

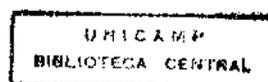
CRISTINA LARROBLA MENDEZ

**EXPLORANDO AS FRONTEIRAS DA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA DO SUL:
O PAPEL DAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS
HOSPITAIS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

**CAMPINAS
1999**



UNIDADE	78C
N.º CHAMADA:	
V.	Ex.
TOMBO BC/	37741
PROC.	229/99
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	02/06/99
N.º CPD	

CM-00123741-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L329e

Larrobla Mendez, Cristina

Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul: o papel das unidades psiquiátricas nos hospitais gerais / Cristina Larrobla Mendez. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Neury José Botega

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Assistência psiquiátrica hospitalar. 2. Serviços de saúde mental. 3. Saúde mental. 3. Psiquiatria - História. I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

24/04/09

A meus pais, por ser meu melhor
exemplo de perseverança e trabalho

AGRADECIMENTOS

Apesar de sentir, às vezes, que a produção que estamos realizando é uma tarefa solitária, na verdade, por trás dela existem muitas pessoas que contribuíram a sua elaboração. Por esse motivo, meus agradecimentos são diversos - se esqueço alguém, peço desculpas antecipadamente:

Ao Prof. Neury José Botega, cuja orientação equilibrou, na medida justa, a seriedade científica da pesquisa e as inquietudes da pesquisadora, respeitando, acima de tudo, outro elemento fundamental, a liberdade no trabalho.

Ao Prof. Paulo Dalgalarro, que foi “quase” um orientador, no sentido amplo do termo, nos meus primeiros passos nesse país e na minha pesquisa.

A Sylvia, por nosso trabalho juntas durante vários anos que teve como resultado, entre muitos, o desenvolvimento dessa tese.

A Gonzalo, sempre disposto a dialogar, pela “escuta” à distancia e pelos ensinamentos nestes dez anos de amizade e formação.

A Gabriela e Mercedes, pela confiança e o carinho demonstrado nos momentos exatos ao longo de todos estes anos juntas.

A Rosanna e Daniel, por me mostrarem o lado positivo que tem a vida e pela amizade incondicional que sempre nos uniu.

A Claudia, amiga que descobri nos últimos anos e que sempre ajudou nos momentos difíceis nesse novo país.

A Pepe e Eduardo, informantes-chave do que estava acontecendo no “paisito” e amigos inesquecíveis.

A Alejandra, pela sensibilidade e humildade na transmissão de sua experiência, que me enriquece permanentemente.

A Cristina, por sua seriedade profissional e seu questionamento permanente que me introduziu no mundo da dúvida.

A Tânia, Meire, Érika e Blanca, além de companheiras de turma, excelentes pessoas e amigas.

A Hernán, pelo incentivo contínuo e as sugestões quase diárias na nossa convivência, e também por ter aportado parte do material da Argentina.

A Pedro, Adriana e Noela, pelos momentos compartilhados com “mate”, que ajudaram a diminuir as saudades.

Aos meus pais, Omar e Nora, por terem me possibilitado construir a minha própria experiência de vida.

Às minhas irmãs, Adriana e Mercedes, por me apoiarem e me alentarem, carinhosamente, a levar à prática todos os meus projetos.

A Mercedes e Fabiana, pela presença quase diária, nessa nova etapa, e pela sábia paciência à distância.

Aos meus alunos, por terem sido um permanente estímulo na minha carreira docente.

Aos pacientes da Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, pelo permanente aprendizado que nos oferecem.

A toda a equipe de trabalho da Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, pelo apoio e afeto demonstrado em todos os reencontros, nestes quatro anos.

À Universidad de la República, com seus defeitos e suas virtudes, pela possibilidade de minha formação profissional.

A todas as pessoas que se dispuseram a responder os questionários, demonstrando de forma afetuosa, através das cartas, o reconhecimento e a importância do trabalho.

Aos Profs. Joel Sales Giglio e Eloisa Helena R.V. Celeri, pelas sugestões vertidas na qualificação.

A Mônica, nova e excelente secretária da “pós”, sempre disposta para que tudo dê certo.

A Luciana, pela revisão do português e a paciência com meuportunhol.

A Sandra e Cleusa, pelo eficiente trabalho na biblioteca da faculdade, e pela ajuda na minha pesquisa bibliográfica.

A meu esposo Amílcar, por me convidar a mais uma aventura juntos, e pelo amor cultivado todo esse tempo.

À minha filha Eugênia, pelos reclamos e a cumplicidade, que me permitiram aprender a delícia que é ser mãe.

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado no São Paulo (FAPESP), por ter contribuído financeiramente ao desenvolvimento desse projeto.

Uno escribe para tratar de responder a las preguntas que le zumban en la cabeza, moscas tenaces que perturban el sueño, y lo que uno escribe puede cobrar sentido colectivo cuando de alguna manera coincide con la necesidad social de respuesta.

Eduardo Galeano

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Capítulo I UMA NOVA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA OS DOENTES MENTAIS DO NOVO MUNDO	6
Introdução	6
1. Os cuidados aos doentes mentais na América do Sul	7
1.1. Características dos pioneiros das novas idéias na América Latina	7
1.2. Encontro de duas culturas	8
1.3. A imposição de um novo modelo	11
1.3.1 Os hospitais que serviram como ‘modelo’	12
1.3.2. As primeiras ‘cópias’ na América Latina: desde México até América do Sul	14
1.4. Outros processos e instituições que incidiram na assistência aos dentes mentais	16
1.4.1. Inquisição	16
1.4.2. Tribunal del Protomedicato	18
1.4.3. Antecedentes das futuras mudanças no continente	19
1.4.4. As ‘novas’ idéias e suas repercussões	21
1.4.5. As universidades na América Latina	23
2. A assistência psiquiátrica na América Latina em um passado recente	28
2.1. O desenvolvimento do alienismo na Europa	28
2.2. O alienismo como uma ‘nova’ forma de assistência no continente	37
Capítulo II AS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS COMO NOVO PARADIGMA DA PSIQUIATRIA	41
Introdução	41
1. A Segunda Grande Guerra e a psiquiatria internacional	41
2. Um novo paradigma na psiquiatria, produto das transformações: as UPHGs	43
3. As UPHGs	49
3.1. Características da população-alvo	51
3.2. Critérios adotados para internação e suas implicações	52
3.3. Arquitetura	54
3.4. Equipe de trabalho	56

4. A situação da América do Sul	57
Capítulo III OBJETIVOS	67
Capítulo IV MÉTODO	69
Delineamento do estudo	69
1. Censo da América do Sul	69
2. Instrumento de coleta de dados e procedimento	69
2.1. Inquérito postal	70
3. Organização e análise dos dados	73
Capítulo V RESULTADOS E COMENTÁRIOS	74
1. A assistência psiquiátrica sul-americana hoje	74
1.1. Considerações prévias	74
1.2. Dados do primeiro inquérito	76
1.3. Dados do segundo inquérito	87
2. Discussão	96
CONCLUSÕES	108
SUMMARY	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	
ANEXO 5	
ANEXO 6	
ANEXO 7	
ANEXO 8	
ANEXO 9	
ANEXO 10	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pag.
Tabela 1- Áreas de responsabilidade no setor saúde na América do Sul em 1984	75
Gráfico I - Ano de implementação dos Programas na América do Sul	78
Gráfico II - Vinculação entre Saúde Mental e Atenção Primária de Saúde	79
Gráfico III - Setores responsáveis pela elaboração dos Programas	80
Tabela 2 - Situação da especificação da função dos usuários nos Programas	80
Gráfico IV - Grau de especificação dos custos/orçamento dos Programas	81
Tabela 3 – Número de leitos psiquiátricos e sua localização institucional em 1997	83
Tabela 4 - Variação (estimativa) dos leitos psiquiátricos em HP nos últimos 10 anos	84
Tabela 5 - Total de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes por unidade de análise	85
Tabela 6 - Porcentagem de HG com UP do total de HG por país	87
Tabela 7 - Porcentagens das diferentes modalidades assistenciais presentes nas UP	90
Tabela 8 - Tempo médio (em dias) de internação nas enfermarias psiquiátricas	92
Tabela 9 – Porcentagem de incremento dos leitos psiquiátricos na última década	93

LISTA DE ABREVIATURAS

APAL - Associação de Psiquiatria para América Latina

APS - Atenção Primária de Saúde

AS - Assistente Social

HG - Hospital Geral

HP - Hospital Psiquiátrico

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

TO - Terapeuta Ocupacional

UP - Unidade de Psiquiatria

UPHGs - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a evolução recente e a situação atual da assistência psiquiátrica na América do Sul, colocando especial ênfase nas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs), como uma das alternativas assistenciais ao macro-hospital. Para tal fim, se realizou uma leitura crítica e abrangente da literatura afim e específica sobre ambos os temas, e foram enviados dois inquéritos postais aos diferentes países sul-americanos.

Na primeira parte do trabalho, estudaram-se as origens dos primeiros hospitais dedicados aos cuidados dos doentes mentais na América Latina e o processo através do qual a prática assistencial introduzida foi consolidando-se como hegemônica. Também foram abordadas as mudanças sociais, políticas e econômicas que intervieram nesse processo. Numa segunda etapa, foram analisados e discutidos os dados sobre Programas Nacionais de Saúde Mental e sobre as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, obtidos através dos inquéritos postais.

O trabalho estrutura um conjunto de informações atualizadas em relação aos sistemas nacionais de saúde mental dos diferentes países da região, até agora apresentado na bibliografia como experiências isoladas e específicas de alguns dos países.

Destaca-se que o início da reestrutura da assistência psiquiátrica no continente foi tardio em relação àquela dos países desenvolvidos: ela localiza-se basicamente na década de 90. Alguns dos Programas de Saúde Mental ainda não estão explicitados em documentos oficiais, a maioria deles não tem destinado um orçamento próprio e sua elaboração tem ficado restrita aos técnicos do setor de saúde. Na totalidade dos países, apresentam-se carências nos recursos tanto humanos quanto materiais. Também uma alta porcentagem de programas não contam com sistema de avaliação que permita medir seu impacto e seu resultado nas populações assistidas.

Observa-se que, na América do Sul, as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, junto a outras estruturas descentralizadas, têm sido adotadas como modelo alternativo à assistência do clássico hospital psiquiátrico. As unidades refletem iguais carências que os programas no que diz respeito aos recursos humanos e materiais, destacando-se a falta de adequação à demanda assistencial. Os medicamentos, além de serem insuficientes, em alguns casos se apresentam como desatualizados, ficando comprometido o objetivo de manter os pacientes o maior tempo possível na sua comunidade de origem.

A maioria das unidades funcionam, basicamente, com duas estruturas assistenciais: ambulatório e enfermarias psiquiátricas, apresentando-se em alguns países também as emergências psiquiátricas. Na segunda estrutura tem surgido, na última década, um incremento no número de leitos, mas a relação de leitos psiquiátricos / habitante em grande parte dos diferentes países está longe de alcançar as cifras recomendadas pelos organismos internacionais.

A informação apresentada nesse trabalho, de caráter global, descrevendo os problemas comuns a todos os países sul-americanos, as alternativas adotadas para solucioná-los e as diferenças dos programas, visa ampliar o conhecimento da situação atual da área e facilitar assim futuras mudanças na melhora da qualidade da assistência psiquiátrica. Fomenta-se, dessa forma, um maior intercâmbio de experiências e dados, expectativa que foi explicitada por parte de todas as fontes de informação.

INTRODUÇÃO

A assistência é uma tarefa complexa e gratificante, que absorve, muitas vezes, um tempo importante de nosso dia-a-dia, sendo essa uma das causas pelas quais nem sempre se tem oportunidade, nem tempo disponível, para trocar experiências. Quando conseguimos conjugar tempo, interesse e possibilidades para aprofundar sobre um tema, o processo pelo qual se passa é complexo, muitas vezes frustrante, mas também gratificante. O resultado desse processo é a seleção de um objeto de estudo, que passa pelas transformações que o próprio pesquisador vivencia, descobrindo, talvez, que o produto final nem sempre responde às perguntas originais, mas se mantém dentro do escopo inicial. As seguintes são algumas das interrogações que apareceram no meu caminho.

Quais foram as origens e o desenvolvimento da assistência psiquiátrica na América do Sul? Existem elementos comuns nas modalidades de atendimento no continente, além dos fatores que nos diferenciam? Qual é sua situação atual? Ela é produto de quais fatores? Como foi desenvolvida nos diferentes países? Que lugar ocupa o hospital geral na rede assistencial? Qual é o espaço das Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais na América do Sul?

Essas perguntas deram lugar ao tema do presente projeto: **Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul: O papel das Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais.**

A escolha desse tema esteve marcado por um aspecto que se vincula diretamente às origens das UPHGs, minha prática docente-assistencial na *Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel*, no meu país de origem, Uruguai. A minha dupla inserção de trabalho, por um lado como Psicóloga do Ministério de Saúde e, por outro, como docente da Cátedra de Consulta Psicológica, na Faculdade de Psicologia da *Universidad de la República*, me deu a oportunidade de acumular a experiência, na qual sempre esteve presente a inquietude de saber como e em que condições era desenvolvida essa tarefa em outros lugares.

A possibilidade de viajar para o exterior me permitiu tomar contato e conhecer o funcionamento de uma outra unidade, aqui no Brasil, no Hospital das Clínicas da Universidade

Estadual de Campinas, UNICAMP. As grandes semelhanças e também as diferenças de ambas experiências guiaram minhas preocupações sobre a estratégia assistencial à saúde mental.

Na medida em que aumentavam minhas leituras sobre o tema, percebi que o interesse pela área respondia à inquietude de saber acerca das origens e evolução de um tipo de estrutura assistencial compartilhada por muitos trabalhadores da saúde mental. A intenção não era fazer uma pesquisa no nível nacional; aliás, o interesse era realizar uma análise mais abrangente, que incluísse diferentes realidades do estado de desenvolvimento da assistência psiquiátrica na região. Dessa forma se contemplaria, ao mesmo tempo, um conhecimento mais profundo do Brasil - país no qual se desenvolveu a pesquisa - e Uruguai - país de minha origem. Mas as características desses países, em termos de dimensões, constituem, de certa forma, os extremos de um *continuum*, portanto, procuramos envolver outros países de dimensões intermediárias.

Mas por que escolher América do Sul, se os países que a conformam apresentam uma heterogeneidade bastante grande em vários aspectos? Entre eles, pode-se destacar o grau de desenvolvimento, o nível de crescimento econômico condicionado pela disponibilidade dos recursos naturais e exploração dos mesmos, alguns fatores culturais que estão na base de distintas idiossincrasias etc. O motivo é que, apesar disso, existe também uma série de elementos ou pontos de convergência que permitem estabelecer uma abordagem de caráter grupal, colocando em evidência a riqueza tanto geográfica quanto social e cultural de nosso continente.

Entre os elementos que permitem fazer essa abordagem continental, se encontram várias semelhanças. Partindo da colonização, à exceção do Brasil, que foi colônia portuguesa, os países sul-americanos foram colônias da Espanha, e por esse motivo a língua majoritariamente falada neles é o espanhol e a região é denominada Hispanoamérica. No conjunto dos países e, como uma das conseqüências do encontro entre ambas as culturas, a conquistadora e a existente, surgiu o fenômeno de miscigenação. A resultante desse fenômeno foi o nascimento de um novo tipo humano: o mestiço. No final do século XVIII já existia um núcleo social numeroso e solidamente engravado entre os dois pólos culturais. Outra fonte a ser considerada nas origens do ser latino-americano é a cultura africana; ela foi introduzida, em grande parte dos países, através dos negros de diferentes etnias que seriam utilizados como mão de obra escrava;

Brasil;

Istmo Centro-americano ou América Central: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá;

México;

Caribe Latino: Cuba, Haiti, Puerto Rico e República Dominicana;

Caribe não Latino: Anguila, Antigua e Barbuda, Antilhas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guadalupe, Guiana Francesa, Guiana, Ilhas Caimán, Ilhas Turcas y Caicos, Ilhas Virgens -EUA-, Ilhas Virgens -RU-, Jamaica, Martinica, Montserrat, St. Kitts e Nevis, San Vicente e Las Granadinas, St. Lucia, Suriname e Trinidad e Tobago;

América do Norte: Bermuda, Canadá e Estados Unidos da América (OPS, 1994).

Levando em conta, por um lado, que o objetivo geral do trabalho é analisar a história, evolução e situação atual da assistência psiquiátrica e, no nível mais específico, as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e, por outro, a abrangência da região das Américas, considera-se apropriado, para uma coleta e análise de dados mais efetiva, delimitar como objeto de estudo a região geográfica denominada, também pela OPAS (1994), América do Sul. Portanto, o objeto de estudo compreende as seguintes sub-regiões e países: **Área Andina** (Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), **Cone Sul** (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai) e **Brasil**.

O trabalho foi dividido em duas etapas. A primeira delas, que compreende os capítulos I e II, mais teórica e genérica, traz uma revisão crítica da bibliografia, referente a temas afins e específicos à pesquisa. Esses capítulos são de caráter introdutório, apresentando, respectivamente, uma visão panorâmica da trajetória da assistência psiquiátrica no continente, e o contexto no qual surgiram e se desenvolveram as UPHGs como uma das estratégias de um novo paradigma. Eles pretendem trazer à tona algumas práticas que deram origem à disciplina no continente e as influências sob as quais ela se estruturou e se desenvolveu.

