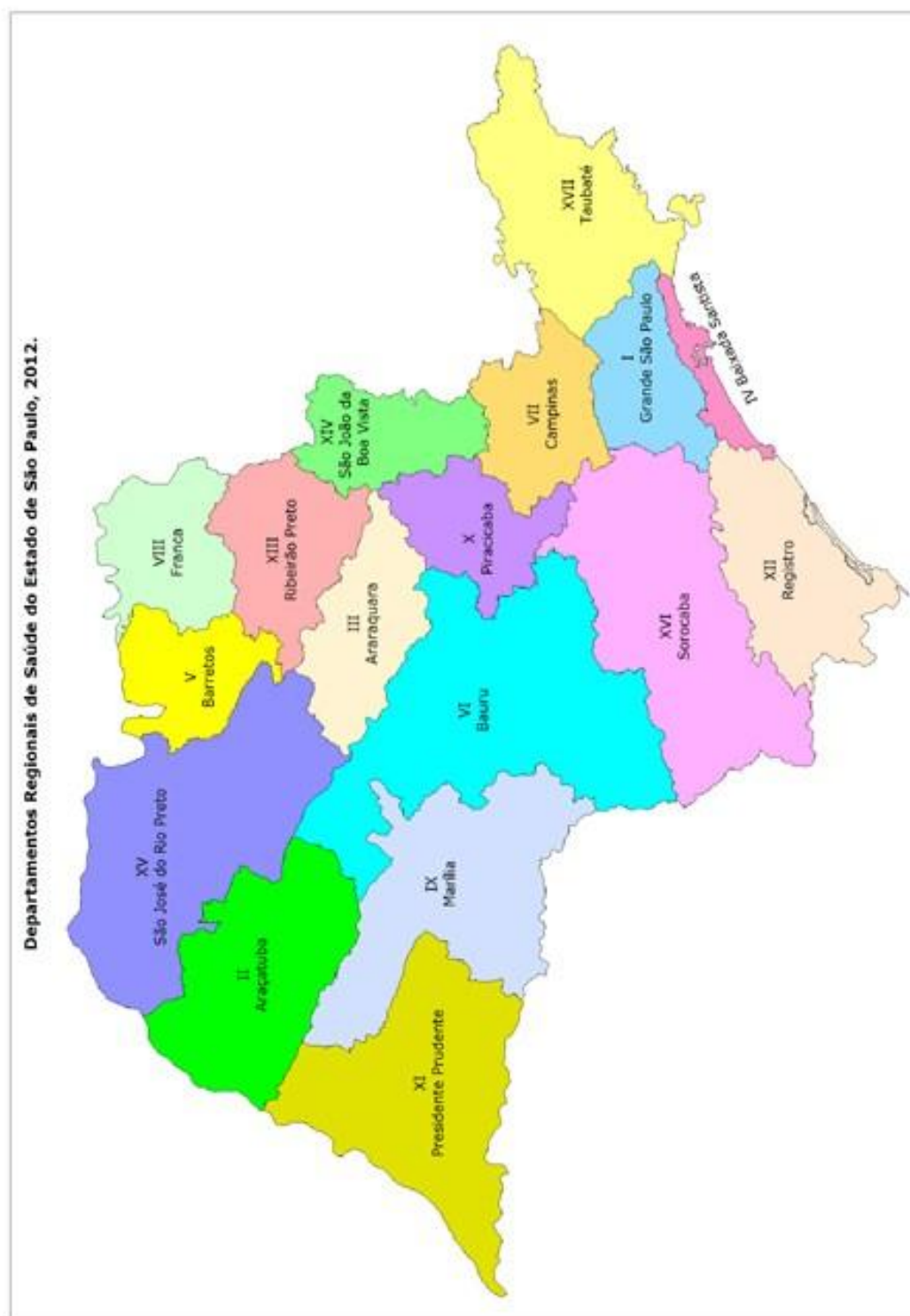
**Redução do número de leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo  
entre 1980 e 2005**



Fonte: RELATÓRIOS DA CPS / CNES, *apud* ZAPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006, p. 228).

