

# Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira?

## *Mental health policies in Santa Catarina in the 1970s: the vanguard of Brazilian psychiatry?*

**Daniela Ribeiro Schneider**

Professora/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
Caixa Postal 476  
88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil  
danischneiderpsi@gmail.com

**Cristiane Budde**

Bolsista de iniciação científica/UFSC.  
Caixa Postal 476  
88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil  
crisbudde@gmail.com

**Karla Castillo Flores**

Graduanda em psicologia/UFSC; bolsista voluntária de iniciação científica.  
Caixa Postal 476  
88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil  
kcf\_1@hotmail.com

**Rafael Pereira**

Graduando em psicologia/UFSC; bolsista voluntário de iniciação científica.  
Caixa Postal 476  
88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil  
rafael.warren@hotmail.com

**Eliane Regina Ternes Torres**

Psicóloga/Espaço Clínica.  
Rua Ferreira Lima, 52  
88015-420 – Florianópolis – SC – Brasil  
elianett@brturbo.com.br

Recebido para publicação em maio de 2011.  
Aprovado para publicação em dezembro de 2011.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.553-570.

### Resumo

Discute as mudanças na assistência psiquiátrica, ressaltando o contexto social e econômico, entre 1971 e 1975, em Santa Catarina. Orientado por técnicos da Organização Pan-americana de Saúde, o governo estadual desenvolveu política de saúde mental com base nas experiências norte-americanas da psiquiatria preventiva e comunitária do governo Kennedy (1961-1963), alinhadas com as diretrizes da Divisão Nacional de Previdência Social, no Brasil. Fruto de pesquisa qualitativa, com entrevistas com profissionais envolvidos na construção dessas iniciativas nos anos 1970, o artigo discute o cenário dos antecedentes da reforma psiquiátrica dos anos 1980 e 1990 no Brasil e reflete sobre o papel histórico dessas iniciativas em Santa Catarina.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica brasileira; psiquiatria preventiva; políticas de saúde mental; Santa Catarina.

### Abstract

*Highlighting the social and economic context, the article examines the changes in psychiatric care in the state of Santa Catarina from 1971 through 1975. Guided by experts from the Pan American Health Organization, the state government devised a mental health policy that was based on U.S. experiences in preventive and community psychiatry under the Kennedy administration (1961-1963) and that was in tune with the guidelines laid out by Brazil's National Social Security Division (Divisão Nacional de Previdência Social). As a product of qualitative research based on interviews with professionals involved in the development of these initiatives in the 1970s, the article discusses the background to the 1980s and 1990s psychiatric reform in Brazil and reflects on the historical role of these initiatives in Santa Catarina.*

Keywords: Brazilian psychiatric reform; preventive psychiatry; mental health policy; Santa Catarina.

Apresentamos aqui resultados de pesquisa desenvolvida no Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica (Psiclin) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulada “História da atenção à saúde mental em Santa Catarina”, que abrange estudos desde o século XIX até os dias atuais. Este artigo faz o recorte das políticas de saúde mental nesse estado nos anos 1970.

Definimos nosso campo de pesquisa como sendo de saúde mental, pois essa é a expressão cunhada nos anos 1960, pela psiquiatria comunitária americana, para designar as reformas produzidas no setor psiquiátrico, abrindo-o para a intervenção multiprofissional na atenção à loucura. Seu mote eram as críticas ao modelo anterior, com seu excessivo hospitalocentrismo e seus gastos elevados, introduzindo a perspectiva preventivista e a intervenção comunitária. Ainda que de forma contraditória, tais aspectos estão na base das mudanças que ocorrerão na área nos anos 1980 e 1990 no Brasil, consolidadas como políticas públicas do governo brasileiro a partir do final dos anos 1990 (Luz, 1994; Santos, 1994; Paulin, Turato, 2004).

Nos anos 1970, Santa Catarina realizou experiência pioneira para a época em direção ao que se chamava de reforma da assistência psiquiátrica. Orientado por técnicos da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), o governo do estado desenvolveu uma política de saúde mental com base nas experiências da psiquiatria preventiva do governo Kennedy, alinhadas com as diretrizes da Divisão Nacional de Previdência Social. Tais diretrizes previam para o Brasil, desde 1962, as Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais, que determinavam que o desenvolvimento da assistência psiquiátrica passasse a ocorrer de forma descentralizada e regionalizada, oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares, como ambulatórios, hospitais gerais e, de preferência, perto do domicílio do segurado (Paulin, Turato, 2004).

Segundo descrição de Paulin e Turato (2004), outras importantes iniciativas brasileiras de transformações da assistência psiquiátrica sustentadas nos princípios preventivo-comunitários foram realizadas nos aludidos anos 1960 e 1970, como as ocorridas no Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária do Murialdo, unidade experimental da Secretaria de Saúde do Estado. Também houve inovações na Clínica Pinel, com a implantação de uma comunidade terapêutica no modelo de Maxwell Jones, bem como de um serviço comunitário na Divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. No Rio de Janeiro, Nise da Silveira concretizou mudanças mediante atividades de terapia ocupacional e arteterapia no Centro Psiquiátrico Pedro II e, posteriormente, na Casa das Palmeiras. Também foi criada a primeira comunidade terapêutica daquele estado no Hospital Odilon Galotti. Em São Paulo, a partir de 1972, estabeleceu-se convênio entre a Secretaria do Estado de Saúde e as escolas de medicina para promover mudanças nos modelos de assistência psiquiátrica, com a realização de pesquisas epidemiológica, capacitação de profissionais e implantação de centros comunitários nessa área. Com a entrada de Luis Cerqueira na coordenação de saúde mental naquele estado, em 1973, esse projeto alcançou seu ápice, mas essa experiência acabou por durar menos de um ano. Já em Minas Gerais, segundo Goulart e Durães (2010), foram realizadas experiências inovadoras no campo da assistência à loucura no Instituto Raul Soares, com seu Ambulatório Roberto Resende e em sua residência em psiquiatria.

Esse conjunto de ações estaria na base dos movimentos sociais que deflagraram as transformações do campo da saúde mental no Brasil nos anos 1980 e 1990.

A experiência de Santa Catarina, pouco conhecida dos estudiosos da área, durou todo o período do governo Colombo Salles, de 1971 a 1975, atingindo o sistema de saúde do estado como um todo. A descrição da constituição dessa experiência, a discussão nos contextos local e nacional em que ela se gestou, assim como as contradições que fizeram parte de seu desenvolvimento, são os principais objetivos deste texto. Ele faz parte de um objetivo maior que é o de compreender a história da atenção à saúde mental em Santa Catarina, desde o século XIX até a contemporaneidade, com suas diferentes implicações sociais, políticas e técnicas, e sua contribuição para o entendimento da constituição desse campo no Brasil.