No capítulo III são apresentados os objetivos do trabalho. Por ser esta uma pesquisa de caráter continental, o instrumento escolhido para a obtenção do material empírico - o inquérito

postal - foi, a nosso entender e baseado em experiências prévias, aquele que melhor se ajustava aos objetivos propostos. No capítulo IV se apresenta uma descrição do método utilizado.

A segunda etapa do trabalho esteve constituída pelo relevamento, processamento e análise dos dados empíricos, mostrando-se o resultado desse processo no capítulo V. Por último, as conclusões se apresentam no capítulo VI.

Capítulo I

UMA NOVA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA OS DOENTES MENTAIS DO NOVO MUNDO

Introdução

Ao considerar as fontes de informação que aportam um panorama geral da situação da saúde no continente sul-americano, observa-se que são numerosas, mostrando a variedade e riqueza dos recursos existentes, mas que também se apresentam em número reduzido na área de saúde mental. O que caracteriza estas últimas é a preocupação constante pela descrição minuciosa, mas específica e particular de cada país; poucos foram os trabalhos encontrados que abordam a temática a partir de uma perspectiva continental.

Antes de começar a explorar a assistência psiquiátrica contemporânea, faz-se necessário resgatar alguns saberes, práticas e instituições na história do continente, que pertencem aos períodos da conquista e da colonização, ou seja, conhecimentos prévios aos desenvolvidos no século XVIII - momento de grande destaque nesta disciplina - mas muito relacionados a estes últimos.

Por certo, a apresentação destes dados não ignora a importância dos aportes realizados por Pinel ao conhecimento psiquiátrico latino-americano, nem pretende constituir-se numa análise histórica exaustiva da construção de saberes sobre a doença mental; trata-se apenas de um olhar rápido sobre alguns fatores e fatos que, a nosso entender, estiveram e ainda estão hoje na base da história do desenvolvimento da psiquiatria latino-americana, para tornar mais compreensíveis algumas informações que se apresentam e serão analisadas posteriormente. Entre estas práticas e saberes, encontramos os primeiros hospitais, tanto os gerais quanto os dedicados exclusivamente aos dementes, à Inquisição, ao *Tribunal del Protomedicato* e, por último, às universidades.

Este capítulo apresenta, portanto, uma breve resenha histórica da assistência aos doentes mentais na América Latina e na América do Sul em particular, desde o século XV até as primeiras décadas do século XX. Isto permite observar e analisar as consequências da colonização em diferentes níveis - político, social, econômico e cultural - nos países a serem estudados, as influências que estes acontecimentos tiveram no desenvolvimento posterior da psiquiatria como disciplina, as diferentes portas de entrada das novas idéias e o papel das universidades latino-americanas na formação dos profissionais na área.

1. Os cuidados aos doentes mentais na América do Sul

Uma forma de começar esta seção seria considerar primeiro o desenvolvimento da psiquiatria a partir do século XVIII na Europa - momento destacado pela maioria dos historiadores da psiquiatria como ponto de partida de sua origem -, para, numa segunda fase, remeter-se à história na América do Sul. Mas preferiu-se retomar as próprias raízes de uma das práticas desenvolvidas na região, que posteriormente se tornou um fator importante para a fundação do alienismo. A descrição histórica que se apresenta da colonização e suas repercussões na estruturação da sociedade, que diz respeito à estratificação social e ao aspecto econômico, se fundamenta no fato de ela ser introdutória à expansão de algumas idéias que foram fundamentais para o desenvolvimento da psiquiatria no continente sul-americano.

1.1. Características dos pioneiros das novas idéias na América Latina

Como os fatos não acontecem isolados, muito pelo contrário, são produto de múltiplos fatores, o cuidado aos doentes mentais no continente esteve marcado por seu próprio percurso histórico no que diz respeito aos aspectos sociais, políticos e econômicos, que por sua vez se relacionam à colonização.

O objetivo que guiava toda conquista de novos territórios e, portanto, da América Latina, era o lucro para as metrópoles; desde o primeiro momento estava estabelecido que, dos tesouros achados e dos metais preciosos obtidos, um quinto devia ser reservado ao rei. Seus conquistadores foram aventureiros que pertenciam à pequena nobreza e pretendiam construir

um morgado para si mesmos no Novo Mundo¹; raramente eram plebeus, como foi o caso de Pizarro e Almagro; os homens sob suas ordens eram degredados, desejosos de enriquecimento rápido. Todos eles se caracterizaram por surgirem da Contra-reforma e serem portadores de uma mentalidade herdeira de um sistema feudal e mercantil, de um absolutismo monárquico muito forte (Lewin, 1967; Vainfas, 1997; Mariátegui, 1989).

Uma vez que os conquistadores cumpriam a encomenda de tomar posseção dos territórios, recebiam certas concessões do rei; eles obtinham o máximo poder sobre as terras conquistadas e os índios que nelas viviam. Assim, a coroa se assegurava da instrução cristã dos nativos. Mas, antes disso, “Para el castellano, ávido de oro más que de tierra, el indio era el colaborador que necesitaba en la exploración y en la explotación de las riquezas, un colaborador tratado, a veces, brutalmente.” (Chaunu, 1964: 26). Neste sentido, na América espanhola e portuguesa a conquista precedeu à colonização; a valorização da terra foi posterior à ocupação (Gibson, 1976; Mahn-Lot, 1990).

1.2. Encontro de duas culturas

Tomando como ponto de partida o século XV e observando a Europa e a América do Sul, destacam-se dois processos paralelos. Por um lado, a primeira encontrava-se num período de transição, particularmente a Espanha, que começava a viver um momento de unificação como consequência da união dos reinos de Castela e Aragão. Em 1492, foi retomada a cidade de Granada quando, coincidentemente, a península ibérica lançava-se a outras conquistas.

Naquela época, existia na Europa um grande comércio das especiarias; devido à necessidade destas e do metal para a fabricação das moedas, Espanha e Portugal saíram à sua busca por mar. “Para llegar a ellas, panacea de todos los males, existían dos soluciones: la portuguesa, que era la ruta de los prudentes que se dirigían hacia el sur hasta doblar El Cabo. Es la que siguió Vasco de Gama en 1498. Por otro lado, la ruta de un loco, por el oeste, puesto

¹ Depois da colonização, o território que se denomina atualmente América Latina ficou dividido em ‘Nueva España’ e ‘Nueva Castilla’, correspondendo aos atuais territórios do México e a quase toda América do Sul, respectivamente. A exceção foi o território que pertencia a Portugal segundo o Tratado de Tordesilhas, correspondente atualmente ao Brasil.

que la tierra es redonda. Fue la solución que Colón logró que aceptara Isabel la Católica.” (Chaunu, 1964:10).

Por outro lado, no Novo Mundo existia uma diversidade de culturas muito ampla, com diferentes graus de desenvolvimento. Não se pode esquecer que no momento da colonização, Tenochtitlán (cidade localizada no atual México) tinha uma população de 300.000 pessoas, e cidades como Lisboa e Sevilha tinham entre 100.000 e 120.000 habitantes, respectivamente (Gibson, 1976). Na América do Sul, as civilizações mais importantes por seu desenvolvimento na organização política, social e econômica eram os Incas e os Chibchas, cujos territórios seriam hoje Peru e Colômbia, respectivamente.

Desta forma, ambas as culturas, a européia e a nativa, tomaram contato entre si; de fato, foi um encontro com múltiplas conseqüências. Segundo Mahn-Lot (1990), a conquista da América espanhola pode ser dividida em quatro etapas. A primeira delas estende-se desde 1492 até 1519, quando se realiza a conquista das Antilhas e do México, e a exploração das minas, nas ilhas e em terra firme, delimitando-se o que se chamou “Ciclo do Ouro”. Também se observa neste momento a introdução dos engenhos de açúcar. A segunda etapa está compreendida entre 1519 e 1532, período no qual foi conquistado o império asteca e os territórios adjacentes (cultura nahuatl). A terceira, delimitada pelos anos de 1532 e 1556, caracterizou-se pela tomada dos planaltos andinos com um claro predomínio da cultura quechua-aimará, pertencentes aos atuais territórios de Peru, Bolívia, Equador e Colômbia. Dentro desta etapa, os anos compreendidos entre 1535 até 1540 são assimilados como ponto culminante da conquista armada, concluída em 1556 aproximadamente, coincidindo com a culminação do reinado de Carlos V. O quarto e último período estende-se até 1572, no qual se tratou essencialmente de organizar a conquista, apesar dos reiterados combates nas regiões “insubmissas”, principalmente na que seria hoje o Chile, com um alto predomínio da cultura araucã.

A distância das viagens que permitiam a comunicação entre a metrópole e o território conquistado foi aumentando de um período para o seguinte. No primeiro período eram relativamente curtas; as viagens - ida e volta - demoravam seis meses aproximadamente; na segunda etapa, o tempo aumentou para dezoito meses; depois, passaram a demorar dois anos e meio (Mahn-Lot, 1990). Esta situação, junto com o poder desmedido dos governantes locais,

tornou caótico o funcionamento das cidades. Assim, sucederam-se diversas modificações organizacionais, estabelecendo-se outras figuras e instituições que representavam ao rei; elas caracterizaram-se por manter a mesma estrutura da metrópole. Entre estas instituições, destacou-se a igreja², cujo objetivo era, por um lado, controlar a população espanhola e, por outro, converter os índios ao cristianismo. No final do século XV, esta instituição teria uma incidência importante na concepção das doenças mentais.

Nessa época, já existiam duas práticas assistenciais para os transtornos mentais: a chamada psiquiatria “folclórica ou popular”³ e a introduzida com a conquista. Para uma melhor compreensão da primeira, é ilustrativa uma análise de Ochoa (1995) que se refere ao desenvolvimento da assistência psiquiátrica na região do atual Peru⁴. O autor distingue dois momentos nesse desenvolvimento, delimitados pela colonização. O primeiro refere-se aos períodos denominados pré-inca e inca, caracterizados pelas crenças e interpretações das diferentes culturas⁵ que existiram na época pré-colombiana sobre as doenças mentais. O pensamento que predominava nesse momento encontrava-se marcado por um profundo sentimento mágico, místico e simbólico, quando, às vezes, o status do “médico” se chegava a confundir com aquele do mago, filósofo ou conselheiro espiritual da tribo. Por momentos, eles acreditavam que a doença era produto de uma força ou espírito exterior, um corpo estranho que

² É importante mencionar que, no tocante à organização eclesiástica no continente sul-americano, existiram algumas diferenças entre a América espanhola e a América portuguesa. Na primeira, a introdução do catolicismo se fez notar desde o início da colonização; os reis católicos preocuparam-se pelo envio de franciscanos, dominicanos, agostinianos e mercedários nas primeiras expedições. Em 1565, já existiam quatro arcebispados instalados nos territórios atualmente correspondentes ao México, Lima e Bogotá; foi através das missões que as idéias da Contra-Reforma penetraram nas colônias espanholas. Na América portuguesa, a organização eclesiástica caracterizou-se por ser mais lenta e apresentar certo atraso em relação ao processo colonizador; a difusão do espírito contra-reformista esteve basicamente a cargo dos jesuítas (Vainfas, 1997).

³ Segundo Seguí (1974: 307), entende-se por psiquiatria folclórica “o estudo das idéias, das crenças e das práticas que se referem aos quadros psiquiátricos e seu tratamento, mantidas pela tradição popular, por fora e contra do aceito pela cultura dominante no meio no qual se apresentam”.

⁴ Por maiores informações sobre as concepções sobre doenças mentais no Peru pré-colombiano, ver Mariátegui (1990).

⁵ Entre as culturas que se sobressairam nos séculos XI e XII na região do atual Peru encontravam-se as seguintes: Chavin, Paracas, Nazca, Moche e Chimu (Ochoa, 1995:562).

penetrava no corpo humano; quando essas doenças não se explicavam pelas forças da natureza, os nativos encontravam sua origem no sobrenatural.

No império Inca⁶ existiu uma clara diferenciação entre os médicos-bruxos no que diz respeito a quem assistiam e às tarefas que cumpriam. As doenças mentais estavam muito relacionadas, por seus conteúdos, ao pensamento da época. Através de descobertas antropológicas, demonstrou-se que já neste momento existiam determinadas palavras que descreviam os estados emocionais⁷ e que se utilizavam remédios caseiros preparados com plantas medicinais.

O segundo momento da assistência psiquiátrica no Peru corresponde, segundo Ochoa (1995), à pós-colonização. Porém, este período será analisado a seguir, em conjunto com os outros países sul-americanos.

1.3. A imposição de um novo modelo

Novas concepções e práticas assistenciais às doenças mentais foram se desenvolvendo através de diferentes instituições, enquanto chegavam com os conquistadores as ordens religiosas e os enfermeiros. É importante ressaltar aqui o fato de que as universidades espanholas, basicamente Salamanca e Alcalá⁸, encontravam-se nesse momento em pleno auge e desenvolvimento, com uma forte influência do movimento humanista originado na Itália (Gibson, 1976).

⁶ O Império Inca se estendia num território de 4.000 km de comprimento e era chamado de *Tahuantimsuyu*, que significa “Império das quatro direções”. A sua origem está numa lenda que remonta a Manco Capac, fundador do Cuzco, capital do império, num vale a 3.400 metros de altitude. Nela se teriam confederado quatro grandes etnias, predominando o quíchua como língua única adotada pelos incas. Estes impuseram sua autoridade a vários povos dos Andes, vivendo em agrupamentos chamados *ayllus* (Mahn-Lot, 1990).

⁷ Alguns exemplos são Llaqui (tristeza, sofrimento), Phina (cólera), Aya Huaira (epilepsia ou histeria), Pacha Hapissca (comoção cerebral) (Ochoa, 1995: 563).

⁸ A universidade de Alcalá de Henares foi fundada pelo cardeal Francisco Jiménez de Cisneros, confessor da rainha Isabel. A figura mais representativa do Renascimento espanhol foi Antonio de Nebrija, quem passou dez anos na Itália realizando estudos humanistas e, a seu regresso, ditou aulas nesta universidade e na de Salamanca (Gibson, 1976).

Neste contexto e sob esta influência, surgiram os primeiros antecedentes dos hospitais dedicados aos cuidados dos doentes mentais na América Latina. Como eles estavam baseados no conhecimento acadêmico da metrópole, para uma compreensão mais precisa da influência que receberam, apresentam-se, de forma sucinta, as características gerais dos cuidados aos doentes mentais na Espanha.

1.3.1. Os hospitais que serviram como ‘modelo’

Segundo Dieckhöfer (1983a) e Viqueira (1970), os espanhóis caracterizaram-se por uma atitude frente à dignidade do homem - pensada como outorgada por Deus - muito relacionada com a filantropia, a beneficência e a caridade. Isto foi estimulado pela assistência benévola dos árabes aos doentes desde o primeiro século da era cristã. Esta forte influência esteve presente na criação dos estabelecimentos dedicados aos doentes mentais; portanto, pode-se pensar que o surgimento destes espaços não se deu pela iniciativa científica, mas inspirados na caridade.

A data de surgimento destas instituições na Espanha é incerta; a primeira, da qual existem registros, é a “Casa de Orates”, em Valência, em 1409. Sua fundação é obra do padre Juan Gilberto Jofré, membro da Orden de la Merced, quem nessa época - século XV, com um predomínio da idéia de que a loucura era bruxaria⁹ - atreveu-se a dizer que na verdade os alienados eram homens doentes que necessitavam ser acolhidos e cuidados em um hospital. Ele foi o primeiro a descrever as características desses doentes utilizando os seguintes termos: inocência, irresponsabilidade, periculosidade e necessidade de tratamento especial. Não faltaram ecos à sua prédica: um grupo de seguidores lhe ofereceu ajuda arrecadando fundos e conseguindo a permissão do rei Don Martin I e do papa Benedicto XIII para montar um hospício. Este prédio tinha uma horta e localizava-se longe da cidade, próximo, segundo Viqueira (1970), a uma porta que logo foi conhecida como “Puerta de los Locos”.

Depois da morte do padre, a direção do hospital passou para Lorenzo Saloni - subdiretor da instituição em 1512 -, tendo realizando algumas mudanças que resultaram na

⁹ Partindo desta idéia, toda alienação mental era alienação de endemoniados; a igreja curava através do exorcismo, o Estado através da fogueira. Enquanto não todos os acusados de bruxaria eram alienados, todos estes eram acusados daquela (Viqueira, 1970).

unificação dos pequenos hospitais da cidade ao “Hospital de los Inocentes”, formando assim um Hospital Geral. As idéias do padre Jofré se disseminaram nas diferentes cidades da Espanha e começaram a surgir outros hospitais: Saragoça (1425), Sevilha e Valladolid (1436), Mallorca (1456), Toledo (1480), Barcelona (1482) e Granada 1527). Desta forma, a Espanha passou a ser considerada o “berço da assistência psiquiátrica” da Europa (Dieckhöfer, 1983a).