Estes leitos estão distribuídos pelas 24 Direções (ou departamentos) Regionais de Saúde do Estado, representadas no mapa a seguir (FIGURA 6), disponibilizado pela Secretaria da Saúde do estado:

Figura 6<sup>25</sup> Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2012.

25 As cores atribuídas a cada Direção de Saúde não possui valor temático além de ilustrar a distinção entre seus limites territoriais.

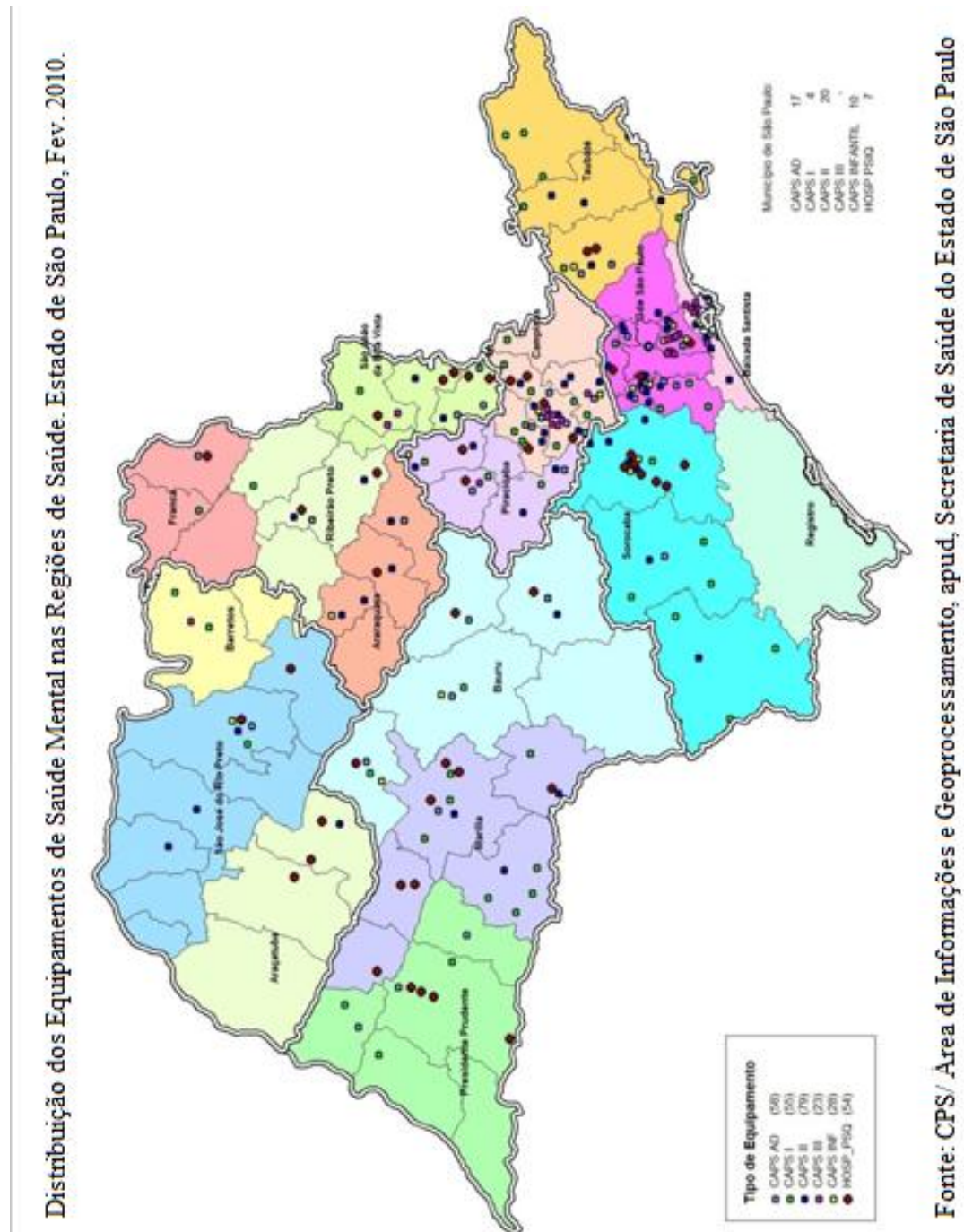
Os autores Zapitelli, Gonçalves e Mosca (2006) defendem que a distribuição dos leitos não é proporcional, de modo geral, ao número de habitantes das regiões, nem segue padrões epidemiológicos e que heterogeneidade atribui-se por