## **Metodologia**

A pesquisa que fundamenta este artigo tem delineamento descritivo-exploratório, com características qualitativas. Traz como principais procedimentos: (a) análise de documentos da Secretaria Estadual de Saúde, do gabinete do governador de Santa Catarina, no período estudado, contidos no Arquivo Público de Santa Catarina, assim como boletins e atas dos arquivos de instituições pesquisadas; (b) o uso da história oral, a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais que estiveram presentes em diferentes momentos da história do campo de atenção à saúde mental em Santa Catarina; (c) análise de literatura especializada (livros, teses e dissertações) sobre a história socioeconômica em Santa Catarina, bem como sobre a constituição do campo da saúde mental e suas implicações nas políticas de saúde.

Utiliza a análise de conteúdo, conforme modelo proposto por Ruiz-Olabuénaga (1999) como forma de organizar e trabalhar os dados coletados nas entrevistas e na análise documental.

Os participantes dessa etapa da pesquisa foram profissionais que estiveram presentes na história da atenção à saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970. Foram entrevistadas dez pessoas: cinco psiquiatras; um enfermeiro; um assistente social, uma psicóloga, um político (deputado estadual) e um médico que foi secretário de Saúde no período estudado.

A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos exigidos, com a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, tendo sido aprovada no comitê de ética de pesquisas com seres humanos da UFSC, sob número 739/2010.

## **Anos 1970 na economia e na sociedade brasileira e catarinense**

Os anos 1960 e 1970 correspondem em Santa Catarina, na dimensão econômica, ao que se define como período de integração e consolidação do capital industrial, que acompanha, na dimensão política, o da ditadura militar no Brasil. Esse tempo tem como linha de intervenção do Estado a política desenvolvimentista, com base na utilização da metodologia de planejamento estatal (Goularti Filho, 2002).

Esse modelo econômico iniciado durante o governo de Juscelino Kubitschek, entre 1956 e 1961, quando o Brasil passou por acelerado crescimento econômico graças ao Plano de Metas – o programa cinquenta anos em cinco –, que se apoiava em indicativos da Comissão Econômica da América Latina (Cepal), visava efetivar uma política de substituição das importações, incrementar a economia industrial e realizar a abertura para o mercado de capitais externos,

com base em empréstimos dos órgãos financiadores internacionais. O outro lado da moeda é que esse momento marca o início da dívida externa brasileira e o aumento da inflação, com claros impactos no rebaixamento das condições de vida da população brasileira (Gaspari, 2002).

A política econômica após o golpe militar de 1964, a partir do Programa de Ação Econômica do Governo (Paeg) teve dois objetivos básicos: formular políticas conjunturais de combate à inflação e propiciar reformas estruturais no país. Começa o modelo dos planos nacionais de desenvolvimento. Para alcançar essa meta era necessário fazer a expansão do parque industrial brasileiro, ainda pequeno, mediante a implementação da indústria de base, siderurgia, energia, petroquímica, entre outras. Consolida-se a era do chamado milagre econômico, com efetivo crescimento do parque industrial brasileiro e de sua economia, constatados no aumento de mais de 10% no produto interno bruto (PIB) e, com isso, alcançando o desejado desenvolvimento do país, propagado de forma ufanista nos anos 1970 (Gaspari, 2002). Essas mudanças deveriam atingir também a área dos serviços oferecidos à população, incluindo mudanças no campo da saúde.

A crescente intervenção do Estado na regulação dos mecanismos de mercado e na execução dos mecanismos de acumulação capitalista trouxe repercussões significativas na área da previdência e da saúde mental, posto que, para ampliar a cobertura previdenciária aos trabalhadores de carteira assinada, passou-se a realizar a contratação dos serviços de saúde privados, o que acabou por refletir-se em nova conformação do campo da assistência psiquiátrica (Paulin, Turato, 2004).

O milagre brasileiro não demorou, entretanto, a mostrar sua falácia e, em função de sua excessiva dependência da economia internacional, entra em derrocada quando da crise do petróleo, em 1974 (Gaspari, 2002). Deixou como resultado, outrossim, a elevação da inflação, que atingiu níveis altíssimos, e o aumento do *deficit* da balança comercial, decorrentes ambos do crescimento exponencial da dívida externa brasileira. No campo social, implicou o aumento dos índices de pobreza e o agravamento da desigualdade social, uma vez que se sustentou na concentração de renda para os mais ricos. No campo político, foi tempo de repressão, de não aceitação de críticas e protestos, de perseguição aos movimentos sociais, de eleições indiretas para os governos municipais, estaduais e federal (Salm, 2004), utilizando também os dispositivos manicomiais como forma de controle social e repressão política.

No estado de Santa Catarina sente-se a influência do cenário nacional quando o governo estadual realiza mudanças programadas, pautadas na institucionalização do planejamento estatal. O governo de Celso Ramos (1961-1966) faz o primeiro Plano de Metas do Governo (Plameg) em Santa Catarina. No governo de Ivo Silveira (1966-1971) institui-se sua segunda edição, e, por fim, no governo de Colombo Machado Salles (1971-1975), o Plano Catarinense de Desenvolvimento (PCD). Tais medidas previam investimentos em infraestrutura, como rodovias, portos, telecomunicações, melhoria das condições de vida e expansão econômica, agrícola e industrial, abrindo-se à criação de sociedades de economia mista, financiamentos estrangeiros e emissão de letras do Tesouro estadual (Abreu, 2000).

Em especial o governo de Colombo Salles, período estudado na presente pesquisa, envolve o PCD, afinado com o modelo econômico implementado no Brasil pelo governo Médici, que compreendeu programas relativos à modernização administrativa, integração estadual, expansão e modernização industrial, telecomunicações, energia, transportes, recursos

humanos, agricultura, justiça, cultura e também projetos relacionados à modernização da saúde pública (Abreu, 2000). São esses programas na área da saúde que terão reflexos nas mudanças no campo da saúde mental estudadas neste trabalho. O PCD tinha claros propósitos de intervir nas regiões mais distantes e ainda isoladas do estado, promovendo a integração regional, por meio da criação de 13 microrregionais para coordenar as atividades políticas e administrativas do governo (Goularti Filho, 2002). Veremos adiante como essa interiorização também se sustentou em ações no campo da saúde, em geral e mental.

Tal como ocorre no Brasil, esse período traz para Santa Catarina um cenário paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que viabiliza o desenvolvimento econômico, industrial, cultural e de serviços públicos, incluindo a criação e expansão de universidades públicas, como é o caso da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade do Desenvolvimento de Santa Catarina (Udesc), também provoca o aumento das contradições sociais, concentração de riqueza nas mãos de poucos, aumento das instituições de iniciativa privada no campo da saúde e educação, assim como o endurecimento da repressão política.

### **Anos 1970 na história da saúde mental brasileira**

A história da atenção à saúde mental no Brasil ocorre em consonância com processos nessa área que ocorrem em outras partes do mundo, ainda que, algumas vezes, com algum atraso em sua realização.