De modo geral, a maioria dos hospitais espanhóis se destacou por algum motivo em particular. Os hospitais de Saragoça e de Sevilha foram os de maior destaque para a história da psiquiatria européia e a latino-americana. O primeiro deles tornou-se famoso por ter sido fundado pelo rei Don Alfonso V, de Aragón, e pelas autoridades da cidade. Foi importante ainda por dedicar-se ao cuidado dos alienados de todos os países europeus e por aplicar um trato humanitário aos doentes, sendo o primeiro a instituir o trabalho como método específico para curar as doenças mentais (Viqueira, 1970).

Como o hospital foi destruído pelos franceses em 1808, e junto dele seus arquivos, Viqueira utilizou, para a reconstrução da sua história, várias fontes¹⁰. Uma delas apresenta testemunhas de que, no século XVIII, a maioria dos doentes que trabalhavam nas oficinas e ofícios se curava. Mas um outro motivo tornou famoso esse hospital: no final desse século, recebeu uma visita de Pinel, que teve seu método adotado por ele e difundido em Paris. O grande mérito do alienista francês foi, então, o fato de sensibilizar a Europa Ocidental para as péssimas condições em que se encontravam os doentes mentais nos hospícios da época e a necessidade de tomar como exemplo o trato e o método utilizado na Espanha.

O segundo hospital, de Sevilha, cujo nome inicial foi “San Cosme y San Damián”, apresentava enfermarias separadas para homens e mulheres. Em 1546, seu nome mudou e passou a se chamar “Cinco Llagas”. Sua importância está no fato de ter sido tomado como modelo por um dos conquistadores do atual México, Hernán Cortés. A fundação do primeiro hospital mexicano esteve baseada neste hospital, a tal ponto que, no testamento dele, aparecia explicitado que o funcionamento do hospital mexicano deveria guiar-se pelos regulamentos vigentes no hospital espanhol (Viqueira, 1970).

¹⁰ Estas fontes são detalhadas minuciosamente no artigo utilizado como referência (Viqueira, 1970).

Resumindo, os aportes realizados pelos espanhóis à assistência psiquiátrica em ambos os continentes foram vários, como o fato de conceber os doentes mentais como pessoas, de que a doença que os afetava era plausível de ser curada e cujo tratamento devia ser praticado pelos, pelo fato de que o método usado por estes, para curar, era o trabalho e, ainda, pelo estudo sistemático das doenças com suas respectivas classificações¹¹.

1.3.2. As primeiras ‘cópias’ na América Latina: desde o México até América do Sul

A América Latina nutriu-se dessas influências e começaram a aparecer os primeiros hospitais; no México, surgiram, em 1521, o “Hospital de la Concepción” e o “Hospital de San Lázaro”. Foram fundados e organizados para tratar as novas doenças que apareceram com caráter epidêmico, cujos fatores biológicos, introduzidos pelos conquistadores, foram uma das principais ameaças à população autóctone. Fatos similares aconteceram no continente sul-americano.

O primeiro hospital - de la Concepción - era um grande edifício com amplas enfermarias e, seguindo as diretrizes do hospital de Sevilha, tinha um pavilhão destinado aos doentes mentais. As pessoas dedicadas aos cuidados deles eram, na parte clínica, um médico, um cirurgião, um barbeiro, um enfermeiro e uma enfermeira; na administração, um contador, um cobrador, um advogado, um escrivão e um procurador. Da área religiosa, ocupavam-se três capelães e um sacristão. Além desse pessoal, o hospital contava com uma cozinheira, três índios e oito escravos que se dedicavam à limpeza e alimentação dos doentes. É importante considerar que este hospital, no século XVII, contava com oitenta camas disponíveis para quatrocentos doentes anuais aproximadamente (Viqueira, 1970). Outro fator destacou este hospital: também sob influência espanhola, fundou-se uma cadeira de medicina na Universidade do México, e seus primeiros médicos formados trabalharam neste hospital. Em 1643, realizou-se uma autópsia para os estudantes de medicina, ganhando, portanto, um caráter docente (Viqueira, 1970). O segundo hospital, de San Lázaro, esteve dedicado às pessoas portadoras de doenças contagiosas, como a lepra.

¹¹ Sobre as classificações das doenças e as expressões idiomáticas dos traços psicopatológicos na Espanha, ver Dieckhöfer (1983b).

Em 1566, foi construído o primeiro hospital dedicado especificamente ao cuidado dos doentes mentais, chamado Hospital San Hipólito, exclusivo para homens. Por ser sevilhano, seu fundador, Bernardino Alvares, seguiu a tradição de estabelecer um convênio entre as províncias mexicanas, para que qualquer doente, sem distinção geográfica, pudesse ser assistido. Existem também evidências da administração de um tratamento equitativo tanto para espanhóis quanto para índios. Nesta instituição originou-se a ordem hospitalar dos “Hipólitos”, que se dedicou à assistência dos doentes e dementes durante a época colonial. Esta ordem parece ter cumprido, nos territórios espanhóis, um papel similar à ordem “San Juan de Dios” em Granada¹² (Viqueira, 1970).

Um século depois, em 1698, seria construído um segundo hospital para mulheres, chamado “Divino Salvador” (Narváez, 1993; León, 1972). Tudo começou com a preocupação de um carpinteiro, chamado José Sayago, e sua esposa, que se dedicaram a recolher as “loucas” que vagavam pelas ruas, levando-as para sua casa. O presbítero da congregação do Divino Salvador, Monsenhor Francisco Aguiar y Seijas, tomou conhecimento e contribuiu com as despesas para a manutenção das doentes, conseguindo posteriormente o traslado de todas para uma casa maior, onde foram albergadas setenta e seis mulheres (Viqueira, 1970). Logo da morte de Sayago, os jesuítas da congregação do Divino Salvador encarregaram-se delas; compraram uma casa, que transformaram em hospital psiquiátrico, levando o nome da ordem. Esta situação se manteve até a expatriação dos jesuítas - 1767 - de todas as colônias da Espanha. As “Hermanas de la Caridad” tomaram conta das doentes até 1800, ano em que o hospital passou a ser administrado pelo governo. Nesse momento, realizaram-se uma série de reformas que melhoraram as condições sanitárias e ambientais e diminuíram assim as mortes por doenças infecciosas, aumentando-se ainda o número de altas (Jiménez, 1996).

¹² A ordem “San Juan de Dios” foi criada por Juan Ciudad Duarte, nascido em Portugal. Quando criança, fugiu de seu lar, passando a vagabundear, transformando-se logo em soldado espanhol. Em 1538, foi internado num hospital no qual recebeu maus tratos. Sob a influência do Padre Ávila, começou a participar dos cuidados dos outros doentes. Em 1539 lhe foi dado alta; reuniu-se com mais cinco companheiros, iniciando a fundação de um novo hospital e, desta iniciativa, surgiu a ordem hospitalar que levou seu nome. Ela foi aprovada pelo Papa Paulo V, difundindo-se tanto na Europa quanto fora dela. Os hospitais desta ordem foram famosos por oferecerem os melhores atendimentos, incluindo

Em síntese, os cuidados dos doentes mentais no México estiveram basicamente, como na Espanha, sob os cuidados de médicos e pessoas com interesses filantrópicos e/ou religiosos.

Na América do Sul, o primeiro território conquistado que teve o que se chamou de “loquerias” foi a vice-realeza do Peru, e sua aparição remonta ao século XVI; o nome da primeira delas foi “Hospital de la Caridad”. Em 1841, esse hospital e os chamados “Santa Ana” e “Santo Andrés” eram as únicas instituições que funcionavam destinadas exclusivamente aos doentes mentais (Mariátegui, 1990). Isto se explicaria pelo fato de ser a região peruana um ponto estratégico durante a colonização, com cidades de grande importância e muita atividade comercial. Na maioria dos países restantes do continente, apareceram hospitais psiquiátricos apenas a partir do século XIX.¹³

1.4. Outros processos e instituições que incidiram na assistência aos doentes mentais

1.4.1. Inquisição

Outros processos desenvolveram-se paralelamente à criação dos hospitais vinculados à questão psiquiátrica; um deles aconteceu quase ao mesmo tempo que a conquista, o estabelecimento da Inquisição. Nos territórios espanhóis, os primeiros bispos que chegaram foram da ordem de *Santo Domingo*, em 1493. Mas, enquanto a população branca não era abundante, e diante da ausência de bispados na região, as hierarquias superiores eclesiásticas exerceram o que se denominou a vigilância “ordinária” em matéria de fé. A partir do momento em que foi instituída a primeira diocese, seu titular foi facultado pela Inquisição da metrópole para desenvolver sua função. Esta consistia em realizar processos contra hereges - entre os quais se encontravam os doentes mentais -, judeus e todo aquele que se desviava da fé cristã,

pavilhões para doentes mentais, ou transformando-se, às vezes, em verdadeiros centros especializados para doentes mentais (Viqueira, 1970: 357).

¹³ Segundo a bibliografia consultada, a criação dos asilos-hospitais psiquiátricos na América do Sul seguiu a seguinte ordem cronológica: Peru - Hospital Santa Ana (1549), Hospital Santo Andrés (1552); Argentina - Hospital para hombres (1748), Hospital para mujeres (1790); Brasil - Hospício Pedro II (1852); Chile - Casa de Orates de Nuestra Señora de los Angeles (1852); Uruguai - Asilo de Dementes (1860); Venezuela - Asilo Nacional de Enajenados (1876); Bolívia - Manicomio Nacional Pacheco (1884); Equador - Asilo para alienados (1887).

tanto na população civil quanto no clero. Em 1569, foi ordenada, por decreto real, a instalação dos primeiros tribunais nestas terras, que se estabeleceram no atual México e Peru; eles se caracterizaram por apresentar a mesma crueldade que na metrópole. Lewin (1967) mostra vários exemplos de como os hereges e novos cristãos suspeitos de manter práticas judaicas eram queimados logo após atos de fé.

No território português existiu um projeto, entre 1621 e 1622, de estabelecer um tribunal deste tipo na colônia, com características semelhantes aos de Lisboa, Coimbra, Évora e Goa. Mas isto não foi possível pela resistência da Inquisição lisboeta; esta se julgava em condições para controlar ela própria os desvios da fé na colônia. Esta situação definiu-se com as invasões flamengas no Nordeste do território brasileiro e a ascensão dos Bragança ao trono no Portugal, em 1640 (Vainfas, 1997). No Brasil, a Inquisição começou a funcionar a partir de meados do século XVI, com a instalação da diocese baiana. Foram os bispos que se encarregaram deste aspecto, com algumas limitações à instrução de processos e sujeitos à jurisdição dos visitantes enviados de Lisboa; aqui não teve o poder de julgamento e tortura que se caracterizou na metrópole¹⁴.

Desta forma, a América Latina passa pela mesma situação que a Europa no que diz respeito à inquisição e à concepção dos doentes como possuídos pelo demônio¹⁵. Começou assim um época de perseguições e até mortes, não apenas daqueles que não eram considerados puros, mas de toda pessoa denunciada como doente mental. A única exceção foram os índios puros; como consequência da conversão, eles ficaram submetidos ao controle eclesiástico. Esta

¹⁴ A Inquisição em Portugal foi conduzida pelos dominicanos, que possuíam um grande poder repressivo. Eles caracterizaram-se pela intolerância e crueldade de seus processos. Seu alcance não se restringia às vítimas; o pânico abrangia todo círculo de relações e, em particular, todo aquele que aspirasse a um mínimo de liberdade de consciência. Esta situação é clara observando-se alguns dados do período compreendido entre 1682 e 1691: 57% dos condenados eram pessoas das classes abastadas ou intelectuais; 30%, oficiais artesãos e 12%, trabalhadores humildes. Portanto, atingia àqueles grupos capazes de oporem-se à cultura monolítica, impedindo desta forma as influências opostas que chegavam do exterior (Paim, 1978).

¹⁵ A respeito da inquisição e da loucura na América Latina, ver Lewin (1967), Pages Larraya (1988), Vainfas (1997).

instituição e sua concepção sobre a “loucura” funcionou até 1820, coincidindo com o período da independência e o predomínio de novas idéias que foram introduzindo-se no continente.

1.4.2. Tribunal del Protomedicato

Apesar do desenvolvimento das primeiras universidades nos territórios espanhóis, é importante ressaltar que a arte de curar nas colônias estava sob o controle do *Tribunal del Protomedicato*, já que não era uma disciplina acadêmica. Este tribunal era um corpo técnico com a responsabilidade de examinar as pessoas que pretendiam o exercício desta arte de acordo as normas da monarquia espanhola (Alvarado, 1989).

Os primeiros tribunais deste tipo instalaram-se nos atuais territórios do México e do Peru a partir do século XVI. A função dos *protomédicos* era cuidar da saúde pública e fiscalizar o ensino das ciências médicas; portanto, a assistência dos doentes mentais estava, principalmente, sob a responsabilidade deles, além de outras pessoas. Posteriormente, os tribunais foram surgindo nas outras regiões: na vice-realeza do *Río de la Plata* foi fundado em 1780, em Buenos Aires. Treze anos depois, os estudos médicos organizaram-se nessa região, desaparecendo em 1812 com as invasões inglesas. Nesta jurisdição, apenas podiam curar os cirurgiões e os médicos, mas, em 1797, o tribunal autorizou aos curandeiros, sob determinadas condições, exercer tal prática no interior, pela quase inexistência de médicos facultados nessa região.

Na cidade de Montevideú, atual capital do Uruguai, o exercício da cura estava em mãos de uma grande diversidade de pessoas: curandeiros, médicos que tinham obtido seus títulos na Europa e em Buenos Aires, os chamados “cirurgiões de segunda ordem” (dentre os quais, por exemplo, encontravam-se alguns fazendeiros), os farmacêuticos, os eclesiásticos e até os barbeiros, que faziam o trabalho de extração de dentes. Em 1830, como resultado dos protestos realizados pelos cidadãos em relação aos abusos a que a sociedade estava exposta como descuido do cumprimento das formalidades e estatutos da medicina que regiam nos países “cultos”, o Conselho de Higiene Pública realizou um estudo rigoroso dos títulos. Começava, assim, a surgir a preocupação com respeito às pessoas sob as quais estava a responsabilidade da saúde da população (Barrán, 1995).

No século XIX, apesar do surgimento de diferentes faculdades de medicina no continente, seus profissionais não tinham o monopólio do saber científico predominante na Europa. Este era disputado junto a outras concepções: a homeopatia, os saberes populares introduzidos pelos imigrantes espanhóis, portugueses e de outras nacionalidades, as práticas indígenas etc. Dentro desse ambiente, o chamado curanderismo se desenvolveu, existindo em todas as classes sociais e regiões dos diferentes países.

1.4.3. Antecedentes das futuras mudanças no continente

Outro processo do final do século XVIII, que começaram a viver os territórios espanhóis, foi a decadência de sua indústria; esta situação tornava difícil manter o monopólio da metrópole. Como consequência das guerras contra os franceses e contra os ingleses, a metrópole ficou submergida numa profunda crise, que acarretou a impossibilidade de dirigir e guiar suas colônias. Assim, começaram a ganhar espaço o comércio e o contrabando inglês e de outros países europeus, fato este que serviu como porta de entrada para o império inglês nos territórios de seu interesse, disputados com os espanhóis desde muito tempo atrás. Começou, desta forma, a descentralização do poder da coroa espanhola e o predomínio da França e da Inglaterra na América Latina espanhola (Bustamante, 1989).

Neste momento, na escala social da América espanhola existiam claras delimitações devido à miscigenação. A classe alta estava formada pelos espanhóis nascidos na metrópole e trasladados à América, pelos *criollos*¹⁶, seguidos pelos mestiços (mistura de branco e índio), os mulatos (mistura de branco e negro), os zambos (mistura de negro e índio), os índios e, por último, os negros.¹⁷

A este respeito, o Brasil, como colônia portuguesa, seguiu quase todos os lineamentos do resto do continente. Como reflexo da união dinástica entre os reinos de Espanha e Portugal e

¹⁶ Criollo: diz-se de indivíduo de raça branca nascido nas colônias européias de além-mar, particularmente da América.

¹⁷ Dentro da estratificação social latino-americana: os espanhóis controlavam a administração das cidades; os *criollos* eram grandes fazendeiros e pertenciam à 'elite intelectual', os outros grupos eram artesãos, serventes, vagabundos etc.; os índios eram utilizados para trabalho de força, como nas minas, e os negros eram escravos (Chaunu, 1964).

sob a autoridade da casa de Habsburgo (1580-1640), ambas administrações tiveram um desenvolvimento bem semelhante. Podem-se identificar estruturas administrativas com igual funcionamento, como o Conselho de Índias. Uma das características deste país, destacada por alguns historiadores, é o dinamismo que demonstrou ter ao longo do tempo e que se manifestou de diversas formas, entre elas o crescimento demográfico e a resistência aos diferentes ataques estrangeiros (invasões francesas, 1555-1567; invasões holandesas, 1624-1625; etc.). Mas o mais significativo foi a expansão territorial: até o século XVI, o Brasil ocupava o território delimitado pelo Tratado de Tordesillas, um século depois, chegava perto do atual Paraguai e, no final da época da colônia, tinha-se estendido quase até os Andes (Chaunu, 1964).

A sociedade brasileira apresentava claras delimitações na sua estratificação: por um lado, encontravam-se os escravos e, por outro, os chamados “cidadãos livres”; entre estes últimos estava a aristocracia, a burguesia e as classes desvalidas, formadas pelo proletariado (Jacobina, 1988).