contingências outras mediadas por questões locais e circunscritas a um dado momento histórico. Uma das prováveis explicações para esta disparidade no número de leitos nas diferentes regiões, é que a existência destes, era algo bastante lucrativo, desta forma o fator empresarial norteava a abertura ou não de novos leitos, o que se perpetuou ao longo dos últimos anos mantendo uma distribuição bastante desigual não baseada em parâmetros relacionados aos indicadores de saúde. (ZAPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006, p.230).

No entanto não se pode negar que existe uma coincidência entre a densidade de leitos e/ou outros equipamentos de saúde nas regiões mais densamente povoadas no estado, como poderá ser verificado na (FIGURA 7) e, portanto, uma manutenção da concentração dos serviços de assistência nas áreas mais urbanizadas e ricas, revelando assim a desigualdade regional da assistência em São Paulo nos mesmos moldes que no país, fenômenos este que não é exclusivo da saúde mental nem mesmo da área da saúde. Concordamos, por outro lado, com a constatação da relação entre o capital empresarial hospitalar com a abertura de novos leitos, fato que corrobora com os levantamentos feitos acerca de outros períodos da assistência como visto no capítulo 4.

O processo de diversificação da assistência psiquiátrica no estado de São Paulo, em andamento desde 1986, tem hoje a seguinte espacialidade (FIGURA 7),

Figura 7 Distribuição dos equipamentos de saúde mental nas regiões de saúde<sup>26</sup>



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

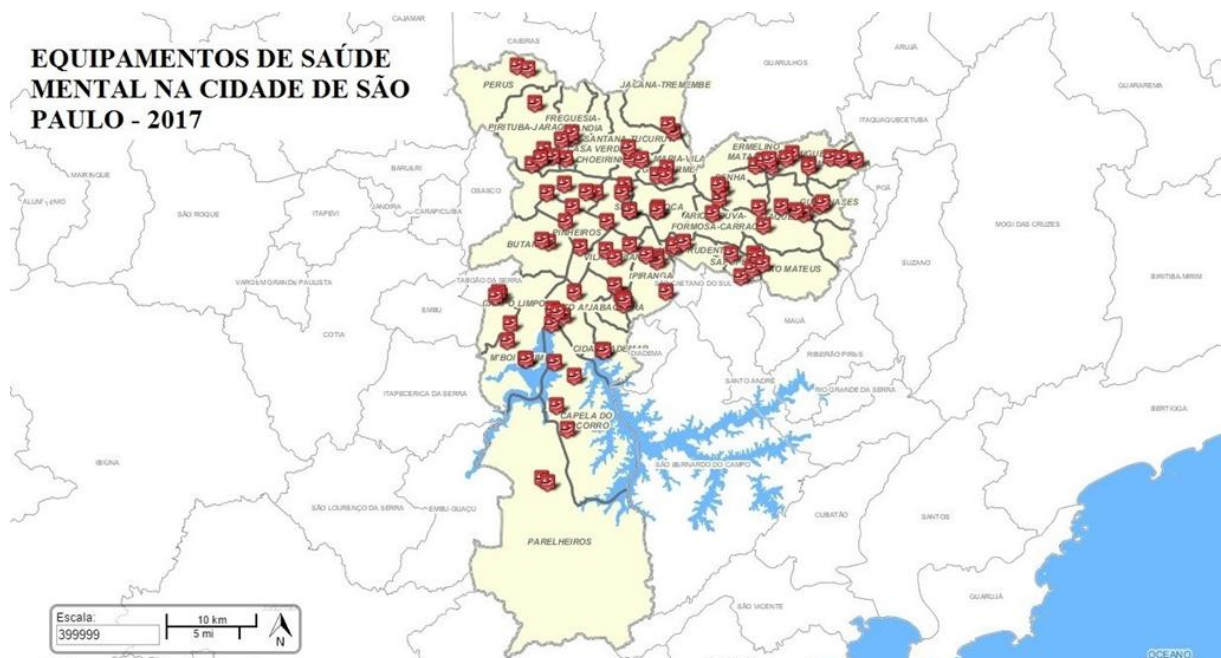
<sup>26</sup> As cores atribuídas a cada Região de Saúde não possui valor temático além de ilustrar a distinção entre seus limites territoriais.