O movimento de criação de hospícios teve início em terras brasileiras nos anos 1830, quando a Sociedade de Cirurgia e Medicina do Rio de Janeiro começa a manifestar-se pela necessidade de criação de asilos para os loucos, sob influência de movimentos ocorridos na Europa. Fazia-se necessário construir um local que abrigasse os loucos e vadios que vagavam perigosamente pelas ruas, compreendidos como ameaça à boa ordem familiar e social (Costa, 2010; Melo, 2000; Santos, 1994). Até então, os loucos agressivos eram levados para as prisões, e os menos violentos, à Santa Casa de Misericórdia.

Em 5 de dezembro de 1852, por decreto do imperador, foi inaugurado o hospício que recebeu seu nome, Pedro II. Esse ato representou, “para diversos estudiosos, uma simbólica ‘data de nascimento’ para a psiquiatria no país” (Melo, 2000, p.2). A abertura, em 1890, da Assistência Médico-legal aos Alienados, dá início à construção de outros asilos pelo país, como o Juqueri em São Paulo, o São Pedro em Porto Alegre (Borges, Batista, 2008). As religiosas de diversas ordens foram elementos fundamentais desses dispositivos, dando prosseguimento à lógica da caridade das santas casas, cujo cuidado passava simplesmente pelo abrigo e alimentação, ainda que em condições higiênicas, alimentares e humanas altamente questionáveis. A figura do médico psiquiatra entra tardiamente nesses espaços, ao final do século XIX, quando já estava instalada a República, que se pretendia laica e que, assim, diminuiu o poder do cuidado totalmente concentrado nas mãos das freiras, transformando o Pedro II em Hospital Nacional de Alienados (Leone, 1999; Melo, 2000).

A partir de então, médicos buscam conferir caráter científico à assistência psiquiátrica, iniciando o que se vai denominar medicalização da loucura (Amarante, 1997). A introdução de novas técnicas terapêuticas, nos anos 1930, como choque insulínico, choque elétrico e lobotomia, dão solidez à disciplina psiquiátrica, que consegue, então, afirmar-se como ‘científica’.

Inicia-se no período uma política de criação de hospícios estaduais, fundados no modelo das colônias agrícolas de inspiração germânica, em consonância com uma nação cuja população era ainda em grande parte rural e que, portanto, poderia facilmente adaptar-se às atividades de laborterapia agrícola previstas para a sustentação desses nosocômios (Leone, 1999; Serrano, 2010). Passa a predominar, então, a política do macro-hospital público, principal instrumento de intervenção para a chamada doença mental. O Hospital Colônia Santana, em São José, no estado de Santa Catarina, foi um dos últimos desse modelo a ser criado no país, o que ocorreu em 1941. Essa política estava conectada com a da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, visando limpar os centros urbanos dos males sociais, que poderiam contagiar famílias e comunidades (Costa, 2010). O modelo produziu, em pleno século XX, aquilo que Foucault (1978) caracterizou como a grande internação, ocorrida na Europa no século XVIII, quando se internavam indigentes, bêbados, vadios, deficientes e loucos, estabelecendo grandes asilos para a higienização das cidades e controle social das populações.

A fala de alguns entrevistados mostra essa condição no Hospital Colônia Santana quando, no início dos anos 1970, um grupo de profissionais assumiu sua direção para executar mudanças que urgiam:

Como instituição eu a chamava de associação de infelizes, porque sempre tinham pobres, abandonados, inválidos, deficientes mentais, epiléticos e, no meio disso tudo, tinham loucos, que nessa situação só pioravam, tudo isso numa associação caótica, lamentável, inadministrável e sem recursos de modo geral. Por quê? Porque o padre internava, o político internava, o juiz de direito internava, a família internava, e a casa não tinha triagem, não tinha capacidade de se impor, de dizer a que ela se determinava, qual deveria ser seu objetivo (Gonçalves, 19 out. 2010).

Então, a Colônia Santana, além de ter um pequeno verniz médico, porque afinal havia lá dentro, antes dos anos 1970, três ou quatro psiquiatras que visitavam o local para dar uma certa atenção aos casos de psicose mais graves, conservava, na verdade, a característica de grande albergue, onde os degenerados, os empobrecidos, rejeitados pela sociedade eram acomodados. Era um modelo patrocinado pela ideologia católica, pelas irmãs de caridade, que no afã de trazerem essas almas a Cristo, as acolhiam e cuidavam delas, se preocupando muito com os aspectos religiosos, mas em detrimento de outros cuidados técnicos (Serrano, 8 out. 2010).

Nesse sentido, naquele momento histórico, o isolamento social da loucura passou a ser uma regra disciplinadora de seu tratamento. O desdobramento lógico dessa medida foi o descompromisso das famílias, das comunidades, dos governantes para com as pessoas que apresentavam problemas psíquicos ou desajustes sociais. Isso gerou o movimento de abandono dessas pessoas nos hospícios, que se transformaram em verdadeiros abrigos, cada vez mais superlotados, de todos os tipos de excluídos sociais, mantidos em condições insalubres, com muitos leitos-chão, constituindo-se em um território dos horrores.

Vejamos as falas sobre a superlotação da Colônia Santana em 1971, início das reformas na instituição:

O que nós encontramos na Colônia Santana quando chegamos em 5 de agosto de 1971, no dia da posse? Nós fizemos uma contagem geral no hospital, colocamos todos os pacientes do lado de fora das enfermarias e pessoas na porta contando. Eu supervisionei, junto com o Júlio Gonçalves, recém-nomeado diretor, essa contagem. Nós contamos

2.156 pessoas internadas na colônia, que tinham entre camas e beliches 1.400 leitos. Havia, então, 756 leitos-chão. ... O professor Luis Cerqueira falava muito que leito-chão era uma instituição brasileira. Além disso, o hospital tinha somente quatro médicos e noventa funcionários na enfermagem para cuidar desses 2.156 doentes (Kramer, 15 out. 2010).

Esse modelo, que passou a ser chamado pela literatura especializada de modelo manicomial (Amarante, 1995; Hirdes, 2009), gerou forte processo de contestação no pós-guerra, sobretudo a partir dos anos 1950, quando se consolidaram críticas à psiquiatria e ao modelo de tratamento apoiado principalmente na internação hospitalar e no isolamento social dos pacientes. Tais críticas geraram movimentos organizados em várias partes do mundo, com diferentes características e vertentes.