Esta realidade, comum tanto na América espanhola quanto na portuguesa, refletia-se também no destino dos doentes mentais; de acordo com a classe social à qual pertenciam, recebiam tratamentos diferenciados. As instituições dedicadas a seus cuidados eram várias: nos territórios espanhóis existiam as chamadas “loquerías” (Mariátegui, 1989), nos territórios portugueses as Santas Casas ou Casas de Misericórdia (Resende, 1997), mas não existiam diferenças no que diz respeito ao trato dado aos doentes. Como espaços comuns a ambos os territórios, estavam as cadeias.

Desta forma, os doentes que não pertenciam às classes abastadas, quando tranquilos, deambulavam pelas ruas, caso contrário, eram levados às cadeias junto aos delinquentes comuns ou às outras instituições. No território correspondente a atual Argentina, por exemplo, os sacerdotes tomavam conta dos doentes mentais da população branca, os curandeiros, dos índios ou negros, e os ricos eram levados para o campo ou ficavam retidos em cômodos fechados (Meyer Dietrich, 1989).

1.4.4. As 'novas' idéias e suas repercussões

Acrescentaram-se à perda do domínio espanhol outras situações que foram importantes para o continente. Em primeiro lugar, a estrutura hierárquica da escala social limitava a ascensão social dos *criollos*. Em segundo lugar, apesar dos esforços realizados pela inquisição de vigiar e censurar o material publicado que chegava, as idéias que predominavam na Europa introduziram-se através dos viajantes. Desta forma, puderam entrar no continente livros ou manuscritos com idéias enciclopedistas, cartesianas e copernicanas, por exemplo (Lewin, 1967). Em terceiro lugar, outro fator importante foi a proclamação dos ideais de independência das treze colônias nos Estados Unidos, que foram olhados com entusiasmo pela elite *criolla* (Chaunu, 1964). Este acúmulo de acontecimentos deixou a Espanha, em relação às colônias, numa situação que se tornava cada vez mais perigosa. A tal ponto chegaram as tensões, que começaram a surgir movimentos contestatários, os quais resultaram nas lutas pela independência¹⁸.

O século XVIII foi muito significativo para Europa e para América Latina. Os novos monarcas da Espanha e a sociedade toda, como outros países e sociedades também, foram influenciados pelo espírito iluminista francês. Desta forma, essas idéias chegaram ao continente americano através de uma série de reformas que poderiam ser consideradas positivas como, por exemplo, uma maior liberdade econômica, que implicou por sua vez certa melhoria do ponto de vista sócio-econômico.

A Espanha permitiu a transmissão e divulgação das idéias em seus territórios, que, inclusive, foram fomentadas através do envio de expedições de vários tipos, basicamente de caráter científico. A ciência era valorada, neste momento, pela utilidade prática, na medicina, nas manufaturas e pela aplicação dos conhecimentos (Gibson, 1976). As cidades começaram a viver uma série de transformações, como o surgimento de novas escolas de medicina e a aparição da iluminação e pavimentação das ruas. Foram várias as portas de entrada destas idéias

¹⁸ O período chamado de Independência pode ser dividido em duas etapas: a primeira, que vai de 1725 até 1780, caracterizada por levantamentos de camponeses e mestiços - os *criollos* ainda apoiavam as metrópoles - que, entretanto, foram todos derrotados. No século XIX começou o segundo período, mas as lutas foram lideradas pelos *criollos*, que, após cuja vitória formaram a elite da sociedade (Plá, 1971).

ao largo do continente: dentre elas, destacaram-se como veículos as publicações, os viajantes, os agentes comerciais, o ensino universitário, as associações ilustradas, os periódicos¹⁹, entre outros. O que caracterizou esse movimento no continente foi o fato de ter ficado restrito à aristocracia e a uma seleta população, não tendo caráter popular como na Europa. Por esse motivo se explicaria, em parte, que os primeiros movimentos revolucionários não tivessem sido apoiados pelas aristocracias; só quando elas se viram afetadas diretamente pelas disposições políticas impostas pela metrópole - estas limitavam as elites desde muitos pontos de vista -, levantaram-se contra o poder colonial.

Entre as idéias que foram introduzidas, encontra-se o positivismo. Segundo alguns autores (Glick, 1989; Ardao, 1963), o positivismo latino-americano foi diferente do originário. Um fator diferencial foi o momento histórico em que fez sua aparição: a América Latina incorporava-se ao mercado capitalista mundial. Desta forma, o positivismo ligou-se ao desenvolvimento político e econômico dos países, mas de forma paralela, sem haver tido contato entre os mesmos; os novos projetos nacionais vincularam-se mais aos modelos europeus que aos vizinhos. O positivismo latino-americano não se constituiu numa ideologia política, mas sim num discurso que orientou várias ideologias. Seu objetivo foi a diagramação da cultura e da sociedade, colocando na sua base o que se entendia por nação. Assim surgiram, nos diferentes países, projetos que tiveram como elementos comuns a ordem e o progresso, o desenvolvimento científico e tecnológico, a expansão econômica, a educação laica e um conceito elitista da organização do saber (Glick, 1989).

Esses acontecimentos iriam se refletir posteriormente no âmbito acadêmico; as faculdades de medicina seriam os centros de discussão dessas idéias. Através da criação das cadeiras de psiquiatria nas distintas faculdades de medicina, começariam a ser introduzidas essas

¹⁹ A modo ilustrativo, Chaunu (1964, p.65) enumera uma série de periódicos que mostram a intensa vida intelectual que vivia a elite latino-americana, a saber: 'Gazeta de Lima' (1743-1767); 'Mercurio y volante con noticias importantes y curiosas sobre varios asuntos de Física y Medicina', do México (1772-1773); 'Telégrafo Mercantil, rural, político, económico e historiográfico del Río de la Plata de Buenos Aires' (1801-1802); 'Diario erudito, económico y comercial de Lima' (1790); 'Mercurio Peruano' (1791-1795), entre outros.

concepções. Surgia, desta forma, a chamada “psiquiatria universitária” no continente latino-americano.

1.4.5. As universidades na América Latina

Para analisar o desenvolvimento da psiquiatria latino-americana como disciplina e como prática, é necessário observar o desenvolvimento de uma terceira instituição transferida da Europa ao continente: a universidade. Na sua história, distinguem-se dois grandes momentos: o primeiro, caracterizado pela fundação das primeiras universidades no continente, estruturadas sob a influência da colonização e, o segundo, pelas universidades criadas após o período da independência.

Durante a época colonial, a coroa espanhola desenvolveu seu próprio processo educativo, que se refletiu na organização de três tipos de estruturas²⁰, das quais a terceira foi a universitária. Apesar de que todas as instituições políticas, administrativas, jurídicas etc. que se constituíram durante a conquista estivessem organizadas à imagem e semelhança da metrópole, no que diz respeito às universidades houve algumas diferenças.

As primeiras universidades européias foram criadas, no século XII, na França, na Itália, na Inglaterra e na Espanha²¹; nesta última, caracterizaram-se por uma estreita conexão à Coroa. O Império Espanhol organizou-se como uma confederação - os outros países eram Estados únicos, centralizados - na qual cada reino tinha ‘sua’ própria universidade, a qual possuía o monopólio do ensino na região. A estrutura interna destas instituições guiou-se pelo modelo da

²⁰ A primeira foram destas estruturas se caracterizava por encontrar-se anexadas aos conventos das ordens religiosas - principalmente franciscanos, dominicanos e agostinos -; as reais, dependentes dos municípios, e, por último, as particulares. Nelas se ensinavam noções de aritmética, gramática e religião, e estavam pensadas apenas para meninos, sendo que a educação escolar para as meninas não existia. A segunda estrutura correspondia ao ensino médio, que era pouco comum, mas preparava os estudantes para cursos superiores; seus programas atendiam fundamentalmente aos estudos de latim, grego, filosofia e artes.

²¹ Essas primeiras universidades foram criadas como escolas nacionais dedicadas ao ensino profissional, tanto nos aspectos eclesiásticos quanto nos governamentais. Seus objetivos corporativos eram defender os interesses gremiais e instaurar um monopólio, em seu benefício, para ensinar e formar os profissionais da sociedade urbana nas especialidades da época - teologia, direito, retórica, artes liberais e ciências - que eram estimadas como as mais apropriadas para o treinamento do clero profissional, dos advogados e dos administradores (Brunner, 1990).

universidade de Bolonha (Itália), unicamente de estudantes; a universidade de maior destaque foi Salamanca. Entre os séculos XV e XVII, a Espanha foi o país com maior número de estudantes, alcançando forte desenvolvimento nas letras e nas artes. No século XVI²², foi criada, sob o modelo parisiense - com base nos colégios -, a universidade de Alcalá de Henares.

As universidades espanholas surgiram através de um aval das autoridades reinantes. Esse aval era outorgado a uma determinada ordem religiosa, ou a várias congregações, que estavam previamente estabelecidas nas cidades. Elas foram-se organizando lentamente, conquistando uma série de direitos, como a aquisição da autonomia, dando início à luta contra os poderes eclesiásticos.

A Espanha foi a única potência colonial que fundou universidades desde o início da conquista. As primeiras fundadas na América Latina foram a Universidade de Santo Domingo (1538), a Real y Pontificia Universidad de México (1551) e a Real y Pontificia Universidad de San Marcos de Lima (1553). O que as distingue das europeias é o fato de serem um produto previamente experimentado e terem surgido diretamente da vontade dos poderes eclesiásticos e reais. Em outras palavras, foram transplantadas por eles de um continente para outro, antecipando-se a qualquer congregação. As universidades de Santo Domingo, Bogotá e Quito foram autorizadas por bulas papais, com um claro caráter missionário. As que pertenciam aos jesuítas, cujo objetivo era realizar uma “conquista espiritual”, organizaram-se sob o modelo de Alcalá, dedicando-se à formação de quadros, verdadeiros “exércitos espirituais”²³ (Steger, 1974). As universidades do México, Lima e Santiago de la Paz surgiram por decretos reais, com caráter imperial e baseadas no modelo de Salamanca (Brunner, 1990).

Durante o período da independência, as universidades passaram por momentos caracterizados por uma série de transformações, fechamentos e posteriores reaberturas, acompanhando o curso dos modelos nacionalistas que surgiam²⁴; também nelas se refletiram as

²² Denominado “Século de Ouro” espanhol.

²³ Um claro exemplo desta concepção foi o Estado jesuíta do Paraguai.

²⁴ A atual estrutura das profissões está vinculada à influência europeia do século XIX. Os diversos modelos não eram homogêneos, mas, de acordo com as épocas, prevalecia uma linha hegemônica, produto de entrecruzamentos e influências recíprocas.

disputas entre os chamados liberais e conservadores. No século XIX, surgiram as universidades de Buenos Aires (1821), Venezuela (1826), Chile (1842), e Uruguai (1860). Estas, junto às anteriormente criadas e neste momento transformadas, tiveram um papel importante na luta pela hegemonia social, política e cultural, formando um setor das elites. Como o movimento pela independência não pretendia modificar a estrutura social existente, as universidades receberam a competência de formar e qualificar a classe dirigente *criolla* para o exercício do poder e continuaram sendo instrumentos da classe dominante (Brunner, 1990: 27).

O positivismo de Comte e Spencer tomou diferentes rumos: enquanto, na Europa, o “positivismo científico fue consecuencia y reflejo del triunfo del pensamiento y de la cultura científica, en América Latina, la cultura científica fue destruida en las guerras de la Independencia [...] el positivismo latinoamericano [la] anticipó y precipitó” (Ardao, 1963).

Nesta matéria, observam-se diferenças entre os territórios conquistados pela Espanha e por Portugal. Nos primeiros, as universidades caracterizaram-se por uma clara influência do modelo francês²⁵. Os elementos mais notórios foram dois: o primeiro diz respeito ao fato de a universidade ser concebida como uma prolongação do Estado; portanto, devia estar estreitamente vinculada ao Governo. O segundo elemento foi estar constituída por quatro ou cinco faculdades relativamente isoladas entre si - Teologia, Leis e Direito, Medicina, Ciências Naturais e Filosofia -, igual à Europa²⁶.

Portugal, desde o final do século XVI, encontrava-se isolado do movimento contra a Escolástica, do qual surgiu a ciência renascentista e, posteriormente, a física newtoniana,

²⁵ Segundo Brunner (1990: 20), deveria-se falar de “gesto napoleônico” em lugar de modelo francês, na medida em que a universidade na América Latina tomou, desse modelo, apenas algumas das suas características: em primeiro lugar, o Estado se encarregou do ensino da nação, assegurando desta forma o objetivo de formar quadros administrativos e profissionais, vigiando assim a educação em todos os níveis. Em segundo lugar, esta instituição formou-se por professores que se constituíam em corporação, gozando assim de uma relativa autonomia dentro do Estado.

²⁶ A diferença entre as universidades européias e as americanas neste momento é a proporção de alunos, fato que se estabeleceu pela demanda; na América Latina, os alunos concentraram-se na faculdade de Leis e Direito - em alguns casos chegaram a representar 75% do total de alunos. Isto explica porque a carreira de advocacia transformou-se no principal canal de socialização e acesso às elites políticas nacionais. No Velho Mundo, a maior concentração foi, na mesma época, em Teologia e Filosofia (Steger, 1974).

transformando-se num dos pilares da Contra-Reforma. Para tal acontecimento, foi decisiva a influência de determinadas ordens religiosas, fundamentalmente os jesuítas, dominicanos e franciscanos. Os primeiros chegaram a ter quase o monopólio do ensino através da Universidade de Coimbra²⁷ e predominaram em todos os setores da vida nacional. Nas suas mãos, esteve a educação das classes dirigentes e abastadas. Tendo os jesuítas o lugar de confesores e diretores espirituais da família real e dos fidalgos, conseguiram moldar os espíritos dos governantes, exercendo uma grande influência na mentalidade nacional desse momento. O objetivo primordial da educação foi sustentar o pensamento da Europa medieval (Paim, 1978).

Os primeiros missionários, que chegaram ao Brasil em 1549, criaram, em 1550, a diocese brasileira de Salvador. As ordens religiosas tentaram organizar um sistema de ensino superior baseado nos “colégios”. Em meados do século XVIII, eles se espalhavam por todo o território. Com a primazia da ordem jesuítica na metrópole, estas instituições guiaram-se pelo modelo do Real Colégio das Artes de Coimbra. O monopólio dos colégios portugueses transformou os brasileiros em ‘sucursais’; assim, os únicos estudos aprovados na colônia eram os prévios à educação universitária; a graduação acadêmica apenas podia ser obtida na metrópole²⁸ (Steger, 1974).

Com a mudança da corte para o Brasil (1808), chegaram as idéias reformistas da nova Universidade de Coimbra, que tinha sofrido uma transformação radical a partir do governo do Marquês de Pombal²⁹ (1755-1777). A expulsão dos jesuítas gerou um vazio nas estruturas

²⁷ Esta universidade foi fundada em 1290, em Lisboa, e transferida para Coimbra, em 1308. Sua organização realizou-se sob as orientações jurídicas francesas e italianas, facilitada pela origem francesa da primeira dinastia portuguesa. Posteriormente, foi levada novamente a Lisboa, e transferida mais uma vez, em 1537, para Coimbra. A partir desse momento, começou um período de dois séculos de domínio jesuíta, caracterizado pelo isolamento da influência do pensamento intelectual e científico do resto da Europa. Os jesuítas alcançaram o controle do Colégio das Artes, instaurando a obrigatoriedade dele para todo aquele que quisesse cursar leis e cânones. A situação modificou-se em 1759, quando os jesuítas foram expulsos das colônias e do próprio país de Portugal (Carvalho, 1981).

²⁸ G. Freyre (1998) descreve, na primeira época da monarquia liberal brasileira, o papel da educação universitária. Segundo o autor, o período do Império caracterizou-se pelo surgimento de duas forças relacionadas entre si, os bacharéis e os mulatos. Os filhos e netos dos novos ricos se assimilavam à cultura dominante através dos estudos na Europa: foi através da formação universitária, quando possível realizada em Coimbra, Montpellier e Paris, que o mulato foi considerado “socialmente branco”.

²⁹ Os primeiros antecedentes sobre a aproximação de Portugal ao pensamento moderno europeu, localizaram-se na Academia dos Ericieira. Os Ericieira eram uma família nobre, rica e influente na Corte

educativas; a solução encontrada implicou, como uma das primeiras medidas, a fundação de escolas dedicadas à formação das promoções que se desenvolveriam na administração, no exército, na economia e nas instituições sanitárias. Antes que o Rei desembarcasse no Rio, foi firmado um documento aprovando a fundação da Academia de Cirurgia da Bahia; tempos depois, fundaram-se a Academia de Marina, a Escola de Economia da Bahia, a de Anatomia e a de Ginecologia. Paralelamente foram organizados o Museu Nacional, o Jardim Botânico e a Academia de Belas Artes; todas estas instituições transformaram-se em escolas profissionais superiores (Steger, 1974). A política do governo português foi a não permissão ou instalação de estabelecimentos universitários nas colônias. Em 1827, foram criados dois cursos de direito, em São Paulo e Olinda, e organizou-se uma Escola de Farmácia em Ouro Preto (1839).