Pode-se verificar, a partir do mapa, a permanência da concentração dos equipamentos de saúde na região sudeste do estado, no entanto, com uma maior diversificação dos serviços disponíveis. A disponibilidade de serviços está concentrada nas regiões de saúde da Grande São Paulo, Campinas e Sorocaba. Vale ressaltar que esta é a região mais populosa do estado, sendo que a RMSP, sozinha, abriga cerca de 47% da população do estado, as três regiões supracitadas somadas, concentram cerca de 61% da população de São Paulo (IBGE, 2010).

Na capital paulista, a distribuição dos CAPS se dá da seguinte forma (FIGURA 8), segundo mapa disponibilizado pela plataforma GEOSAMPA, da Prefeitura de São Paulo.

Figura 8 Equipamentos de saúde mental na cidade de São Paulo – 2017



Fonte: Geosampa, 2017.

Neste mapa fica evidente como a capital paulista concentra os CAPS do estado, pela razão exposta no parágrafo anterior e pela centralidade econômica que tem a capital paulista na rede urbana do estado e do país. Pode-se afirmar, com base no mapa, que existe uma concentração desses serviços de assistência nas regiões central e oeste da cidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na medida em que a assistência psiquiátrica no Brasil, como abordado ao longo da pesquisa, foi construída a partir da ação estatal sobre o tema a partir da segunda metade do século XIX, a compreensão sobre a lógica de Estado, ações e estratégias desenvolvidas ao longo do tempo nos serviram de subsídios acerca de como essa assistência foi realizada e transformada no país e no estado de São Paulo especificamente. A ação do Estado foi escolhida para ser analisada na perspectiva da categoria dos eventos sociais pela maior escala de abrangência de seus impactos, abrindo assim também maiores possibilidades mudanças no espaço. Ação estatal esta contida no conjunto da ação humana, cuja contribuição é um pressuposto para a ocorrência dos eventos sociais (SANTOS, 2008) e, portanto, para os processos espaciais (BERRY, *apud* SANTOS, 2008).

Nesse sentido, partimos da definição de política de saúde mental da Organização Mundial da Saúde, fornecida por Mateus (2013), de "um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos para a melhoria da saúde mental e redução do impacto dos transtornos mentais na população" para analisar a ação do Estado para com esse setor e, nesse sentido, verificarmos quando de fato houve uma política de saúde mental durante os períodos estudados, tratando das mudanças ocorridas nas políticas públicas direcionadas ao setor a partir da definição supracitada.

A atuação do Estado até o início do século em relação ao tratamento da população com transtornos mentais esteve muito distante de uma política de saúde, partindo do simples afastamento dessas pessoas da convivência em sociedade, sua participação ou manifestação nos espaços públicos, com enfoque nas cidades. Isso não significa que não houvesse uma estratégia precisa acerca de qual seria o destino reservado a essas pessoas por parte do Estado, mas não existia uma política pública dedicada a esse tema.

Na segunda metade do século XIX, com a emergência dos hospitais psiquiátricos, não há uma transformação significativa em relação a sua localização de distanciamento em relação às aglomerações. O que se altera é a função dessas instituições, não se limitando a segregar os pacientes do meio social, mas passando a buscar meios de tratá-los e reinseri-los na sociedade, sobretudo a partir da capacidade para o trabalho, sob intervenção do incipiente discurso médico presente naquelas instituições. Nesse contexto verifica-se o primeiro período da assistência psiquiátrica no Brasil.