Segundo Amarante (1995), há duas tendências básicas nesses movimentos. Na primeira delas, encontram-se os movimentos que fizeram crítica à estrutura asilar (comunidades terapêuticas, na Inglaterra; psiquiatria institucional, na França) ou, ainda, que buscaram descentrar o tratamento do hospital, estendendo a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria de setor, na França, e psiquiatria preventiva comunitária, nos EUA), mas cujas proposições ainda se limitam à lógica 'psiquiatrizante', sem produzir rupturas. A segunda tendência agrupa os movimentos que buscaram romper com a lógica 'psiquiatrizante', perseguindo o que Basaglia (1985) chamou de desinstitucionalização: significa não só modificar as formas de atenção à loucura, mas produzir modificações na cultura, na sociedade excludente das diferenças, portanto, produzir modificações na racionalidade social sobre o fenômeno. Entre eles tivemos o movimento antipsiquiátrico, com sua vertente britânica, representada por Laing, Cooper, Esterson, e novos modelos de tratamento que incluíam as famílias; e a americana, com Szasz e suas discussões acerca do mito da doença mental (Leone, 1999). Na Itália tivemos a psiquiatria democrática, que produziu o desmonte dos hospitais psiquiátricos, liderada por Basaglia e sua equipe, e a proposição de uma sociedade sem manicômios. Esta última foi a principal influência para os movimentos que, de 1980 em diante, gestarão a organização dos trabalhadores em saúde mental, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira (Tenório, 2002; Amarante, 1995).

Por outro lado, ainda na década de 1950, o aparecimento dos psicofármacos trouxe força nova ao questionado modelo de assistência psiquiátrica, justamente por responder aos anseios de uma psiquiatria que se pretendia científica e, com isso, sustentar a lógica de que o poder do conhecimento e da técnica se desdobra no poder de gestão da loucura.

Essa nova onda vem acompanhada de uma discussão acerca da necessidade de diagnósticos precoces, que evitariam a instalação da chamada doença mental, bem como da consolidação de estudos epidemiológicos, que traçariam o perfil da população com risco de adoecimento, fornecendo elementos que informassem uma proposta de profilaxia para esse campo. Tais exigências estão na base da consolidação da psiquiatria preventivo-comunitária, elaborada por Gerald Caplan que a consolidou como política de estado americana, adotada no governo Kennedy, em 1963, que definiu como sendo saúde mental o campo em que atua (Leone, 1999; Paulin, Turato, 2004).

Essas mudanças na psiquiatria refletem novos olhares para o fenômeno da saúde como um todo, iniciando com o questionamento sobre o fato de os processos de intervenção em

saúde ocorrerem, prioritariamente, em torno da doença já instalada, assim como sobre a centralidade dos dispositivos hospitalares no sistema de saúde, todos eles sustentados na concepção polarizada de saúde e doença.

Os princípios preventivos e comunitários passam a ser adotados como proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a Opa responsável por sua aplicação na América Latina, consolidada na planificação da reunião de ministros da Saúde da América Latina em Santiago do Chile, ocorrida em 1972, da qual o Brasil participou (Santos, 1994).

A proposta de transformação da assistência psiquiátrica sustentada nos princípios preventivo-comunitários foi introduzida no Brasil no início dos anos 1970 e efetivou-se, na verdade, como uma espécie de antecedente da reforma psiquiátrica brasileira.

O modelo preventivo conformou-se em nosso país através do *Manual de serviço para a assistência psiquiátrica*, editado em 1973, pela Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que regulou os anseios e discussões que vinham ocorrendo na categoria. Privilegiava a assistência “oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares. ... A internação, deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços ... Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial” (Paulin, Turato, 2004, p.250). Incentivava a formação de equipes multiprofissionais e apregoava princípios técnico-administrativos que estarão na base do futuro Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais integração, regionalização, descentralização, constante aperfeiçoamento de pessoal etc. Propunha que a atenção fosse iniciada pelo nível primário, que deveria filtrar o fluxo de pacientes para os níveis secundário e terciário. Os serviços extra-hospitalares deveriam prever, assim, a organização de ambulatórios, emergências, leitos em hospitais gerais, pensões protegidas (Paulin, Turato, 2004). Visava, enfim, evitar que a doença se instalasse, utilizando-se de programas de prevenção, ao montar uma rede de serviços comunitários e postular a humanização dos tratamentos, tendo como meta a ‘promoção da saúde mental’.

O grande intuito das políticas preventivas, porém, era o de baixar o custo das internações hospitalares, que arrancavam grandes quantias dos cofres públicos (Santos, 1994; Leone, 1999; Paulin, Turato, 2004). Esse modelo produziu, na verdade, a ampliação dos horizontes da ação psiquiátrica, uma vez que expandiu seu poder normatizador para além dos muros dos asilos, alcançando o tecido social. Produziu, com isso, a chamada psiquiatrização do social, segundo a qual qualquer ato humano que fuja aos padrões sociais estabelecidos passa a ser ‘psiquiatrizável’ e candidato ao uso de medicação psicotrópica (Leone, 1999; Paulin, Turato, 2004). Vejamos as palavras do próprio Caplan (1980, p.31-32):

A psiquiatria preventiva é um ramo da psiquiatria, mas é também parte de um esforço comunitário mais amplo em que psiquiatras dão sua contribuição especializada a um todo maior. Em minha opinião, a psiquiatria preventiva deve ser abrangente. Deve lidar com todos os tipos de distúrbio mental em pessoas de todas as idades e classes, porque nosso enfoque é sobre o problema total com que a comunidade se defronta, e não apenas sobre os problemas de determinados indivíduos e grupos. ... Nossas atividades como psiquiatras preventivos participam do sistema de segurança comunitária total, por meio das quais se mantêm sob controle as respostas socialmente desviantes e a formação indevida de vítimas individuais.

São essas as razões que fazem com que a lógica preventivo-comunitária seja considerada uma reforma no contexto do modelo clássico da psiquiatria; reforma que implicou, como vimos, críticas à estrutura asilar e à extensão da psiquiatria ao espaço público, mas de maneira nenhuma provocou ruptura com tal modelo (Amarante, 1995).

O modelo preventivo-comunitário no Brasil, registra Cerqueira (citado em Paulin, Turato, 2004, p.251), “serviu como uma bela ideologia, mas pouco colocada em prática”. O conhecido manual nunca saiu das intenções, conforme o psiquiatra denuncia:

elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados.

É por isso que a experiência das transformações da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, entre 1971 e 1975, durante o governo Colombo Salles, que seguiu a risca os princípios preventivo-comunitários, teve sua importância histórica e deve ser conhecida pelos estudiosos da saúde mental no Brasil, aspecto que discutimos adiante.

Por outro lado, uma das principais razões para a não adoção do modelo preventivo no Brasil, segundo o próprio argumento de Luis Cerqueira, recém-citado, estava nos interesses privados da atenção à loucura, pois paralelamente à edição do *Manual*, o próprio INPS começou a estabelecer convênios com as clínicas privadas, para dar conta da excessiva demanda de internação, tendo essa prerrogativa despertado de fato os interesses da maioria da categoria médico-psiquiátrica.

Entendamos melhor: a assistência psiquiátrica no Brasil, no final dos anos 1960 e início dos 1970, era prestada, por um lado, pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais de Saúde e, por outro, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Aos primeiros cabia atenção à população sem previdência social, o que levou à manutenção dos macro-hospitais psiquiátricos, com imensa população de excluídos. Ao MPAS “competia a assistência aos previdenciários e seus dependentes. Sem qualquer rede própria, o MPAS exercitava, principalmente a partir da criação do INPS, em 1967, a política da compra de serviços da rede privada” (Amarante, 1997, p.166), tendo isso acarretado a elevação do “percentual de internações desta especialidade ... em 344% de 1973 para 1976” (Amarante, 1997, p.167). Como consequência, no final dos anos 1970, inverte-se a balança, e 70% dos leitos psiquiátricos no país passaram a ser de hospitais privados (Paulin, Turato, 2004).