No Brasil imperial, a educação era um distintivo da elite política, e a Universidade de Coimbra outorgou-lhe a homogeneidade ideológica necessária para as tarefas de construção do poder. Ela foi eficaz ao evitar um contato mais intenso de seus estudantes com o Iluminismo francês, que se revelava politicamente perigoso³⁰.

portuguesa; o Conde D. Francisco Xavier de Menezes (1673-1743) empreendeu várias mudanças no sentido de restabelecer o contato com a cultura européia contemporânea. De sua iniciativa surgiu uma instituição equivalente às Academias de Ciências de outros países. À influência exercida por ela adjudica-se parte da responsabilidade da queda do monopólio do ensino dos jesuítas, efetivado em 1745.

Sebastião José de Carvalho e Melo, Marquês de Pombal, aluno da Academia dos Erciceira, criou em 1761, o Colégio dos Nobres, cujo objetivo primordial, além do ensino das humanidades, era dar aos alunos uma estrita formação científica através da matemática, da física e das ciências aplicadas. Para isto, foram contratados professores e importados materiais da França e da Inglaterra. Essa instituição seria a base da futura Escola Politécnica, mas dez anos mais tarde transformaria-se numa universidade. A obra mais importante deste governante foi a reforma da Universidade de Coimbra. A partir dela, destacaram-se dois novos estabelecimentos na metrópole: por um lado, as Faculdades de Matemática e, por outro, as de Filosofia. Esta última disciplina era concebida como “filosofia natural”, equiparada à ciência aplicada. Seus cursos formaram pesquisadores de recursos naturais, botânicos, mineralogistas etc., em outras palavras, pessoas capazes de identificar e explorar as riquezas das colônias, que enriqueciam o Reino, fundamentalmente no território brasileiro. O objetivo fundamental deste governo foi difundir a idéia de que a ciência aplicada era o meio para a conquista da riqueza do Estado ou da Nação. Dentre os nove princípios pombalinos, o terceiro diz respeito à formação de uma elite profissional liberal que fosse capaz de desempenhar todas as tarefas requeridas pelo comércio e pela construção (Paim, 1978).

³⁰ O Brasil já tinha experimentado isto através de alguns brasileiros, principalmente padres, médicos e maçons, formados na França e na Inglaterra entre 1777 e 1824, que se envolveram em movimentos políticos radicais (Carvalho, 1981).

A partir da Independência - 1822 -, observa-se um corte radical em duas gerações distintas de políticos, uma formada em Portugal (Coimbra) e a outra no Brasil (São Paulo e Olinda/Recife). A primeira, no nível parlamentar, representava 62% do total. A segunda teve acesso ao Senado apenas a partir de 1840 (Carvalho, 1981). Isto se refletiu na discussão sobre a criação das escolas; os regionalismos estiveram presentes durante os debates parlamentares de 1823 e 1826. A pressão exercida pelas províncias de maior destaque nessa época não permitiu a organização de uma única escola ou universidade na capital. Como já estavam criadas as escolas de Medicina do Rio e Bahia e também a Escola Militar carioca, a discussão centralizou-se na criação de escolas de Direito.

As universidades no Brasil surgiram no início do século XX. A primeira foi a Universidade de Rio de Janeiro (1920) - posteriormente reconhecida como Pontifícia - e depois em Minas Gerais, em 1927; em 1945, existiam cinco universidades no país (Brunner, 1990: 27).

Neste novo período, e como reflexo das mudanças vividas na Europa, a medicina deixou de ser uma prática extra hospitalar e extra universitária, incorporando-se ao saber científico. Desta forma, as ordens religiosas que dirigiam os hospitais passaram a ser substituídas pelos médicos. O alienismo começava a surgir sob a forma de diferentes departamentos ou cadeiras.

2. A assistência psiquiátrica na América Latina em um passado recente

2.1 O desenvolvimento do alienismo na Europa

Antes de considerar as conseqüências ou reflexos dos acontecimentos descritos até este momento, na América do Sul, é necessário prestar atenção a alguns momentos históricos da psiquiatria européia.

Existe, nas publicações de história da psiquiatria³¹, um consenso quase absoluto no que diz respeito ao nascimento desta disciplina e ao surgimento das instituições para os doentes mentais. Estes fatos são apresentados como surgidos no século XVIII, na Europa, basicamente

³¹ A respeito da história da psiquiatria, ver Castel (1978); Pichot (1983); Bercherie (1989).

na França, na Inglaterra e na Itália. Alguns nomes que se destacaram nestes países foram Pinel, Tuke e Chiaruggi, respectivamente.

Mas, segundo registros históricos (Viqueira, 1970), as origens dos hospitais psiquiátricos encontraram-se na Europa, mais precisamente na Espanha, a partir do século XV, como foi apresentado no capítulo anterior. Na maioria dos países ocidentais existia uma mistura de confusão e ignorância a respeito da alienação mental; a medicina, segundo Foucault (1967), era um “espaço quimérico” onde conviviam saberes religiosos ou consuetudinários que dominavam uma atividade provavelmente diferenciada de certos rituais ou mitos. Como a desrazão era um aspecto do indivíduo que não podia ser explicado cientificamente - o louco era “um cérebro tão perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bília” (Foucault, 1967: 45) - foi deixada de lado, ignorada.

Na França do século XVII também existiam alguns pavilhões nos hospitais gerais dedicados aos alienados. A fundação de hospitais especializados para esses doentes esteve sob a responsabilidade da Ordem de San Juan de Dios, estabelecida a partir de 1601. As instituições mais conhecidas desta ordem localizaram-se em Charenton e Senlis, criadas sob o reinado de Luis XIV. O primeiro hospital surgiu sob a proteção da rainha Maria de Médicis, em 1603, e Enrique IV batizou-o com o nome de “Hospital de Caridad”. Ele contava com um noviciado, em que os postulantes eram formados em teologia, letras, medicina, cirurgia, farmácia, administração e governo dos hospitais. Ambas as instituições foram fechadas durante a Revolução Francesa, que impediu também a continuação do trabalho dessa ordem. Assim, a maioria dos alienados foram trasladados a Bicêtre e La Salpêtrière, que acarretou a piora da situação dos hospitais (Viqueira, 1970), pois estes últimos eram espaços onde se misturavam a assistência pública, o acolhimento, a correção e a reclusão.

Quando o diretor do Hospício Nacional de Mulheres da França, Philippe Pinel, voltou de sua viagem pela Espanha, tomou a iniciativa de fomentar a experiência que se estava desenvolvendo nesse país. Através de sua descrição, no livro “*Traité Médico-Philosophique sur L’Aliénation Mentale*”, fica claro seu pensamento a esse respeito:

“Le retour des aliénés convalescens à leurs goût primitifs, à l’exercice de leur profession, leur zèle et leur persévérance, ont été toujours pour moi le sujet d’un bon augure solide.

Mais nous avons encore à envier à une nation voisine de la nôtre un exemple qu'on ne sauroit trop faire connoître: cet exemple, ce n'est point l'Angleterre ni l'Allemagne qui le donne, c'est l'Espagne. Dans une de ses villes (Saragosse) existe un asyle ouvert aux malades, et sur-tout aux aliénés de tous les pays, de tous les gouvernemens, de tous les cultes, avec cette inscription simple: *Urbis et Orbis*. Un travail mécanique n'a point été seul l'objet de la sollicitude des fondateurs de cet établissement; ils ont voulu retrouver une sorte de contrepoids aux égaremens de l'esprit, par l'attrait et le charme qu'inspire la culture des champs, par l'instinct naturel qui porte l'homme à féconder la terre et à pourvoir ainsi à ses besoins, par les fruits de son industrie. Dès le matin on les voit, les uns remplir les offices serviles de la maison, certains se rendre dans leurs ateliers respectifs, les plus grand nombre se diviser en diverses bandes, sous la conduit de quelques surveillans intelligens et éclairés, se repandre avec gaieté dans le diverses parties d'un vaste enclos dépendant de l'hospice, se partager avec une sorte d'émulation les travaux relatifs aux saisons, cultiver le froment, les légumes, les plantes potagères, s'occuper tour-à-tour de la moisson, du treillage, des vendanges, de la cueillete des olives, et retrouver le soir dans leur asyle solitaire le calme et un sommeil tranquille. L'expérience la plus constante a appris dans cet hospice que c'est là le moyen le plus sûr et le plus efficace d'être rendu à la raison; et que les nobles, qui repoussent avec mépris et hauteur toute idée d'un travail mécanique, ont aussi le triste avantage de perpétuer leurs écarts insensés et leur lélire." (Pinel, 1809: 225-226)³²

Para Pinel, as pessoas enlouqueciam pelos poderes da sociedade: a agressividade, a competitividade, a vaidade, o orgulho etc. (Roar, 1991). Por esses motivos, os pacientes precisavam ficar isolados do ambiente em que viviam, longe de qualquer influência, incluindo as

³² "O retorno dos alienados convalescentes a seus gostos primitivos, ao exercício de sua profissão, a seu zelo e perseverança, tem tido sempre para mim o sinal de um bom augúrio e da esperança mais fundada numa sólida recuperação. Temos que invejar, numa nação vizinha, um exemplo que deve ser conhecido. Este exemplo não é nem a Inglaterra nem a Alemanha que nos dão: é a Espanha. Numa vila deste reino (Saragoça), existe um asilo aberto aos doentes e, sobretudo, aos alienados de todos os países, de todos os governos, de todos os cultos, com esta simples inscrição: *Urbis et Orbis*. Um trabalho mecânico não tem sido o objeto da preocupação dos fundadores deste estabelecimento. Eles quiseram encontrar uma espécie de contrapeso aos desarranjos do espírito através do atrativo e encanto que inspira o cultivo dos campos, pelo instinto natural que leva ao homem a fecundar a terra e a prover suas necessidades com os frutos do seu trabalho. Desde cedo se vê que alguns executam as tarefas domésticas, e outros se dirigem a seus respectivos trabalhos; a grande maioria se divide em grupos sob a supervisão de alguns vigilantes inteligentes e esclarecidos, dispersa-se com alegria por um vasto prédio dependente do hospício, repartindo-se como em uma espécie de simulação dos trabalhos relativos às colheitas e cultivos dos olivais, para reencontrar, à noite, a calma e um sono tranqüilo, em seu asilo solitário. A experiência mais constante tem ensinado neste hospital que ai está o meio mais seguro e mais eficaz para recuperação da razão, e que os nobres, que rejeitam com desprezo e altivez toda idéia de realizar um trabalho mecânico, têm também o triste privilégio de perpetuar seus desvarios sem sentido e seu delírio." (Tradução da autora)

famílias. Esta é uma diferença em relação ao tratamento seguido pelos hospitais na Espanha; aí existia no regulamento de alguns hospitais a obrigatoriedade de avisar aos parentes para que os visitassem.

O ambiente onde se estudaram as doenças mentais - os hospitais psiquiátricos caracterizados por uma pequena sociedade dedicada ao melhoramento através da comodidade, da limpeza, do trabalho etc. - foi então reproduzido na França e disseminou-se pelo resto da Europa.

O método terapêutico utilizado por Pinel foi o tratamento moral, caracterizado por ele da seguinte forma: “Hay que procurar no confundir las discusiones metafísicas o ciertas divagaciones de la ideología con una ciencia consistente en hechos observados con rigor” (Pichot, 1983: 12). Esta afirmação baseava-se na busca de uma cientificidade para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tendo como referência que “o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade” (Bercherie, 1989: 31). Portanto, o doente não era um possuído, nem estava totalmente desprovido de raciocínio. Sua razão não se tinha destruído por completo pela anarquia das paixões; em consequência, era uma pessoa tratável. Assim, o louco passou a ser um alienado mental.

Os elementos que guiaram o tratamento moral foram vários: eliminar os castigos físicos - a restrição física era usada só no caso de algum paciente tentar ferir outra pessoa ou a si mesmo; minimizar o estigma social através da criação de um ambiente familiar, que se tentou recrear através da convivência dos pacientes com o pessoal que deles cuidava, os quais residiam nos asilos e almoçavam no mesmo lugar com os pacientes etc.; fazer com que os alienados tivessem uma atividade constante, trabalhando permanentemente; mantê-los em lugares limpos e saudáveis, e mudar o caráter das inspeções dos estabelecimentos, no sentido de serem abertas e públicas. (Rayan, 1981)

Este acontecimento não ocorreu de forma isolada, mas formou parte de um movimento mais amplo na história da Europa. A partir do século XVIII, ela começou a viver um período revolucionário, no qual se modifica a forma de conceber o mundo e, dentro dele, ao homem, nos diferentes relacionamentos, delimitando-se também uma nova forma de conceber

determinados fatos: os anteriores a esse momento seriam considerados antigos e os posteriores, novos, isto é, “modernos”. Em tal sentido, a Revolução Francesa abriu passo a uma série de paradigmas nas diferentes áreas do conhecimento da época (Roar, 1991).

Com o rumo que tinham tomado as ciências clínicas, a partir da filosofia (racionalismo cartesiano), começaram a aparecer as primeiras observações sistemáticas das ações terapêuticas e as diferentes classificações das doenças. Os hospitais começaram a ter uma função médica, deixando, progressivamente, de serem abrigos espirituais para moribundos; criaram-se as primeiras cadeiras e instituições clínicas. Nesse mesmo período, a exclusão indiscriminada de desadaptados sociais, entre eles os doentes mentais, era muito difundida no meio europeu (Foucault, 1967). Foi dentro deste movimento crítico e deste contexto histórico, sob os princípios de igualdade, fraternidade e progresso, que começou a luta pela libertação dos doentes mentais das correntes, literais e figurativas, surgindo a “primeira revolução psiquiátrica” (Porter, 1989). Dentro desta lógica, pode-se dizer que Pinel, com sua formação médica, filosófica, matemática e enciclopedista, resgatou a tradição humanitária espanhola do século XV, modificando alguns aspectos do tratamento utilizado na cura dos dementes. Assim, a loucura passou a ser um objeto de estudo também da medicina e não apenas da filosofia, difundindo-se em todo ocidente.

O tratamento moral foi substituído, aos poucos, por um novo conceito de alienação mental, que apareceu com Bayle, em 1822, baseado na concepção de sintoma, perfeitamente definível pelo modelo anátomo-clínico. Começou, desta forma, o desenvolvimento do alienismo como disciplina que lutava pelo reconhecimento científico da época. Tempo depois, com Morel, apareceu o estudo do papel dos fatores hereditários na psiquiatria - base da teoria da degenerescência -, ocasionando uma reviravolta no conhecimento da alienação mental, no sentido de reconduzir esta à metafísica, à teologia, à filosofia etc., já que o biológico era a sede da degeneração espiritual. Morel também questionou a eficácia do tratamento moral, devido à superlotação dos hospitais psiquiátricos. Incrementou-se, assim, o temor da periculosidade do doente mental num momento de grande divulgação da teoria darwiniana. A interpretação que se tomou desta teoria foi que a natureza eliminava os indivíduos defeituosos da raça humana (Rayan, 1981). Ficou assim “legitimada” a exclusão social do doente mental, ganhando espaço o

modelo custodial. Desta forma, o asilo deixou de servir apenas para isolamento terapêutico - no sentido pineliano -, e passou também a ser um lugar de prevenção de novos degenerados. Como consequência disso, era melhor, para a sociedade e para eles, que ficassem confinados e não voltassem à comunidade.

Esse processo acompanhou e incorporou, paralelamente, as descobertas das outras disciplinas médicas; os achados de Pasteur foram revolucionários, como também os progressos alcançados na cirurgia, na microbiologia e na neurologia. Esta última foi fundamental para que a psiquiatria fosse reconhecida como entidade médica. Neste contexto, Morel foi considerado por Jaspers o pai da noção de endogenismo, incorporando-se então a psiquiatria à ciência positivista (Pichot, 1983).

Em 1880, uma outra escola se opôs à reconhecida escola francesa e conseguiu o primeiro lugar na Europa: a escola alemã. Um possível motivo seria a disseminação de clínicas universitárias - dotadas de bons recursos humanos e materiais - nos países de língua germana. Destacaram-se Griesinger, Kahlbaum e, posteriormente, Kraepelin; o primeiro fechou um período caracterizado pela especulação, atribuindo um espaço fundamental à anatomia patológica do sistema nervoso: doença mental passou a equivaler a doença cerebral (Pichot, 1983). Como não era possível demonstrar a base da lesão cerebral da maioria dos síndromes comportamentais, sob essa falha o segundo apresentou o estudo longitudinal da doença; o mesmo aconteceu na França com Farlet (Pichot, 1986).

Emil Kraepelin assentou as bases da psiquiatria clínica moderna, colocando esta disciplina dentro dos moldes da medicina científico-natural, através da fundação de uma sistemática nosológica que substituiu a anterior. Além disso, adotou uma classificação que considerou toda a evolução da doença, desde os inícios da sintomatologia, passando pelo seu curso até seu término. Daí em diante, as escolas predominantes no campo da medicina e da psiquiatria utilizaram essa nosografia, postulando entidades psíquicas sistematizadas como doenças autônomas. (Pichot, 1983)

O otimismo que marcou o início do século XIX se transformou progressivamente em pessimismo e niilismo terapêutico. A psiquiatria se desenvolvia, exclusivamente, dentro dos hospitais psiquiátricos, isolando-se do resto da medicina e da sociedade. Interessava-se mais

pelas doenças que pelos doentes, suas peculiaridades e idiossincrasias, centrando-se no aprofundamento do conhecimento das doenças e não na cura delas. Isto ficou em evidência através do divórcio entre o saber e a terapia e da superlotação dos hospitais - consequência da baixa recuperação dos pacientes.