A proliferação de hospitais psiquiátricos no Brasil no fim do século XIX e ao longo do século XX é em parte explicada por esse fato, sob a baixa no limiar da tolerância da sociedade à pessoa com transtorno mental, sobretudo com acentuação do processo de urbanização e a consolidação do discurso da Psiquiatria.

Surgiram neste contexto as primeiras leis específicas sobre o tema, que corroboravam com o modelo macrohospitalar público como principal instrumento de intervenção sobre os transtornos mentais, tendo influência na escala da realização da assistência no território nacional, por sua capacidade de abrangência como não havia ainda ocorrido. Em um primeiro momento, em 1903, com base na internação compulsória daqueles indivíduos a partir da "comprovação" das autoridades públicas ou requisição de particular, e em um segundo momento, com a defesa de uma higiene e profilaxia mentais que auxiliaram no processo de expansão dos hospitais psiquiátricos em território nacional. Cenário, portanto, muito divergente ainda de uma política de saúde, embora condenasse os atos de violência nas instituições psiquiátricas, no plano institucional.

Um novo período na assistência foi inaugurado durante os governos militares, marcado pela interiorização e privatização dos serviços através da incorporação destes pela previdência social por meio da compra de serviços de particulares. Ocasinou-se assim um maior contingente populacional atendido, acompanhado pela concentração dela, por sua disponibilização apenas para trabalhadores formais e dependentes.

O resultado desse processo foi um aumento no número de hospitais psiquiátricos, sobretudo no interior e de construção pela iniciativa privada, assim como da população internada, o que evidenciou o potencial lucrativo do setor.

Durante a década de 1970 emergiram documentos oficiais de caráter progressista em meio a duras críticas ao modelo vigente sem, no entanto, serem refletidos em práticas concretas na assistência no Brasil, com exceção de experiências em alguns estados.

Experiências e documentos estes que para Resende (1987), não constituem políticas para o setor no sentido de que

a se entender por política, no senso restrito aqui aplicável, uma equação a dois braços, representada de um lado por um conjunto de intencionalidades e do outro por práticas concretas, conjunto este que mostre uma certa continuidade no tempo e significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais (RESENDE, 1987, p.16).

Constituem-se assim, de forma mais representativa da realidade, tendências de ação do Estado, que podem ser expressas simplesmente pelo critério da exclusão que para esse autor permanecerá como tendência central da assistência psiquiátrica brasileira até a década de 1980, apesar da existência de grupos, ao longo de tantas décadas, que a contestaram.

O que se tinha até as décadas de 60/70 não era uma política de saúde, na medida em que não visava melhoria da saúde mental, conforme definição utilizada da OMS. Apesar dos avanços normativos, a prática da assistência permanece sob os princípios norteadores muito bem estabelecidos e cuja função social era de exclusão.

Mesmo não tendo havido mudanças no paradigma espacial vigente ou na realidade dos pacientes efetivamente, não se pode descartar essas discussões sobre a Política Nacional de Saúde Mental (influenciada pelos debates acerca da saúde no seu aspecto geral em 70 e 80) e os documentos propostos na década de 1970, pois eles serviriam de base conceitual para movimentos que se seguiram nas décadas subsequentes, como visto no capítulo 4.

As transformações ocorridas na política do país no final da década de 1980, iniciadas pelo declínio do governo militar, desencadearam ondas de mudança em distintos segmentos da sociedade brasileira. A sucessão de eventos da luta pela retomada de direitos teve impactos profundos no campo da saúde pública e teve no advento do SUS a “coroação” de todo o processo de discussões em torno dessa temática e é dele que vem os princípios norteadores básicos da PNSM.