Dessa forma, tal processo promoveu a lógica da “mercantilização da loucura ou, se preferir, da indústria da loucura: o Estado ao comprar os serviços psiquiátricos privados, cria condições para a transformação da loucura em mercadoria. Com isto aumenta rápida e desordenadamente a oferta de leitos psiquiátricos nas grandes cidades” (Leone, 1999, p.14).

As tentativas de racionalização da assistência psiquiátrica, a partir dos princípios preventivos, que pretendiam diminuir os índices de internações, paradoxalmente, não conseguiram produzir redução nessas taxas, pois os poucos ambulatórios em funcionamento indicavam cada vez mais pacientes para internação, em vez de evitá-la. Somadas ao predomínio da iniciativa privada, que produziu crescimento exponencial de leitos psiquiátricos, tornam

a situação da atenção à saúde mental no final dos anos 1970 e início dos 80 cada vez mais caótica.

Nessa época começou a se expressar com maior significância no Brasil a antítese ao modelo de assistência dominante. A questão do resgate da cidadania do louco passa a ocupar lugar central nas reivindicações de muitos trabalhadores em saúde mental. A influência dos movimentos antipsiquiátricos e da psiquiatria democrática começa a ter ecos mais consistentes nos movimentos sociais brasileiros (Leone, 1999).

Na verdade, o sistema de saúde como um todo estava então em crise, e começavam a organizar-se reivindicações de mudança, que vão constituir o movimento da reforma sanitária. Esse processo reflete, assim, movimentos mundiais de transformação da área da saúde, como o que resultou, em 1978, na declaração de Alma Ata, durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e, em 1986, na carta de Ottawa, com as diretrizes da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 1978, 1986).

O Brasil passava pelo processo de redemocratização do país. Pressionado pelos movimentos críticos, o Ministério da Saúde convoca, em 1986, a oitava Conferência Nacional de Saúde, que irá definir novos princípios norteadores para as políticas de saúde, sendo o embrião da criação do SUS pela Assembleia Constituinte, em 1988 (Amarante, 1997; Leone, 1999).

Influenciado diretamente por esse *zeitgeist*, o campo da saúde mental começa a propor mudanças nos modelos de atenção, e, a partir da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, surgem propostas concretas de modelos substitutivos ao manicomial, que se vão estabelecer como política pública para a área, na reforma psiquiátrica brasileira. Serão anos de lutas e batalhas para produzir transformações nesse campo, que se consolidarão na lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Essa legislação cria os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), leitos para a atenção à crise em hospitais gerais, residências terapêuticas, entre outros tantos dispositivos para a implantação de um novo modelo de atenção, que rompa com a lógica manicomial e possibilite ao louco o direito à voz e à cidadania (Amarante, 1997; Leone, 1999; Tenório, 2002).

O Brasil encontra-se no atual momento (2011) com o desafio da consolidação dessas transformações na direção de efetiva mudança no campo da saúde mental, ainda que perpassado por vários embates contraditórios. Debruçar-se sobre eles, no entanto, não é o objetivo principal deste artigo, que pretende antes discutir os antecedentes do atual cenário.

## **Anos 1970 na saúde mental em Santa Catarina**

Santa Catarina realizou experiência peculiar nos anos 1970 no campo da chamada assistência psiquiátrica. Vejamos como.

De acordo com o modelo desenvolvimentista brasileiro à época do regime militar, Santa Catarina, durante o governo de Colombo Salles, de 1971 a 1975, realizou o Plano de Desenvolvimento Catarinense, tendo a tônica da reforma sido a técnica do planejamento que se adotou como forma de aceleração do processo de desenvolvimento, conforme palavras do governador em sua mensagem à Assembleia Legislativa. Esse plano previa 13 programas, entre eles o da área da saúde (Santa Catarina, 1971).

O planejamento das mudanças na área da saúde foi sustentado em análise detalhada da situação da saúde no estado e apontou necessidades de mudanças infraestruturais, também na área da assistência psiquiátrica, coordenadas pelo então secretário da Saúde, Henrique Prisco Paraíso (10 nov. 2010).

Começamos com um diagnóstico dos serviços de saúde do estado. Levantamos todas as condições dos órgãos de saúde de Santa Catarina e este diagnóstico permitiu, portanto, já conhecer qual era a realidade dos instrumentos disponíveis. Mas nós precisávamos saber qual era a realidade de saúde, as condições de saúde, quais as enfermidades, quais as dificuldades, então veio o segundo diagnóstico, que foi o da situação da saúde do estado. Entre muitas outras situações no diagnóstico da saúde chegou-se ao estudo sobre a assistência psiquiátrica. E a nossa assistência psiquiátrica tinha muito que se desenvolver, estava ainda em um nível precário.

Nessa reforma da saúde, Santa Catarina contou com o apoio fundamental da Opas, que, enquanto representante da OMS para a América Latina, se empenhava em promover mudanças no sistema de saúde dos países, com vistas a modificar o modelo centrado em macro-hospitais, que implicava enormes gastos para os cofres públicos (Santos, 1994). Em 1971, antes mesmo da realização da Reunião Especial de Ministros da Saúde da América Latina, em Santiago do Chile, que definiu o Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972, a Opas já influenciava as mudanças no sistema de saúde de Santa Catarina:

Tivemos nos primeiros dias de administração um amparo inesperado e extraordinário que nos foi orquestrado pela Superintendência do Desenvolvimento do Sul (Sudesul). Veja você como vão-se juntando fatores favoráveis. O superintendente da Sudesul chamava-se Paulo Melro, engenheiro catarinense, e a Organização Pan-americana de Saúde, tinha um consultor junto à Sudesul. Então o Paulo Melro nos ofereceu um contato com esse assessor que poderia nos proporcionar ideias, pensamentos, experiências, literatura da OMS. Então, com menos de quinze dias, o doutor Daniel Ferrer, que era o consultor, estava entre nós, apreciando o nosso planejamento e estrutura montada, fazendo pequenas sugestões. Talvez tenhamos sido, pelo que dizia o Ferrer, um dos primeiros estados que abriu inteiramente o seu ambiente para que eles viessem a atuar, prestando contribuição (Paraíso, 10 nov. 2010).

Esses planos atingiram a área da assistência psiquiátrica. Para orquestrar o planejamento e as reformas nesse campo, pela primeira vez foi criada uma seção de saúde mental do Departamento de Saúde Pública, através do decreto SES/10, de 24 de março de 1971 (Santos, 1994), sendo nomeado o psiquiatra Abelardo Viana para o cargo. Também o Hospital Colônia Santana, construído em 1941, sendo o único macro-hospital público desse estado, passou a ser vinculado à Fundação Hospitalar, recém-criada.