Neste momento, a definição do objeto de estudo da psiquiatria não se tinha modificado, ainda se falava de alienação mental. Os sujeitos portadores dela caracterizavam-se por uma patologia - nos seus comportamentos - que justificava sua hospitalização nos asilos. Assim, as grandes psicoses, junto com as grandes manifestações degenerativas e psicopáticas - todas aquelas doenças nas quais se aplicava o modelo clínico-biológico - foram objeto de estudo dentro dos hospitais psiquiátricos. (Pichot, 1986)

Ainda nesse período se assistiu ao surgimento de um novo fenômeno dentro da psiquiatria: o nascimento da psicopatologia das neuroses, com Charcot na Salpêtrière. Isto significou a ampliação da competência dos alienistas nos transtornos mentais menores, aqueles que faziam sofrer ao indivíduo e/ou à sociedade, mas cujas consequências não justificavam a internação da pessoa. Estes transtornos eram tratados pela medicina geral; com o surgimento da neurologia, foram estes especialistas os que se dedicaram ao estudo das “doenças dos nervos”. Já em 1920, os tratados de psiquiatria apresentavam capítulos dedicados às neuroses e aos transtornos da personalidade. (Pichot, 1986)

Na virada do século XX, em Viena, começava a surgir uma outra linha de pensamento, que lentamente ganhou espaço na Europa e que iria se opor à postura organicista dominante na época: a psicanálise de Freud. Ela levantou as seguintes questões: por um lado, a marcada separação entre o sadio e o patológico (Freud, 1975) e, por outro, a influência do psíquico no físico. A consequência mais direta foi a redefinição do objeto de estudo da psiquiatria: até esse momento, o sintoma físico legitimava a existência da doença mental. A partir da proposta da psicanálise, começou-se a considerar a angústia como sintoma para tratar estados que até então eram dados como normais. Em geral, neste momento, identifica-se a segunda revolução psiquiátrica.

Juntaram-se à proposta da psicanálise as críticas aos maus tratos e às péssimas condições de vida nas instituições de um grande movimento que abrangeu os Estados Unidos e a Europa,

a Higiene Mental. Ele nasceu em New Haven (Connecticut, Estados Unidos) e foi dirigido por um ex-paciente psiquiátrico, Clifford Whitinghan Beers (1876-1943), atingindo caráter nacional em 1909 e conseguindo reformas legislativas e administrativas em favor dos doentes mentais. Beers viajou pela Europa dando continuidade a seu trabalho; criou, em 1928, uma fundação para arrecadar fundos e conseguiu organizar dois congressos internacionais. Em 1930, mais de cinquenta países pertenciam a essa organização, entre eles, muitos sul-americanos. A partir desse ano, o conceito de higiene mental foi substituído pelo conceito de saúde mental, incluindo a promoção e a prevenção das doenças mentais (Mariátegui, 1987).

Com a primeira guerra mundial, os âmbitos científico e técnico não se modificaram muito. A Alemanha manteve a primazia frente à França no que diz respeito à organização científica, tomando uma iniciativa na área da psiquiatria que teria suas repercussões vários anos depois: a criação de um instituto de investigação clínica, autônomo e independente da cadeira de psiquiatria, a pedido de Kraepelin³³. Para ele, a pesquisa clínica tinha igual importância que a pesquisa teórica e, com base nesta idéia, em 1917 criou-se em Munique o Instituto Alemão de Pesquisas Psiquiátricas (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie). Em 1924, esse instituto estava integrado ao atual centro de pesquisa Max-Planck-Gesellschaft; três anos depois, com ajuda da Fundação Rockefeller, instalou-se em locais independentes (Pichot, 1983).

Esses antecedentes, junto à inquietude de mudanças nas perspectivas sociais da psiquiatria, originaram um movimento que atingiu outros países. Um exemplo disso foi a abertura do Maudsley Hospital³⁴, na Inglaterra (1923); seu diretor naquele momento, Edward

³³ No final do século XIX e começo do XX, já existia uma preocupação sobre a relação estabelecida entre doente mental e seu encerramento nos asilos.

Em 1899, o Dr. Edouard Toulouse - psiquiatra francês - reclamava pela necessidade da criação de um prédio especial para convalescentes, em particular enfermos agudos, cujos transtornos não justificavam uma internação prolongada. Em 1920, criou-se o Comitê de Higiene Mental na França, e um ano depois foi criado um serviço aberto para pacientes psicopatas em Paris. O Dr. Toulouse, em 1936, realizou um informe onde recomendava a implementação desses serviços nas proximidades de todos os hospitais psiquiátricos do país (Pichot, 1983).

³⁴ O hospital leva o nome de um dos líderes mais importantes da psiquiatria britânica, Henry Maudsley, que foi o precursor do centro de pesquisas e de ensino especializado de pós-graduação. Seu aporte na normatização acadêmica e profissional da disciplina psiquiátrica foi fundamental (Infante, 1980).

Mapother, teve como objetivo combinar as funções da cadeira de psiquiatria e o Forschungsanstalt de Munique (Pichot, 1983)³⁵.

Na América do Norte, além de surgir a Higiene Mental, começavam a se organizar mudanças importantes. Os Estados Unidos passaram por uma grande transformação no sistema de ensino universitário; Adolf Mayer, docente na Johns Hopkins de 1909 até 1941, foi seu mentor e promotor. Ele foi considerado o criador do ensino de pós-graduação nesse país, ao assentar as bases da expansão da psiquiatria norte-americana logo após a Segunda Grande Guerra (Pichot, 1983).

A década de 30 foi marcante para o mundo inteiro. Hitler assumiu o poder em Berlim e sucederam-se alguns episódios, no âmbito da psiquiatria, que iriam influenciar muito as mudanças na perspectiva da assistência aos doentes mentais no mundo nos anos posteriores. A partir de então, ditaram-se várias leis na Alemanha: uma delas proclamava a esterilização obrigatória dos doentes mentais³⁶, outra referia-se à obrigatoriedade de informar sobre os neonatos mal formados, outra dizia respeito à introdução na esfera pública de funcionários arianos etc. As conseqüências desta última implicaram a expulsão de alguns colaboradores das clínicas universitárias e do centro de psicopatologia alemão; portanto, também a pesquisa foi afetada de forma considerável.

Outra área do conhecimento que foi afetada pela doutrina nazista foi a Psicanálise³⁷. As publicações de Freud foram queimadas, nesse mesmo ano, numa praça pública, e a Sociedade

³⁵ A partir de 1924, o Maudsley Hospital foi autorizado pela Universidade de Londres a outorgar um diploma de especialização em psiquiatria. Desta forma, e ao longo do tempo, esse hospital foi se especializando na pesquisa e no ensino da psiquiatria na Grã Bretanha (Pichot, 1983).

³⁶ Registros históricos fornecem as seguintes informações sobre a lei de esterilização: esta devia ser aplicada aos doentes mentais que apresentavam debilidade mental congênita, esquizofrenia, loucura circular, epilepsia hereditária, pronunciadas malformações etc. Em 1935, promulgou-se uma outra lei chamada 'Lei de Proteção da Saúde Hereditária do Povo Alemão'. A operação, chamada T4, levada a cabo em 1940, formava parte de um projeto que pretendeu transformar-se em lei, e tinha como objetivo a destruição das vidas "indignas" de serem vividas. Este projeto foi posteriormente a base do extermínio dos judeus nos campos de concentração. O projeto de lei não foi promulgado, mas suas conseqüências acarretaram 80.000 vítimas (Pichot, 1983).

³⁷ No começo do século XX - 1908 - teve lugar, em Salzburgo, uma reunião em prol da psicologia freudiana, com 42 participantes, representantes de seis países. Depois disto, realizaram-se vários

Alemã de Psicoterapia ficou na mira do Estado nazista, o que provocou a renúncia de seu presidente, Kretschmer. A saída de Freud para Londres marcou a definitiva desapareção do movimento psicanalítico dos países de língua germânica; uma progressiva migração de psicanalistas e cientistas judeus teve lugar a partir deste momento³⁸.

Esta etapa de desenvolvimento da psiquiatria se caracterizou também pela criação de vários centros de investigações³⁹ na área médica; uma das instituições que mais fortaleceu isto foi a *Rockefeller Foundation*, que anos depois teria um papel de destaque na América Latina (Vessuri, 1998). Todas essas mudanças tiveram profundas influências no desenvolvimento da psiquiatria no continente sul-americano, e a porta de entrada delas, basicamente, foram as universidades.

2.2 O alienismo como uma “nova” forma de assistência no continente sul-americano

Observando-se o conjunto dos processos mencionados anteriormente, pode-se destacar que América Latina se tornou independente das metrópoles, mas a estrutura social e política desse momento, junto com a “nova” concepção de universidade, interjogava com outro tipo de dependência, mais sutil, mas que reafirmava a hegemonia do pensamento e costumes europeus no continente: o ideário da Revolução Francesa, como também de outros pensadores ocidentais que exerceram influência nas elites latino-americanas, provocando uma europeização das classes dirigentes, no sentido de manter o *status quo* reinante. Por esse motivo, não se pode falar de revolução na América Latina.

congressos internacionais: 1910, em Nuremberg, 1911, em Weimar e 1913, em Munique; durante a guerra, foram celebrados mais dois congressos: 1914, em Dresden e 1918, em Budapest (Pichot, 1983).

³⁸ Alguns exemplos de cientistas e psicanalistas que tiveram que sair da Alemanha por serem judeus são: entre os primeiros, o clínico Mayer-Gross e o anátomo-patólogo Eric Guttmann, que foram a Londres e incorporaram-se ao Maudsley Hospital, o genetista Franz Kallmann, que foi recebido na Universidade de Nova Iorque; entre os segundos, Franz Alexander, Sandor Rado, Melanie Klein e Karen Horney, que, entre outros, foram para os Estados Unidos e Inglaterra (Pichot, 1983). Desta forma, a América passou a ser um importante centro de desenvolvimento da psicanálise.

³⁹ Nos países industrializados apareceram, por exemplo, os *National Institutes of Mental Health* - Estados Unidos; o *Medical Research Council* - Grã-Bretanha - e o *Institut National de la Santé et de la Recherche Médical* - França (Pichot, 1983).

Alcançada a independência, estabeleceu-se uma estrutura instável, nos aspectos sociais e econômicos, que apresentou dificuldades no desenvolvimento autônomo nos diferentes países. Na virada do século XX, surgiu um pacto social dominante baseado na hegemonia política de uma minoria privilegiada, que fomentou uma distribuição desigual da riqueza, presente até nossos dias (Herrera e col., 1994).

Conforme surgiam algumas universidades e a medicina se incorporava a elas, instalavam-se as primeiras cadeiras de psiquiatria.⁴⁰ A aparição delas seguiu a seguinte ordem cronológica: na Argentina, os estudos começaram em 1821, sendo seus maiores representantes os médicos Cosme Argerich e J.M Fernández de Agüero (Meyer Dietrich, 1989). No Brasil, o ensino da psiquiatria existiu desde 1832 nas Faculdades de Rio de Janeiro e Bahia, mas, junto à criação das faculdades de medicina, inauguraram-se as cadeiras de Psiquiatria e Doenças Nervosas (Delgado & Trelles, 1939). No Chile, a especialidade iniciou-se com um argentino, Ramón Elguero e, em 1891, foi designado para ministrar essas aulas Augusto Orrego Lucio, de origem chilena (Medina, 1989); no Equador, destacou-se Julio Endasa na clínica psiquiátrica (Delgado & Trelles, 1939). Na Bolívia, inaugurou-se, em 1898, com Nicolás Ortiz, um curso de psiquiatria na Faculdade de Medicina (Delgado & Trelles, 1939). No Paraguai, criou-se a cadeira com o Dr. Vasconcellos; no Uruguai, a cátedra foi criada, em 1912, com Bernardo Etchepare na sua direção, e no Perú com o Dr. Valdizán, em 1916.

Alguns desses profissionais foram se formar e treinar nos grandes centros de produção do conhecimento científico europeu. Desta forma, introduziram-se as idéias e o tratamento utilizado, três séculos antes, por um dos países conquistadores do continente - Espanha -, mas dentro de um contexto "científico". Claros exemplos disso foram o primeiro alienista venezuelano - Dr. Rafael González -, que cursou na França a disciplina de Patologia Mental (Ibáñez, 1986); a contratação de um psiquiatra francês - Lorenzo Sazié - para ministrar aulas na Faculdade de Medicina no Chile (Pallavacini, 1993); no Uruguai, o Dr. Santín Carlos Rossi -

⁴⁰ Para aprofundar o tema do desenvolvimento paralelo, mas não por isso sem relação, dos modelos nacionais e da assistência aos doentes mentais em alguns países sul-americanos, logo após o período da independência, ver Delgado & Trelles (1939), Oddone (1966), Meyer Dietrich (1987; 1989), Resende (1997), Mariátegui (1989), Martins (1989), Balbo (1991), Bastos (1993), Barrán (1995).

fundador da primeira Colônia de Alienados - que se formou na França para voltar a lecionar na faculdade (Murguía, 1989).

Nas primeiras décadas do século XX, começou a surgir o interesse dos alienistas europeus por conhecer as tendências da disciplina no continente latino-americano. O resultado disto foi um artigo publicado por dois profissionais peruanos, Honorio Delgado e J. Oscar Trelles, em 1939. A intenção da revista (*Annales Médico-Psychologiques*) era identificar e divulgar as tendências da psiquiatria contemporânea no nível internacional.

Já nesse momento destacavam-se diferenças no nível de desenvolvimento da psiquiatria nos países sul-americanos, tanto entre eles quanto no interior dos mesmos. Chama a atenção a vigência que têm, ainda hoje, alguns elementos que se mencionam, como a falta de comunicação entre diferentes regiões de um mesmo país em relação à organização da psiquiatria, a distribuição desigual dos profissionais (maior concentração nas grandes cidades), a baixa proporção deles por habitantes, a necessidade de dar uma maior importância às atividades dos psiquiatras por parte das autoridades oficiais etc.

A qualidade da psiquiatria é descrita como tendo ganhado espaços progressivamente e nutrindo-se dos benefícios e progressos das novas tendências, refletindo-se nas atividades das sociedades científicas (reuniões periódicas e publicações de trabalhos); porém, os autores afirmam que

“D’une manière générale on peut dire que, malgré les efforts louables de quelques beaux esprits, la plupart des travaux sont le reflet des courants scientifiques et des préoccupations des savants d’Europe et que tous en sont nettement influencés. Dans ce sens, on peut affirmer qu’il n’existe pas une science psychiatrique particulièrement sud-américaine.” (Delgado & Trelles, 1939: 567)⁴¹

Neste trecho, e ao longo de todo o artigo, fica em evidência a clara influência européia no continente, principalmente das escolas francesa, alemã, inglesa e italiana, em menor grau. A

⁴¹ “De manera geral pode-se dizer que, não obstante os esforços de alguns bons espíritos, a maioria dos trabalhos são um reflexo das correntes científicas e das preocupações dos sábios da Europa, pelos quais são claramente influenciados. Neste sentido, nós podemos afirmar que não existe uma ciência psiquiátrica particularmente sul-americana”. (Tradução da autora)

partir da segunda metade do século, as tendências norte-americanas e sua concepção de higiene mental começavam a ganhar, lentamente, espaço.

Neste contexto, e sob estas concepções, estabeleceram-se as bases de uma assistência estruturada no clássico macro-hospital. Esse modelo predominou, sem ser questionado, até a metade do presente século. A partir desse momento surgiram uma série de acontecimentos que modificariam substancialmente o campo da saúde e da psiquiatria em particular, nos diferentes países e regiões. Essas mudanças são abordadas e analisadas, de forma geral, no próximo capítulo.

Capítulo II

AS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS COMO NOVO PARADIGMA DA PSIQUIATRIA

Introdução

Neste capítulo são tratadas algumas mudanças na assistência psiquiátrica no nível internacional - basicamente a partir da Segunda Grande Guerra - que determinaram várias transformações importantes na área. Entre elas, houve um redimensionamento do clássico hospital psiquiátrico e sua descentralização do foco da assistência, criando-se simultânea e paralelamente novos serviços assistenciais, que em conjunto passaram a conformar o que se chamou rede assistencial. Dessa forma, outras estruturas existentes passaram a ocupar um novo lugar dentro da rede: os hospitais gerais e, dentro deles, as Unidades Psiquiátricas (UPHGs), as quais são o objeto de estudo do presente trabalho. É colocada especial ênfase na leitura crítica dessas unidades como uma das propostas alternativas na reestrutura assistencial.

1. A Segunda Grande Guerra e a psiquiatria internacional

Seis anos depois de Adolf Hitler assumir o poder na Alemanha, a situação mundial iria mudar novamente: em 1939 declarou-se a Segunda Grande Guerra, com importantes conseqüências no desenvolvimento da psiquiatria.