Houve, nesse sentido, uma verdadeira ruptura na concepção e no modelo de saúde mental, sobretudo a partir do estabelecimento da chamada “Reforma Psiquiátrica”, a partir da lei de 2001, e de uma Política Nacional de Saúde Mental na década de 1990, instituídas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de encerrar uma história de supressão dos direitos, regida pelo modelo macrohospitalar precedente. Por sua escala de alcance e pela proposição de um novo modelo, inaugura-se uma nova espacialidade da assistência, o terceiro período da pesquisa.

O novo modelo prevê a substituição do hospital como centro do tratamento com a previsão das novas ações, serviços e equipamentos de saúde, modelo este centrado nos CAPS, um modelo “capscêntrico” conforme Bardaro e Mapelli Jr. (2013).

Compreendemos que não se pode reduzir uma política de saúde e as instituições a ela ligadas, em qualquer tempo e espaço, a um simples dispositivo de controle social, tampouco atribuir a esses mecanismos puramente uma função preventiva, curativa e/ou terapêutica.

Trata-se de processos em seu aspecto geral, extremamente contraditórios, na medida em que refletem conflitos de interesses de diferentes segmentos da sociedade. Num primeiro momento e quando da inserção da Psiquiatria no Brasil havia uma consonância maior entre aqueles que detinham o poder de regular e dispor sobre o tratamento, sobre a loucura e sobre as pessoas cuja vida era interdita pelo princípio de sua exclusão sumária da sociedade. No entanto, com o decorrer dos anos, num processo do qual o Brasil não esteve alheio, diferentes correntes de pensamento sobre a saúde mental, do direito das pessoas com transtornos mentais, familiares e trabalhadores desse campo da saúde entraram em conflito com os agentes comprometidos com o viés conservador, coercitivo e violento predominante anteriormente.

Por outro lado, mesmo que não se possa adotar uma visão irrestrita acerca dos objetivos desta ou daquela estratégia de Estado em relação à saúde mental, pode-se realizar inferências e identificar os princípios norteadores das políticas do Estado em relação ao tema e dessa maneira concluir, como ficou evidente no processo da pesquisa, os significativos avanços tanto dos aspectos normativos e legais sobre o tema e da política que vem sendo construída, desde a década de 1990 pelo Ministério da Saúde sob as bases da Constituição de 1988 e do SUS e as duas últimas décadas assistem à efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira, embora haja muito o que ser feito.

Com o cuidado de afirmar que numa sociedade cada vez mais complexa, com interesses múltiplos dentro dos jogos de poder, muitas vezes conflituosos e contraditórios entre si, torna-se difícil individualizar a função social ou a intenção da ação / da regulamentação do Estado.

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política (WHO, 2003, *apud* MATEUS; MARI, 2013, p. 21).

Em 2009 houve o reconhecimento do modelo de atenção à saúde mental brasileiro pela OMS. Apesar das carências evidenciadas e da manutenção de traços do modelo anterior, não se pode negar os avanços conquistados nas últimas décadas.

A partir do processo de pesquisa é possível fazer uma análise sobre os aspectos geográficos da assistência psiquiátrica no estado de São Paulo, mediante os dados levantados sobre o modelo de assistência implantado no Brasil e as particularidades paulistas.

Podemos observar que houve, ratificada pela lei de 2001, uma quebra de paradigma na geografia da saúde mental no estado, pondo fim a um modelo vigente desde a inauguração do Juqueri, em 1898. O modelo hospitalocêntrico, que vigorou durante cerca de um século no país, teve suas estruturas desmanteladas quando da instauração da Reforma Psiquiátrica e o redirecionamento para o modelo de assistência de base comunitária, como resultado de um longo processo de discussões, debates e luta de movimentos sociais organizados.

Como podemos verificar a partir dos mapas das unidades de tratamento psiquiátrico no Brasil e no estado de São Paulo apresentados ao longo da pesquisa não houve uma alteração tão significativa na configuração espacial dessa assistência. Embora a rede de CAPS e de outros equipamentos de saúde tenham se expandido e se interiorizado nos últimos anos, sobretudo na região Nordeste do país e em detrimento das regiões Norte e Centro- Oeste, que tem as maiores dificuldades para a expansão, permanece existindo uma forte concentração da disponibilidade dos serviços na região centro-sul, a mais rica em termos econômicos do país, o que nos indica que a Reforma Psiquiátrica ocorre de modo bem heterogêneo em território nacional (Sistema Único de Saúde, 2010), tal como inúmeros outros serviços prestados à população.