Muitas modificações foram sendo realizadas no campo da saúde mental, conforme relatório do setor da saúde, “Ação catarinense de desenvolvimento, 1971-1975”, que descreveu a necessidade de recuperação técnica do Hospital Colônia Santana, com a formação de equipes multiprofissionais, criação de emergência psiquiátrica, implantação de serviço de medicina interna, enfermagem psiquiátrica, serviço social. “Não há internações que não sejam indicadas pelos ambulatórios de saúde mental. Os pacientes recebem alta e são acompanhados e recebem medicação nestes ambulatórios. O hospital não é mais depósito” (Secretaria..., 1975, p.28).

Como novo diretor foi nomeado o doutor Júlio Gonçalves, que buscou formar uma equipe com outros profissionais, como assistentes sociais e enfermeiros, entre os quais o professor Wilson Kramer, que foi seu auxiliar na realização de mudanças cruciais para o hospital. Começaram por modificar a situação precária do atendimento ‘da Santana’.

Em 1971 nós entramos na Santana com muita coragem, pois começamos a dizer que primeiro íamos botar uma porta, e só entraria quem nós deixássemos; isso era estancar um pouco esse processo ... porque o padre mandava, o político mandava, e à instituição só cabia absorver, né? E não importava se ele estava mandando um pobre, um inválido, um epilético ou um deficiente mental, ali era o repositório. Bom, então começamos a ... acabar com isso tudo; num primeiro momento com o Wilson, derrubamos inclusive celas, grades e tal. ... Eu entendo tudo isso como passagens históricas que tinham que ser vividas (Gonçalves, 19 out. 2010).

Como se tratava lá na Santana? Era com eletrochoque, insulinoterapia e uma ‘medicação’ que eles chamavam de brometos. Gotas amargas. Uma coisa que não se entende a finalidade até hoje. ... Também tinham as celas, que eram um negócio terrível. Os pacientes chegando agitados ou agitando-se no hospital eram removidos para as celas e lá eram mantidos. Muitos estavam há anos lá dentro. ... Muita violência, violência e abuso. ... O óbito no hospital era comum, pelas precárias condições; a cada dois dias morriam três. O negócio era muito sério, o índice de óbito era muito alto, muito elevado (Kramer, 15 out. 2010).

Dessa forma, no interior do Hospital Colônia Santana as mudanças foram grandes. Ocorreu a divisão em 12 unidades, com uma ala feminina e uma masculina para cada Centro Administrativo Regional de Saúde (Cars) criado pela Secretaria Estadual de Saúde. Seu objetivo era agrupar os internos por afinidades geográficas, sociais e culturais. Ocorreu, também, pela primeira vez, a contratação de equipe multidisciplinar de saúde: assistentes sociais, enfermeiros, clínicos gerais, dentistas, bioquímicos, terapeutas ocupacionais, além dos psiquiatras e técnicos de enfermagem já existentes. Dessa forma, em 1972, ocorreu a primeira contratação de dois psicólogos para aquela instituição (Araújo, 2007).

Também foram realizadas ações que podem ser caracterizadas como de ‘desospitalização’, pois visavam devolver os pacientes às famílias e comunidades, visando diminuir o número de internos e construir a possibilidade de sua reinserção comunitária e familiar, ainda que esse ideal ficasse mais distante.

Àquela época, começou a haver também uma preocupação por parte da equipe, da direção da Colônia Santana, em levar os pacientes de volta para casa, devido à superlotação. Então nós começamos a organizar viagens ao interior do estado, eram viagens de ônibus fretados, então lotava-se um ônibus e viajava-se praticamente uma semana. Saía no domingo à noite e retornava na sexta-feira da próxima semana. Ia um enfermeiro, um assistente social, dois técnicos de enfermagem, um masculino e um feminino para cuidar dos pacientes. Era, na verdade, uma política de ‘desospitalização’, porque não tinha assim muita estrutura de pensar na reabilitação desses pacientes que estavam saindo (Puel, 29 set. 2010).

Essas ações resultaram, concretamente, na implementação de ações de regionalização ou, ainda, de interiorização do cuidado psiquiátrico, visando diminuir o fluxo de pacientes das regiões mais distantes para o hospital-colônia, e passando a tratá-los, de preferência, em suas

próprias comunidades, onde se procurava mantê-los produtivos, conforme prerrogativas do novo modelo econômico desenvolvimentista do Brasil. Inicia-se, assim, a ênfase no tratamento ambulatorial, com reforço da atenção primária, conforme preconizavam as tendências de mudança na área da saúde pública: “os pacientes eram encaminhados para as famílias, mas antes se fazia todo um trabalho com a Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de orientar o tratamento do paciente, de vinculá-lo com o tratamento ambulatorial” (Puel, 29 set. 2010).

Esse trabalho foi orientado pelos técnicos da Opas, que começaram a capacitar médicos generalistas do interior do estado de Santa Catarina em conhecimentos e intervenções psiquiátricas. A Opas tinha um plano para as Américas que incluía a melhora da prevenção primária, prevendo “o preparo de 5.000 psiquiatras num período de dez anos para prestar serviços em comunidades de até 20.000 habitantes” (Santos, 1994, p.68). Com isso, já em 1971, foram criados ambulatórios de saúde mental em 12 cidades sedes de distritos sanitários, sendo que em 1973 havia médicos generalistas treinados em 32 distritos sanitários (Santos, 1994), tendo muitos deles consolidado ambulatórios específicos de saúde mental. Assim, segundo o relatório do setor saúde “Ação catarinense de desenvolvimento, 1971-1975”, ao final da gestão contabilizou-se a “implantação de 16 ambulatórios de saúde mental em programa pioneiro no país” (Secretaria..., 1975, p.10).

nenhum paciente poderia ir para a Colônia sem passar pelo ambulatório. Vocês vejam só, o que foi feito? Nós montamos um boletim de encaminhamento, aí eles ficavam na Colônia e era feito um relatório que eles levavam, dizendo o que eles tinham, qual era a medicação que faziam. ... Quando eles voltavam para sua casa de origem o ambulatório de onde eles vinham ficava responsável por eles. Mas isso, infelizmente, foi destruído depois de um tempo (Viana, 25 out. 2010).

A gente tinha ambulatórios nos meados dos anos 1970, em Florianópolis, que hoje já não tem. Eram ambulatórios que tinham vinculação com a Colônia Santana e com o Instituto São José, e os profissionais que trabalhavam lá, principalmente os médicos, alguns enfermeiros e, na época, bem poucos psicólogos, também atuavam nos ambulatórios. Essas duas instituições tinham então duas casas no centro da cidade. Ali o paciente era triado para a internação e ali seguia sendo acompanhado depois da alta, ou seja, era um instrumento que bem ou mal impedia a reinternação automática, coisa que é um dos pressupostos da reforma psiquiátrica de hoje, que é impedir a internação, que o atendimento seja uma rede que não deixa a pessoa ser excluída do meio social em que ela está (Teixeira, 22 set. 2010).