Outras áreas do conhecimento, desenvolvidas em anos anteriores, começaram a fazer uma contribuição importante para a disciplina. Foi o caso da psicologia experimental, originada nos Estados Unidos. Já na Primeira Grande Guerra foi utilizada no recrutamento de soldados, mas a partir de 1920 a elaboração de uma série de testes de inteligência, de atitudes etc., junto com a análise fatorial, serviram de base para discutir aspectos da estrutura da

personalidade⁴². Um dos testes mais utilizados em psiquiatria foi o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, desenvolvido por S. R. Hathaway e J. C. Mc Kinley (1940); a causa disso foi o fato de apresentar uma validação empírica em relação às categorias da psiquiatria clínica, que permitia detectar tendências neuróticas entre os soldados recrutados para o exército.

Até esse momento, a disciplina passava por um período de pessimismo devido à paralisia geral. Esta, com sua rápida evolução e seu conseqüente deterioro, era associada à incurabilidade da doença mental. Essa situação se modificaria a partir do surgimento das terapias biológicas. Várias foram as descobertas que possibilitaram avanços nesse campo. Na bacteriologia, Alexander Fleming - Inglaterra, 1929 - mostrou a ação antibacteriana dos fungos *Penicillium*. Com a fabricação da penicilina (1943) e a administração do antibiótico contra o *Treponema pallidum* em doentes mentais, a paralisia geral deixou de ser o centro da preocupação da psiquiatria. Assim, esta disciplina mudou seu interesse para o laboratório, em procura de evidências orgânico-cerebrais para todas as doenças mentais. Começaram a aparecer, também, novos resultados com a insulínoterapia, aplicada nas psicoses endógenas, e a eletroterapia, aplicada nas depressões.

A partir da década de 30, começaram a surgir, em forma gradual, estudos epidemiológicos, com uma crescente influência da sociologia. O grupo com maior predomínio na área foi a *Society for the Study of Social Problems*, criada em 1941 em Chicago; entre seus objetivos estavam as pesquisas interdisciplinares. Desta forma, apareceu na psiquiatria uma renovação do interesse dos componentes psicossociais da morbidade psiquiátrica⁴³. Uma diferença importante a se levar em conta, no que diz respeito a esses estudos em psiquiatria, é

⁴² A partir de 1939, junto aos testes psicométricos apareceram outros testes vinculados à psicopatologia e à psicologia dinâmica, chamados por L.K. Frank testes projetivos. Entre eles, destacaram-se: o psicodiagnóstico, criado por Hermann Rorschach (1920) e o *Thematic Aperception Test* (TAT), criado por Henry A. Murray (1943) (Pichot, 1983). Esses acontecimentos começavam a mostrar as influências das perspectivas dinâmicas, basicamente da psicanálise, como conseqüência da migração mencionada no capítulo anterior, e também pela expansão da psicologia clínica nos Estados Unidos, favorecida pela guerra.

⁴³ Um dos trabalhos mais importantes nessa área foi desenvolvido entre 1922 e 1931 em Chicago, por Faris e Dunham. Segundo Almeida Filho (1987), ele constituiu um marco da ecologia das doenças mentais, e serviu também como base para dois tipos de concepções teóricas sobre a relação das doenças mentais e as condições sócio-econômicas: a teoria do rebaixamento social e a teoria da causalização social.

que, durante o século XIX, eles eram realizados dentro dos asilos, enquanto que, a partir do início do século XX, passaram a ser desenvolvidos nas populações gerais (Almeida Filho, 1987).

A finalização da Segunda Grande Guerra, em 1945, consolidou um cenário mundial dividido: por um lado estavam os chamados países desenvolvidos - Europa, Estados Unidos e União Soviética - e, por outro, surgiram os chamados países terceiro-mundistas (Herrera e col., 1994), entre os quais se inclui a América Latina. A primazia dos Estados Unidos, que já começava a ser observada na primeira Guerra, se fez notória neste momento, de tal forma que a Europa perdeu seu lugar privilegiado, inclusive no que diz respeito aos estudos das doenças mentais no plano mundial.

A América Latina recebeu os aportes norte-americanos fundamentalmente através da *Rockefeller Foundation*. A partir de 1940, como consequência da guerra, essa instituição viu interrompidas suas atividades na Europa, passando a implementar um programa para ser desenvolvido no continente latino-americano. Várias foram as áreas beneficiadas; entre elas, as ciências básicas das faculdades de medicina, a agricultura, o uso do DDT contra a malária, os inícios da enfermagem como profissão e a criação da primeira escola de ciências sociais no continente. Essa instituição partiu da idéia de que a agricultura tradicional e a baixa nutrição eram os elementos que mais atrasavam o desenvolvimento do continente e, portanto, tentou diferenciar programas destinados às ciências médicas e às ciências naturais. Como a maior ênfase foi colocada na qualidade da formação dos médicos, ajudou-se a muitas figuras destacadas através da criação de distintos departamentos, montando, também, um programa de intercâmbio de docentes e pesquisadores (Vessuri, 1998). Até esse momento, o hospital psiquiátrico como fato social estabelecido não era questionado internacionalmente.

2. Um novo paradigma na psiquiatria: as UPHGs

A década de 50 se caracterizou pela convergência de uma série de fatores sociais e econômicos e pelo surgimento dos chamados *Welfare States* (Estados do Bem-estar), que contribuíram para a preparação do terreno no qual se iria desenvolver um novo campo de

intervenção da psiquiatria.⁴⁴ Nesse contexto, o Estado começou a ter um papel fundamental no âmbito da política e na regulação social, iniciando-se, assim, um processo de centralização das funções administrativas e distribuição dos recursos para a assistência. Ela começou a ser organizada como empreendimento econômico, tornando-se uma área de investimento produtivo; desta forma, deixou de pertencer à filantropia e se transformou numa responsabilidade do Estado.

O campo de intervenção da psiquiatria ampliou seu território de ação, passando do grupo dos doentes mentais para toda a sociedade, surgindo assim a psiquiatria comunitária. Esta mudança teve como consequência um redimensionamento do objeto de estudo da disciplina, o qual deixou de ser apenas a doença mental e passou a ser o conjunto de condições capazes de produzi-la em algum momento. A noção de saúde mental significou assumir um critério de continuidade dado através dos conceitos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde das populações; estes acontecimentos implicaram mudanças na forma de abordar a doença (Birman, 1982). Em outras palavras, a psiquiatria passou da patologia para a saúde, do individual para o coletivo, da cura para a prevenção, da assistência hospitalar para a saúde mental e social. Nessa nova visão, o doente mental não precisava mais ser protegido no asilo,⁴⁵ mas a idéia se invertia: o primeiro deve ser protegido do segundo. O asilo começou a ser visto como a instituição responsável pela produção de efeitos concretos da loucura, sendo sua organizadora. A psiquiatria como prática social passou a estar no centro das discussões.

Além da identificação com os fins e técnicas da Saúde Pública, a característica essencial dessa corrente de pensamento foi a retomada do humanismo do século XVIII, reagindo contra as condições de vida dos doentes mentais nos macro-hospitais e propondo uma série de modelos assistenciais alternativos a essa instituição. Juntaram-se, também, as novas descobertas farmacológicas: a era dos neurolépticos foi fundamental no surgimento de uma

⁴⁴ O *Welfare State* caracterizou-se por iniciar um processo de reforma na administração e distribuição dos recursos estatais e da assistência pública. A concepção de direito à saúde de toda a população (universalização da assistência) inicia-se na Inglaterra, nos anos 40, mas seu auge foi alcançado em 1955 (Wing, 1990).

⁴⁵ Deve-se lembrar que a origem grega da palavra asilo, *ásylo*, tinha a conotação de abrigo sagrado.

reformulação no conceito de hospital psiquiátrico. Surgiu assim uma nova possibilidade de tratamento, a volta dos pacientes à comunidade (Pichot, 1986).

A noção de higiene mental estava carregada da conotação de eugenia do estado nazista, e a Europa passava por um período de “renovação”, de reestruturação geral, impulsionada por questões político-culturais. Os organismos internacionais⁴⁶ recomendaram as novas práticas e vários países desenvolvidos começaram a implementá-las⁴⁷. Mas esse processo desinstitucionalizador e reestruturador, como foi chamado, não foi desenvolvido de igual maneira, tanto nos diferentes países quanto no interior deles, e nem foram as mesmas iniciativas as que o impulsionaram. Segundo alguns autores (Loren, 1983; Goldman, 1983; Bandeira, 1991; Morgado & Lima, 1994), ele foi em alguns casos gradual, em outros rápido; algumas iniciativas basearam-se nos movimentos sociais e civis e outras foram de caráter claramente político-ideológico.

A Inglaterra se encontra entre os países que passaram por um processo gradual. Ele começou em meados da década de 40, mostrando uma tendência crescente até 1955. As experiências e pesquisas terapêuticas de Bion e o conceito de comunidade terapêutica desenvolvido por Maxwell Jones foram fundamentais para assentar as bases do processo reestruturador. O uso do hospital psiquiátrico, na sua concepção tradicional, foi diminuindo e surgiram estruturas intermediárias, hospitais-dia, centros comunitários, ambulatorios, hospitais abertos e UPHGs (Bennett & Morris, 1983); estas últimas acarretaram um novo papel para o hospital geral. Essa tendência se institucionalizou mais claramente a partir de 1959, através do *Mental Health Act of England and Wales*, que outorgou às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência psiquiátrica aos doentes mentais (Crowcroft, 1971).

⁴⁶ O Primeiro Comitê de Especialistas da OMS recomendou, em 1949, a integração das atividades de saúde mental às instituições de saúde pública (OMS, 1953).

⁴⁷ As diretrizes lançadas pela OMS estavam orientadas a uma reintegração do paciente à sociedade, e dadas as exigências e condições que isso implicava, apenas os países desenvolvidos, onde os pacientes pudessem ser reintegrados às atividades produtivas sem maiores dificuldades, podiam alcançar esses objetivos.

Na década de 60, as críticas à instituição manicomial viram-se reforçadas por outro movimento, neste caso na área da literatura⁴⁸. Alguns autores colocaram em evidência o funcionamento interno dos hospitais psiquiátricos e suas repercussões nos pacientes. Porém, a reestrutura do *Mental Health Act* não preconizou o fechamento dos macro-hospitais, mas sim a reformulação do seu funcionamento, portanto, de seu perfil (Bennett & Morris, 1983). Todo esse contexto disparou uma política de altas prematuras; conforme passou o tempo, essa situação originou, na rede assistencial, o fenômeno chamado *revolving door*⁴⁹ (Wing, 1990).

Nessa nova postura, o papel do hospital psiquiátrico devia ser clarificado dentro da rede de serviços comunitários, e seu aporte não podia ser depreciado. O fundamento disso estava no fato de que o hospital psiquiátrico outorgava abrigo, suporte, tratamento, custódia e controle para os pacientes crônicos mais graves. Estudos realizados na época demonstraram que alguns dos serviços comunitários conseguiam cobrir apenas os primeiros aspectos mencionados e, portanto, a reabilitação dos pacientes nesses centros não era nem a apropriada nem a esperada (Bennett & Morris, 1983). Nesta experiência, a reestrutura da assistência psiquiátrica esteve regida pela reforma do *National Health Service*, que outorgou um lugar de destaque aos *General Practitioners*. Eles passaram a ser os responsáveis pela assistência da maior parte dos transtornos mentais menores, originando-se um processo de modernização e racionalização da assistência, no qual a organização, o diagnóstico e a farmacologia ocuparam o primeiro lugar (Jones, 1987).

Apesar da controvérsia levantada sobre a reestrutura, a tendência foi consistente. Através de uma série de leis, planificou-se uma diminuição de 50% dos leitos nos hospitais psiquiátricos num prazo previsto de 15 anos (Jones, 1987)⁵⁰. Esse decréscimo de leitos foi acompanhado por uma política oficial - manifestada pelo ministro da saúde, Enoch Powell -

⁴⁸ Dois são os autores mais destacados: Goffman, de origem canadense, quem escreveu *Asylums*, publicado em 1961, e Foucault, de origem francesa; entre seus livros destacam-se *Madness and civilization*, publicado em 1961, e *Naissance de la clinique*, em 1963 (Bennett & Morris, 1983; Jones, 1987).

⁴⁹ Denomina-se *revolving door* ao processo daqueles pacientes que saem de uma instituição ou sistema assistencial mas entram em outro, sem ter um lugar fixo de assistência (Wing, 1990).

⁵⁰ Nas décadas de 60 e 70, o número de leitos nos hospitais psiquiátricos passou de 136.000 para 103.000 (Bennett & Morris, 1983).

que promoveu a construção de UPHGs⁵¹ distritais, com expectativa de desativar os hospitais psiquiátricos (Infante, 1980; Wing, 1990). Essa política foi ratificada novamente em 1971 através do departamento de saúde e segurança social; desta forma, as UPHGs se disseminaram notoriamente. Mas este crescimento foi desigual nas diferentes regiões; Mahadevan & Forster (1982) destacam que, no final da década de 70, 74,9 % das admissões foram feitas nas UPHGs do nordeste do país, e apenas 6,7 % nas UPHGs da região sudoeste.

Outros países que apresentaram mudanças diferentes da inglesa foram os Estados Unidos e a Itália, porém ambos com diferentes concepções. Apesar de as origens dos movimentos reformistas, nesses países, se localizarem vários anos antes da década de 60, o auge se deu neste momento; a partir daí ambos os países passaram por processos rápidos de transformação.

Nos Estados Unidos, o chefe da Divisão de Meios Médicos e Hospitalares do Serviço de Saúde Pública, Jack C. Halderman, elaborou um relatório no qual recomendava que os meios para a saúde mental comunitária fossem estabelecidos dentro de um sistema coordenado de serviços de saúde geral de ordem estatal, necessitando também da substituição dos hospitais psiquiátricos por meios comunitários regionais menores, que deviam fornecer um leque mais amplo de serviços; reprovava-se, nesse informe, a construção e expansão dos macro-hospitais (Caplan, 1985). Através do *Community Mental Health Center Act - 1961* -, se denunciou o hospital psiquiátrico como uma estrutura inadequada, inoperante e desumana, surgindo a proposta de mudar a assistência psiquiátrica para a comunidade. Lançaram-se, assim, as bases para uma atenção centrada nos *Community Mental Health Centers* (Dalgalarondo, 1990). Esses centros foram montados e organizados com uma forte base multidisciplinar, tentando reduzir a abordagem médica da assistência psiquiátrica. No seu início, foram pensados para os pacientes desinstitucionalizados dos hospitais psiquiátricos, ou seja, pacientes crônicos e pertencentes à classe social mais baixa.

⁵¹ É importante mencionar que as origens das UPHGs na Inglaterra, segundo Detre & Kufter (1975) e Greenhill (1979), encontram-se no século XVIII. Em 1720, o fundador da primeira, Thomas Guy, destinou 20 leitos para “lunáticos incuráveis” num hospital em Londres - que leva seu nome, Guy’s Hospital. Uma segunda unidade foi criada em 1755, em Pensilvânia. Mas até 1960 elas não começaram a ter as funções e características das modernas unidades.

Nos hospitais gerais, começaram a surgir as UPHGs⁵², sendo uma recomendação da *Joint Commission on Mental Illness and Health* que incorporassem internações de curta estadia, considerando-se os hospitais psiquiátricos como centros de tratamento intensivo para longa estadia⁵³. Como reflexo disso, no período de 1963 a 1971, o número de UPHGs aumentou para 750. No que diz respeito ao número de pacientes assistidos, a cifras são bem descritivas: de 370.400 em 1963 passou para 542.000 em 1971; o número de leitos, de 18.500 em 1963 aumentou para 27.500 em 1971 (Greenhill, 1979).

Na Itália, a liderança do movimento de reestrutura esteve a cargo de Franco Basaglia⁵⁴, conseguindo nesse momento o apoio do partido radical italiano; assim, teve um claro perfil político-ideológico. Com o surgimento do movimento *Psichiatria Democratica*, levantou-se uma crítica rigorosa contra o hospital psiquiátrico como instituição, cuja função era totalmente antiterapêutica. Através dela, tentou-se desmontar o poder hegemônico que exerciam os profissionais da psiquiatria nessa instituição (Basaglia, 1985). Para reverter essa situação, Basaglia trabalhou em vários campos: por um lado, na própria instituição manicomial e dentro dela com os profissionais e, por outro, com a sociedade toda. Para isso, tomou como referencial teórico o

⁵² As primeiras UPHGs neste país surgiram em 1902, no *Albany Hospital* - em Nova Iorque -, e posteriormente, no *Ford Hospital* - em Detroit -, mas, no sentido moderno do termo, apareceram a partir da década de 30. Nesse momento, tiveram um forte estímulo da Divisão de Ciências Médicas da Fundação Rockefeller - dirigida por Alan Gregg - e começaram a surgir com maior frequência. A idéia era apoiar o desenvolvimento da psiquiatria através da criação de departamentos dessa especialidade em alguns hospitais universitários; o responsável pela experiência piloto foi o Dr. Franklin G. Ebaugh. As UPHGs experimentaram um crescimento importante no final da Segunda Grande Guerra, surgindo no *Massachusetts General Hospital* (1934), na Universidade de Chicago (1935), no *Barnes Hospital*, da *George Washington University*, em *St. Louis* (1938) e no *Duke Hospital* da *Duke University* (1940). Durante a guerra, existiam aproximadamente 40 unidades espalhadas por todo o país. Em 1952, essa cifra passava a 205, num total de 1600 hospitais, com aproximadamente 15 leitos cada unidade. Dez anos mais tarde, o número de leitos psiquiátricos em UPHGs excediam o número de leitos dos hospitais psiquiátricos (Greenhill, 1979).