Em se tratando do estado de São Paulo, pode-se perceber a manutenção de traços do modelo macrohospitalar, sobretudo quando da observação da concentração de serviços nas regiões de saúde de XVI - Sorocaba e VII - Campinas além da capital e Região Metropolitana. Esse fato deve-se ao forte crescimento da hospitalização em hospitais privados naquela região a partir da década de 1960, conforme abordado no capítulo 3 e à densidade populacional das regiões e à intensidade da urbanização, junto à concentração de riqueza ali encontradas.

Os eventos são atuais, absolutos, individualizados, finitos, sucessivos. Mas na medida em que se estendem uns sobre os outros, participando uns dos outros, eles estão criando a continuidade do mundo vivente e em movimento (Leslie Paul, 1961, p. 126), ou, em outras palavras, a continuidade temporal e a coerência espacial. É assim que as situações geográficas se criam e recriam. (SANTOS, 2008, p. 156).

A partir dessa consideração sobre os eventos, evidenciamos que esses dois fatos, permanência de leitos psiquiátricos e a cobertura inadequada por regiões de saúde (de acordo com os parâmetros da OMS), nos indicam a necessidade de continuidade da luta por direitos da população com transtornos mentais com o processo de desinstitucionalização e pelo asseguramento da disponibilização das ações e serviços de maneira adequada à população. A despeito, no âmbito dessa pesquisa, da eficiência daqueles já existentes, bem como da RAPS

prevista na lei da Reforma Psiquiátrica, das quais não disponibilizamos de dados e subsídios teóricos para avaliação.

Cada período de tempo as formas terão novos conteúdos e ao mesmo tempo novas funções. Haverá, então, uma dialética forma-conteúdo que se manifesta também como uma dialética socioespacial (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 34).

A assistência psiquiátrica no Brasil e no estado de São Paulo encontra-se num processo de transição e consolidação da Reforma Psiquiátrica, coexistindo no espaço formas remanescentes do modelo hospitalocêntrico e a difusão dos novos equipamentos de saúde com a emergência do novo modelo.

A partir da análise do processo de avanço do modelo macrohospitalar para o modelo baseado na diversidade de serviços e cidadania da população com transtornos mentais fica evidente a necessidade da permanência e o asseguramento do ecôo das vozes dos usuários, famílias, trabalhadores e movimentos sociais organizados ligados a esse tema. Grupos estes que foram relevantes para a emergência da PNSM e os primeiros passos para sua efetivação. É importante igualmente uma constante avaliação dos serviços e atenção às transformações ocorridas na sociedade e no pensamento científico sobre a saúde mental, na medida em que há correntes de crítica também acerca do modelo de assistência vigente e, como apontado na pesquisa, ainda há muito que ser feito para a concretização do processo da Reforma Psiquiátrica no país e no estado de São Paulo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTAS JR., R. M. Circuitos Espaciais Produtivos da Saúde, Serviços Médico-Hospitalares e Transformações da Urbanização no Território Paulista. In: IX ENANPEGE Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia, Goiânia, 2011.

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em 16 abr. 2017.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União - Seção 1.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-norma-pl.html>> Acesso em: 26 nov. 2016.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União - Seção 1.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 26 nov. 2016.

BRASIL. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)> Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 16 de abr. 2017.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em 23 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>> Acesso em 23 de abr. 2017.

BRASIL, Projeto de lei n. 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>

COSTA, L. A.; MIZOGUCHI, D. H.; FONSECA, T. M. G. (Des)Reterritorializando o Espaço-Tempo da Loucura: Uma Genealogia Espacial. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 25, n. 4, p. 536-545, 2005,

FARIA, R. M., BORTOLOZZI, A.. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. *Revista Ra' e Ga – O Espaço Geográfico em Análise*, n. 17, p. 31-41, 2009.