Nesses anos também, em atitude pioneira para aqueles tempos, foram criados leitos psiquiátricos em hospitais gerais de Santa Catarina, os primeiros em Blumenau, pelo doutor Hercílio Luz Costa, no Hospital Santa Catarina (Gonçalves, 19 out. 2010). Essa atitude seguia orientação da Secretaria Estadual de Saúde que incentivava a criação desse tipo de leitos em hospitais das principais cidades do interior ou dos Cars (Santos, 1994).

Dado que merece registro foi a interrupção da construção do Hospital Psiquiátrico de Chapecó, que estava sendo levantado para internar os pacientes da região oeste e meio-oeste de Santa Catarina, evitando, assim, seu deslocamento até o litoral catarinense, para o Hospital Colônia Santana. Segundo o depoimento de Paraíso (10 nov. 2010), quando eles iniciaram o novo governo encontraram a construção daquele hospital que iria ser uma espécie de segunda Colônia Santana no Estado. “Aqueles doentes que tinham assistência precária aqui,

que fossem do oeste, ficariam por lá, e iriam ter, provavelmente, a assistência precária por lá”. O governo resolveu assumir a missão de desmontar aquele hospital, pois ele iria contra a lógica da reforma na assistência psiquiátrica em realização por aquela gestão. Assim, com apoio da Opas para a não abertura do hospital, negociaram o prédio já levantado para ser a sede de uma universidade para aquela região, e para ali foi transferida, efetivamente em 1976, a Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste (Fundeste), hoje Unochapecó (Jacó-Vilela, 2011).

Essas experiências não foram continuadas integralmente pelos governos posteriores de Santa Catarina. A herança dos ambulatórios no interior continuou ainda por algum tempo, assim como os leitos em hospitais gerais. No entanto, a ênfase hospitalocêntrica voltou com força total em decorrência da continuidade da lógica da prioridade das internações em hospitais psiquiátricos.

O primeiro Caps do estado só será criado em 1986, pela Secretaria Estadual de Saúde, e os seguintes foram sendo implantados vagarosamente.

### **Considerações finais**

Verifica-se que foram muitas as mudanças no cenário da saúde mental no início dos anos 1970 em Santa Catarina, tendo configurado experiência, de um certo ponto de vista, exitosa na implantação dos princípios da saúde preventivo-comunitária, passível de ser considerada uma espécie de antecedente da atual reforma psiquiátrica. Poder-se-ia dizer que esse estado teve papel de vanguarda nas mudanças na assistência psiquiátrica nos anos 1970, sendo essa a convicção dos entrevistados, que afirmam já realizar naqueles tempos o que só seria consolidado no Brasil nos anos 1980 ou 1990, com a reforma psiquiátrica brasileira.

Sem dúvida, implantaram-se muitos dispositivos que seriam debatidos posteriormente nas reformas sanitária e psiquiátrica, como ênfase na atenção primária, através de ações de saúde mental nesse nível, construção de leitos em hospitais gerais, foco na ‘desospitalização’, inclusão de equipes multiprofissionais, e que levaram às muitas conquistas daquele momento. Nessa direção, são interessantes as reflexões marcadas por Paulin e Turato (2004, p.242-243):

embora sejam consideradas por alguns como algo que não modificou o cerne da estrutura assistencial psiquiátrica, elas não podem e nem devem em absoluto ser qualificadas como um movimento secundário. Sobretudo ... naquele momento, em que se privilegiava uma prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas, criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados era um significativo avanço no ‘pensar’ outros modelos que não o imposto pelo capitalismo monopolista.

Santa Catarina estava inserida, portanto, nos anos 1970, no contexto nacional e internacional de mudanças na saúde e na assistência psiquiátrica, em algum sentido adotando, aliás, posição pioneira, ainda que com todas as contradições comportadas por esse contexto. Tanto é assim, que o movimento dos trabalhadores em saúde mental, que surgiria no final desses anos, foi consolidado no Congresso da Sociedade de Psiquiatria, em 1979, ocorrido em Balneário Camboriú, em Santa Catarina, escolhido, segundo depoimento de alguns entrevistados, como local para o congresso em função das transformações na assistência ali desenvolvidas (Viana, 25 out. 2010).

A organização dos trabalhadores em saúde mental foi consolidada no Congresso Brasileiro de Psiquiatria que houve, em 1979, em Balneário Camboriú. Foi uma reunião paralela, não estava no programa oficial. Ali, então, organizamos este movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Depois dali, psicólogos e outras categorias foram entrando no processo, e deixou de ser uma coisa só da psiquiatria. Mas aquele momento foi o embrião (Iwersen, 20 abr. 2011).

No entanto, esse processo de transformação da assistência psiquiátrica no estado de Santa Catarina foi cravado de contradições. Uma das mais flagrantes foi a relação entre a assistência pública e privada. Em 1968, foram inaugurados em Santa Catarina, com apoio dos governos estadual e federal, três hospitais psiquiátricos privados de médio porte: um em Criciúma, a Casa de Saúde Rio Maina, um em São José, o Instituto São José Ltda, e o terceiro em Joinville, a Clínica Nossa Senhora da Saúde (Santos, 1994), que nesses mesmos anos de 1970 tiveram grande crescimento. Atendiam tanto pacientes particulares quanto conveniados pelo INPS. Pelo menos um desses hospitais pertencia ao mesmo grupo de psiquiatras que estava à frente da reforma na assistência psiquiátrica pública. Segundo seus argumentos, o hospital privado foi criado para oferecer assistência de mais qualidade aos pacientes do que era possível oferecer na pública, discurso que marca a ambiguidade daquela reforma.

Além disso, a meta de rebaixamento do número de internações, conseguida, em parte, pela diminuição do grande número de leitos-chão do Hospital Colônia Santana, em termos das estatísticas, não aconteceu como previsto, pois até 1975 os números oficiais de internação continuaram aumentando no estado, fazendo com que nesse período, “Santa Catarina fosse um dos estados com mais alta taxa de internações por consulta no Brasil” (Santos, 1994, p.94).

Igualmente, a visão que tinham os profissionais envolvidos a respeito do papel dos ambulatorios era a de administração da medicação e de controle dos pacientes, evitando que eles fossem ao hospital com o intuito de ser internados. Implantaram, portanto, a ‘desospitalização’ que, embora assim definida, se desdobrou, concretamente, em ações de ‘medicalização do sofrimento’, ou ainda, na ‘psiquiatrização do social’, sem questionar ou quebrar a lógica da produção social da loucura. Segundo Paulin e Turato (2004, p.251) “programas semelhantes de prevenção, como o desenvolvido nos Estados Unidos, acarretaram um aumento da população com atendimento ambulatorial e extra-hospitalar. ... A psiquiatria preventiva não atingiu necessariamente as instituições asilares. Houve até um movimento de retroalimentação dessas instituições, pelo ingresso de novos contingentes de clientes para tratamento mental”.

Tais contradições vão acirrar-se anos mais tarde em Santa Catarina, quando da tentativa de aprovar uma lei estadual da reforma psiquiátrica, tendo alguns dos profissionais que estiveram à frente das transformações dos anos 1970 se posicionado contra o projeto de lei dos anos 1990. Esse projeto se baseava na lógica do projeto de lei nacional do deputado Paulo Delgado que, com modificações, foi aprovado como lei n.10.216, em 2001.

Veja só, eu e o Furlanetto entramos com o projeto de lei em 1995. Ele tramitou nos anos 96, 97, 98, e em fevereiro de 1999 ele foi arquivado O governo da época, assim como os psiquiatras ligados aos hospitais, não queria a mudança; tinha uma briga pela manutenção do *status quo*. Na correlação de forças acabou ganhando o movimento contra a reforma psiquiátrica e, portanto, contra a lei estadual. Então o projeto de lei acabou indo para o arquivamento (Morastoni, 19 maio 2011).

Os dados da história são fundamentais para compreendermos o contexto atual da reforma psiquiátrica brasileira, e entender os impasses e contradições vividos nos anos 1990 e 2000 passa por compreender as contradições desses cenários que os antecedem e fundamentam.

Mas também é preciso verificar as diferenças dos dois processos históricos, principalmente pela lógica da desinstitucionalização que sustenta o movimento mais contemporâneo, sensivelmente divergente da 'desospitalização', que foi a ênfase dos anos 1970. Segundo Rotelli (1994) a instituição é o conjunto que interliga práticas, saberes, leis, regulamentos, recursos materiais, relação médico/paciente. Desinstitucionalizar é transformar não só a prática, a relação técnica, os regulamentos, mas, principalmente, os saberes psiquiátricos, que olham para o fenômeno da loucura pela perspectiva reducionista da patologia e do processo individual. É preciso compreender o processo de construção social da loucura, ou seja, a implicação dos contextos familiar, social e comunitário na constituição do sujeito, em seu sofrimento e em seus desdobramentos para o sofrimento psíquico. O processo de desinstitucionalização se dá na intervenção comunitária não no sentido de controle social, de evitação da doença, mas de intervenção nas relações cotidianas de poder. "Em relação, por exemplo, às situações das famílias, às quais não se trata de culpabilizar ... mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicomio" (Rotelli, 1994, p.154).

A reforma dos anos 1970, com toda sua importância, deve ser conhecida, a fim de que se compreenda melhor a realidade das ações e políticas em saúde mental no estado de Santa Catarina e suas repercussões no Brasil. Interligada por suas raízes e processos sociais com a reforma dos anos 1990, tem, no entanto, diferenças significativas com ela, ainda que muitas ações adotadas dos tempos atuais acabem por reduzir-se à lógica do passado.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Alcides. Santa Catarina: tradição e mudanças. In: Santos, Silvio Coelho. *Santa Catarina no século XX: ensaios e memória fotográfica*. Florianópolis: Editora UFSC. 2000.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial. 1997.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- ARAÚJO, Carmen. [Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider. Florianópolis. Gravação digital (1h). Depoimento concedido ao projeto A História da Psicologia na Colônia Santana. 15 maio 2007.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal. 1985.
- BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.456-468. 2008.
- CAPLAN, Gerald. *Princípios da psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar. 1980.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond. 2010.
- FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 1978.
- GASPARI, Elio. *A ditadura escancarada*. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.
- GONÇALVES, Júlio. [Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h10min). Depoimento concedido ao

projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 19 out. 2010.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio.

A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v.22, n.1, p.112-120. 2010.

GOULARTI FILHO, Alcides.

*Formação econômica de Santa Catarina*.

Florianópolis: Cidade Futura. 2002.

HIRDES, Alice.

A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.297-305. 2009.

IWERSEN, Rui.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h20min). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 20 abr. 2011.

JACÓ-VILELA, Ana Maria (Org.).

*Dicionário histórico de instituições de psicologia do Brasil*. Rio de Janeiro: Imago; Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2011.

KRAMER, Wilson.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h35min). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 15 out. 2010.

LEONE, Eder Braulio.

*Psiquiatrização/despsiquiatrização do social: balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental no período 1990 a 1997*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1999.

LUZ, Madel Therezinha.

A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: Amarante, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.85-95. 1994.

MELO, Marcos Costa.

Da ideia à materialização: a relação Estado-Colônia Santana. *Psiquiatry on line Brasil*, v.5, n.12. 2000. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano00/wal1200.php>. Acesso em: 13 ago. 2010. 2000.

MORASTONI, Volnei.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h45 min). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 19 maio 2011.

PARAÍSO, Henrique Prisco.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (2h). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 10 nov. 2010.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro.

Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.11, n.2. p.241-58. 2004.

PUEL, Elisia.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h25min). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 29 set. 2010.

ROTELLI, Franco.

Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.149-169. 1994.

RUIZ-OLABUÉNAGA, José Ignacio.

*Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. 1999.

SALM, Cláudio.

Estagnação econômica e exclusão social. Trabalho apresentado na 3. Conferência Internacional Celso Furtado, 4-6 maio 2004. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.ie.ufrj.br/celsofurtado/pdfs/estagnacao\\_economica\\_e\\_exclusao\\_social.pdf](http://www.ie.ufrj.br/celsofurtado/pdfs/estagnacao_economica_e_exclusao_social.pdf). Acesso em: 10 dez. 2010. 2004.

SANTA CATARINA (Estado).

Mensagem do governador à Assembleia Legislativa: projeto catarinense de desenvolvimento. (Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, Florianópolis). 1971.

SANTOS, Nelson Afonso Garcia.

*Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis: Letras Contemporâneas. 1994.

SECRETARIA...

Secretaria Estadual de Saúde. *Ação catarinense de desenvolvimento, 1971-1975: relatório do setor saúde*. SAS. M. 54-2, cx 12. (Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, Florianópolis). 1975.

SERRANO, Alan Índio.

*Um paraíso perdido: a formação do saber psiquiátrico no processo de desencantamento*. Manuscrito. 2010.

SERRANO, Alan Índio.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h30min). Depoimento concedido ao

projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 8 out. 2010.

TEIXEIRA, Mário.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (50min). Depoimento concedido ao projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 22 set. 2010.

TENÓRIO, Fernando.

A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59. 2002.

VIANA, Abelardo.

[Depoimento]. Entrevistadores: Daniela Ribeiro Schneider e equipe. Florianópolis. Gravação digital (1h20min). Depoimento concedido ao

projeto A História da Atenção à Saúde Mental em Santa Catarina. 25 out. 2010.

WHO.

World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Conferência internacional sobre promoção da saúde, 1., 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010. 1986.

WHO.

World Health Organization. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1., Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010. 1978.