FOUCAULT, M. Outros espaços. In: MOTTA, M. B. da (org.) **Michel Foucault Estética: literatura e pintura, música e cinema**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006. Cap. 33, p. 412-422. [Coleção ditos e escritos. Vol. III].

GOFFMAN, E. As características das instituições totais. In: \_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015. cap. 1 p. 13-23. [Série Debates: Psicologia].

MÂNGIA, E. F., **Asilamento psiquiátrico no Estado de São Paulo: constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria**. São Paulo, 2000. 235 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, Departamento de Sociologia.

MATEUS, M. D.; MARI, J. de J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, M. D. (org.) **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. cap. 1, p. 20-43.

MATEUS, M. D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: \_\_\_\_\_. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. cap. 2, p. 56-75.

\_\_\_\_\_. Formulação de políticas e programas de saúde mental. In: \_\_\_\_\_. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. cap. 5, p. 108-123.



BARDARO, R.; MAPELLI JR., R. M. Saúde mental – Legislação e normas aplicáveis. In: MATEUS, M. D. (org.) **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. cap. 22, p. 376-399.

MARQUES, E. C. Os Modelos Espaciais como Instrumento para o Estudo de Fenômenos Urbanos. In: NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (orgs.) **Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. cap. 2, p. 43-62.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as Contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11, n. 2, p. 241-258, mai.-ago. 2004.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.) **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. cap. 1, p. 15-73.

SANTOS, M. Objetos e ações hoje. As normas e o território. In: \_\_\_\_\_. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2 reimpr. São Paulo: Edusp, 2008. cap. 9, p. 141-155. [Coleção Milton Santos; 1].

\_\_\_\_\_. O tempo e (os eventos) e o espaço. In: \_\_\_\_\_. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2 reimpr. São Paulo: Edusp, 2008. cap. 6, p. 93-110. [Coleção Milton Santos; 1].

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 3, p. 420-424, mai.-jun. 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de saúde Mental/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

SOARES, I. de A. Institucionalização da loucura: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/MG. [S.l.: s.n.] 2006, 123 p.. [Ministério da Cultura. Fundação Biblioteca Nacional. Programa Nacional de Apoio à Pesquisa.]

TARELOW, G. Q. **Entre febres, comas e convulsões: as terapias biológicas no hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923-1937).** São Paulo, 2011. 175 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de História.

ZAPPITELLI, M. C.; GONÇALVES, E. C.; MOSCA, I. Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, v. 8, p.71-78, 2006.

### **Sites consultados**

FACULDADE DE MEDICINA UFRJ.  
<[http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id\\_colchao=521](http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=521)> Acesso em: 21 de novembro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. MEMÓRIA DA LOUCURA.

<<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/apresenta.html>> Acesso em 28 de Novembro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. MEMÓRIA DA LOUCURA.

<[http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/legislacao\\_estabelecimento/divisao\\_nacional\\_saude\\_mental.htm](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/legislacao_estabelecimento/divisao_nacional_saude_mental.htm)> Acesso em 28 de Novembro de 2016.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP. INCOR.  
<<http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/sus/encaminhamento/12-atendimento/consulta-e-exames/130-hierarquizacao>> Acesso em 28 de Novembro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>> Acesso em 02 de Maio de 2017.

PSIQUIATRY ON LINE BRASIL.  
<<http://www.polbr.med.br/ano04/wal0604.php#cima>> Acesso em 02 de Maio de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. MEMÓRIA DA LOUCURA.  
<<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/cerqueira.html>> Acesso em 02 de Maio de 2017.

VICE. <[https://www.vice.com/pt\\_br/article/o-luiz-alfredo-fotografou-o-holocausto-brasileiro](https://www.vice.com/pt_br/article/o-luiz-alfredo-fotografou-o-holocausto-brasileiro)> Acesso em 02 de Maio de 2017.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>> Acesso em 02 de Maio de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.  
<[www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00)> Acesso em 24 de Maio de 2017.