⁵³ Esses fatos ganharam maior relevância com a declaração oficial do presidente Kennedy, em 1963 (Caplan, 1985).

⁵⁴ Baseado nas elaborações, conceitos e produção de vários autores - entre eles Tosquelles e a psicoterapia institucional, Maxwell Jones e a comunidade terapêutica, Goffinan e Foucault - começou um processo de reflexão sobre o saber e o poder da psiquiatria, introduzindo profundas mudanças (Amarante, 1996). Como nos outros países, a reestrutura não atingiu todo o território italiano. As primeiras medidas foram aplicadas em Gorizia, em 1962, com caráter radical, e logo reproduziram-se em Trieste - ambas cidades localizadas na parte norte do país - e em Arezzo e Perugia - cidades localizadas no centro da Itália.

pensamento de Gramsci e Sartre, e sobre essa base colocou ênfase na necessidade de uma nova forma de lidar com a doença mental (Amarante, 1996; Mollica, 1985).

Com a aprovação, na Assembléia Nacional, da Lei 833, instituiu-se o Sistema Sanitário Nacional, norteado por três princípios básicos: tutela da saúde de forma unitária e global através da prevenção e serviços; redistribuição dos recursos técnicos, financeiros e humanos, buscando equilibrar as condições de saúde de toda a população; participação das pessoas na gestão da Unidade Sanitária Local no planejamento, controle e execução das ações de saúde. Entre os objetivos desse sistema, encontravam-se a tutela da saúde mental, privilegiando a prevenção e introduzindo a assistência psiquiátrica nos serviços sanitários gerais, para eliminar toda e qualquer forma de discriminação ou segregação do doente no momento do tratamento; favoreciam-se também a recuperação e a reinserção do paciente na comunidade (Cerqueira & da Silva, 1991).

Nesse ano aprovou-se, no parlamento, a Lei 180 da reforma do sistema de saúde mental, que determinava a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e da internação de novos pacientes nos manicômios existentes, o limite de até dezembro de 1980 para a realocação dos pacientes ainda internados, a construção de centros psicossociais comunitários regionalizados, compostos de equipes multidisciplinares e a regionalização da assistência. As novas internações, em caso necessário, deviam ser realizadas em UPHGs (Botega & Dalgalarrondo, 1997).

Porém, apesar dos esforços e dos objetivos primordiais, em ambos os países o macro-hospital não foi desativado por completo. Estudos recentes (Dunningham & de Aguiar, 1995; Sonenreich & Silva Filho, 1995) apontam a existência de um número importante de pacientes psiquiátricos internados.

3. As UPHGs

As experiências relatadas anteriormente situam o desenvolvimento das UPHGs. Sem o conhecimento desse percurso, resultaria difícil compreender as causas pelas quais começaram a surgir novos paradigmas na área médica e, especificamente, na assistência psiquiátrica.

Na base da descentralização do hospital psiquiátrico como único lugar de referência assistencial, estiveram presentes dois aspectos importantes: o primeiro deles diz respeito à reintegração dos pacientes à comunidade de origem através das propostas alternativas à

internação prolongada no hospital psiquiátrico (Greenhill, 1979). O segundo aspecto relacionou-se à integração/interação da psiquiatria ao corpo social em seu conjunto, bem como a outras áreas do conhecimento. Nessa mesma linha, encaminhava-se outra aproximação: a psiquiatria compartilharia o mesmo espaço físico - no hospital geral - com as outras disciplinas médicas, propiciando desta forma, também, um processo de integração/interação mútuo⁵⁵; portanto, o hospital geral incorporaria mais uma especialidade médica. Esse processo, no interior do hospital geral, é descrito por Greenhill (1979) como gradual e realizado de três maneiras: deslocamento de pacientes psiquiátricos para os cuidados dos médicos, realização de interconsultas e maior participação nas comissões hospitalares. Segundo o autor, a implantação das Unidades Psiquiátricas possibilitou uma maior compreensão do paciente, tornando o atendimento mais humano, personalizado e menos técnico. Porém, Guggenheim (1978) compara a integração da psiquiatria ao hospital geral com o modelo de venda de produtos no mercado, em que se delimitariam diferentes momentos: percepção de uma necessidade, atitude e experiência, imagem projetada, disponibilidade e relação custo/benefício. Até esse momento, a psiquiatria se desenvolveu baseada nos modelos de outras disciplinas, mas totalmente isolada delas.

Essas mudanças trouxeram à tona outra realidade: a falta de preparação dos profissionais que trabalhavam nos asilos para as novas modalidades assistenciais. Começaram assim a surgir novos programas sobre saúde mental e saúde coletiva nas faculdades de medicina. Isso foi reforçado pelo fato de que a maioria das UPHGs foram instaladas em

⁵⁵ A aproximação tanto conceitual quanto clínica foi favorecida pelo impacto do movimento da psicossomática e o desenvolvimento da Psiquiatria de Consultoria e Ligação. Esse processo aproximativo se produziu através de três tipos de estruturas: as UPHGs, os serviços de interconsulta - a propriamente dita Psiquiatria de Consultoria e Ligação - e as unidades médico-psiquiátricas. Na segunda estrutura, observam-se dois modelos: o americano - *Consultation-Liaison Psychiatry* -, que predomina na América Latina, e o modelo alemão, que tem como exemplo o projeto chamado "Ulm". A diferença entre ambos os modelos é que, no primeiro, a presença do psiquiatra é esporádica - responde a uma demanda realizada em um momento determinado - e, no segundo modelo, o objetivo é modificar a forma de trabalho, colocando no centro da atenção o paciente e contribuindo para organizar e modelar as atividades de um serviço; para isso, o profissional tem uma integração completa na equipe, compartilhando as rotinas diárias do serviço (Lolas, 1985; Botega & Dalgalarondo, 1997). A terceira das estruturas caracterizou-se por estar em alguns casos sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Interna, em outros sob o Departamento de Psiquiatria e em outros sob a responsabilidade de ambos os departamentos (Loreto, 1992).

hospitais universitários e os aspectos de docência e pesquisa tiveram, portanto, um desenvolvimento significativo (Caplan, 1985; Greenhill, 1979).

É importante ressaltar que esses processos não foram nem simples nem fáceis, como ainda hoje não o são. Várias são as dificuldades e resistências apontadas por alguns autores (Okin e col., 1983; Schulberg & Burns, 1985; Hoirisch, 1984; de la Fuente, 1994; Botega & Dalgalarondo, 1997), às quais subjaz um elemento de caráter cultural: o medo da loucura, de enlouquecer, perder a consciência etc., compartilhado tanto por leigos quanto por pessoas com instrução. Entre as resistências se destacam preconceitos e estigmas que se referem, por um lado, ao conceito de doença mental e seu tratamento - ele deve ser desenvolvido no hospício - e, por outro, relacionados à periculosidade dos pacientes psiquiátricos. Apesar deste último, predomina no meio uma imagem ambivalente sobre o doente mental, que oscila entre o louco violento - que pode até significar uma ameaça para todo mundo - e aquele que é indefeso e deambula pelas ruas das grandes cidades. Há ainda outros problemas, como o não reconhecimento da psiquiatria como disciplina médico-científica, as conseqüências das internações involuntárias, que ajudariam na criação de uma imagem ruim do hospital geral, o temor a um aumento excessivo de pacientes psiquiátricos que tivesse como resultado a impossibilidade de dar conta deles, os problemas relacionados à insuficiência do orçamento destinado a esta área, como vários seguros médicos e sistemas previdenciários que têm uma clara política de pagar menos pela estadia dos pacientes psiquiátricos etc. Mas, apesar desses preconceitos e críticas relacionadas às UPHGs, o número tem aumentado significativamente, apresentando características específicas que merecem ser examinadas.

3.1. Características da população-alvo

Neste ponto pode-se distinguir a população-alvo para a qual foram pensadas as UPHGs no início do movimento desinstitucionalizador e o posterior desenvolvimento que tiveram segundo os diferentes contextos.

Em alguns países, a proposta inicial foi criar modelos alternativos para desativar os velhos hospitais psiquiátricos (Estados Unidos e Itália), mas, de fato, isto não aconteceu. Essa situação provocou a criação do que alguns autores (Detre & Kupfer, 1975; Bachrach, 1981a) chamam 'sistema duplo' ou paralelo de assistência. Nesse sistema, as UPHGs assistiriam os

pacientes com patologias agudas e, portanto, com menores dificuldades sociais, e os hospitais psiquiátricos, os casos mais graves. Desta forma não foi possível uma integração dos pacientes crônicos, que continuaram excluídos e estigmatizados.

A discussão sobre a população-alvo atinge diretamente as condições físicas e humanas com as quais devem contar as unidades para pacientes psiquiátricos crônicos, já que estes apresentam uma demanda bem diferente daquela dos pacientes agudos. Não se trata, entretanto, apenas das condições internas das unidades, mas também da rede assistencial no seu conjunto, incluindo as UPHGs. A rede deve proporcionar uma vasta série de serviços comunitários, tanto clínicos quanto sociais, bem articulados, tendo estes últimos igual importância que os clínicos na medida em que as necessidades básicas desses pacientes são uma das dificuldades mais importantes e comuns (Bachrach, 1986).

A maioria das UPHGs nos diferentes países do primeiro mundo não se encaixam em nenhum dos modelos assistenciais propostos por alguns autores (Richman & Harris, 1985). O importante a salientar é que as características do modelo adotado, como por exemplo o trabalho com pacientes voluntários ou com internações involuntárias, determina em grande parte a população-alvo e determina, como consequência, o perfil de funcionamento das unidades.

3.2. Critérios adotados para internação e suas implicações

A opinião sobre quais critérios estabelecer para a internação difere bastante. Autores como Feigelson (1981), Clausen (1981) e Goldman (1988) apontam que a internação iria além do diagnóstico clínico. Eles acreditam que os problemas comportamentais (afetivos, valores e tolerância do meio sócio-familiar) às vezes têm mais peso que outros fatores para a tomada de decisão da internação. Outro elemento salientado é a importância à forma como são encaminhados os pacientes. Estudos realizados mostram que os mais pobres chegam aos diferentes pontos da rede através da polícia, serviços judiciários ou da assistência social, enquanto os pacientes das classes sociais mais ricas tenderiam a chegar espontaneamente ou trazidos por algum familiar.

Do ponto de vista teórico, a internação cumpre a função de fornecer, temporariamente, um ambiente protegido, adequadamente instrumentalizado, e um tratamento para todo paciente que se encontre num estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso, para si

mesmo ou para os outros (Botega & Dalgalarondo, 1997). Partindo dessa base, podem-se realizar distintos tipos de internações: de curta ou breve estadia, de média e de longa estadia.⁵⁶

A eleição de qualquer uma delas está em estreita relação com o tempo médio de internação, elemento que, em todo serviço, é um fator importante a levar em conta, tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista econômico para a instituição. Este é um tema muito complexo pela quantidade de variáveis que se entrecruzam; apesar de existirem opiniões parcialmente contraditórias, observam-se alguns parâmetros comuns. No que diz respeito ao tempo de internação, deve-se considerar as repercussões que este possa ter para o paciente hospitalizado⁵⁷, o perfil da instituição, a rede de serviços psiquiátricos e sociais com que se possa contar no momento da internação, as variáveis clínicas e sociodemográficas vinculadas diretamente aos pacientes (idade, sexo, diagnóstico, classe social) etc. (Kirshner, 1982; Mattes, 1982).

O tempo de internação é um dos pontos mais discutidos no âmbito da reestrutura psiquiátrica, no que se refere aos pacientes e ao custo das instituições. No início, houve argumentos de que uma diminuição no tempo da internação favoreceria posteriores reinternações, persistência dos sintomas e desadaptação social, mas mesmo hoje depois não existem evidências claras de tais afirmações. De fato, pesquisas realizadas posteriormente (Mattes e col., 1977; De Francisco e col., 1980) têm mostrado que não existem diferenças significativas entre os modelos de curta e longa estadia. No que diz respeito aos efeitos da mesma, parece que as internações longas propiciam reinternações e, além disso, estas não dependem do estado psicopatológico do paciente no momento da alta. Aliás, o fator mais importante para prever reinternações é o tipo de adesão ao tratamento que os pacientes apresentam durante o seguimento ambulatorial.

O número satisfatório de dias utilizados para a hospitalização varia de acordo com os autores e, obviamente, com os fatores já mencionados, mas em linhas gerais ele se encontra entre 15 e 28 dias em média. As internações menores de 10 dias têm recebido algumas críticas

⁵⁶ Detre & Kuffer (1975) e Feigelson (1981) fazem uma descrição minuciosa das diferentes indicações para os dois primeiros tipos de internação.

⁵⁷ Autores como Goldman (1988) e Katz (1985) assinalam que alguns desses efeitos são a diminuição da auto-estima, o aumento da dependência, a presença de comportamentos regredidos, entre outros.

por propiciarem a transferência de pacientes das UPHGs para os hospitais psiquiátricos ou efetuarem recargas nos outros serviços comunitários (De Francisco e col., 1980).

Considerando estes elementos, qual seria o critério de internação mais adequado com que deveriam trabalhar as UPHGs? Deveriam aceitar apenas pacientes voluntários ou involuntários também? Ambas as propostas apresentam vantagens e desvantagens.

O primeiro modelo é apontado como mais moderno, com terapêuticas mais humanas, já que trabalhar com pacientes voluntários implica estar de portas abertas à comunidade. Isso limita a população à qual está destinada a assistência, com o fundamento de que aceitar pacientes involuntários implicaria o risco de hospitalizar as unidades e, além disso, significaria também uma diminuição da liberdade daqueles que nela estão internados (Leeman, 1980). Pinsker e col. (1981) apresentam posição oposta, afirmando que essa postura é elitista, já que os pacientes involuntários são em sua maioria pobres e apresentam patologias mais graves, sendo ainda irracional, porque estes últimos são os que mais necessitam de assistência psiquiátrica nas UPHGs.

O segundo modelo - internações involuntárias -, ainda que alguns dos pacientes hospitalizados possam se sentir lesados no seu direito de liberdade, apresenta garantias para a equipe que trabalha com eles e também para aqueles pacientes que precisam de uma barreira 'externa' que possa refrear seus próprios impulsos (Pinsker e col., 1981).

Entretanto, seja qual for a decisão, ela depende muito dos objetivos, do treinamento das equipes, da proporção destes profissionais por paciente, do leque de tratamentos a serem oferecidos, da capacidade física da unidade e da disponibilidade de outros recursos assistenciais comunitários.

3.3. Arquitetura

As discussões sobre aspectos relacionados à arquitetura das unidades psiquiátricas têm muitos anos. Alguns elementos já começaram a ser apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1952, quando definia e conceituava lineamentos básicos para as UPHGs (Madalena, 1983). Nesse momento, foi sugerido que as unidades deviam ser localizadas nas alas do hospital que ofereciam instalações e espaços adequados, e que especificamente sua

arquitetura devia obedecer a uma técnica para familiarizar os doentes mentais nas relações humanas. A planta física devia estar distante do corpo central do Hospital Geral, de preferência no plano térreo, para evitar acidentes (como, por exemplo, tentativas de suicídio), e próximas dos setores de diagnóstico e tratamento do Hospital Geral.

Hoje, essa recomendação da OMS se mantém como a alternativa mais adequada, acrescentando-se também o argumento de facilitar o trânsito dos pacientes que passeiam pelos corredores, pátios, inclusive para aqueles que têm permissão para saídas de fim de semana à casa dos familiares (Botega & Dalgalarrodo, 1997).

Muitas UPHGs têm se guiado pelas recomendações da OMS, mas outras surgiram não apenas nas alas dos hospitais, como também em prédios contíguos ou do lado (Greenhill, 1979). A tendência, na atualidade, é que formem parte do hospital para uma maior integração às outras disciplinas médicas, como forma de lutar contra o estigma da doença mental e também igualando a condição do doente mental aos outros pacientes do hospital geral.

A idéia reitora das UPHGs é procurar um espaço menor para poder abrigar pequenos grupos de pacientes, na ordem de 10 a 30 doentes, propiciando a interação entre eles e da equipe, tendo como objetivo - através da reprodução do ambiente da casa - a restauração e preservação da identidade social dos doentes mentais (Backer e col., 1963). Uma outra vantagem é colocada a favor da integração das unidades nos hospitais gerais: a localização geográfica que estes têm nas grandes cidades, facilitando-se o acesso de um maior número de pacientes às consultas.

Em relação à capacidade da unidade, ponto que apresenta discrepância na literatura, alguns autores (Lebensohn, 1965) afirmam que o tamanho - incluindo o número de leitos e espaço físico - é decisivo na determinação da qualidade da assistência. A opinião majoritária estima como adequada uma capacidade em torno de 10 a 15% do total de leitos do hospital no qual se encontra localizado, chegando a se calcular entre 15 e 25 leitos por unidade. Este elemento se relaciona diretamente com o ambiente; neste sentido, recomenda-se que seja o mais aconchegante e leve possível. Como a rotina dos pacientes da enfermaria de psiquiatria difere muito das outras enfermarias, também se recomenda a existência de espaços alternativos onde desenvolver atividades como leituras, trabalhos manuais, assistir à televisão, rádio e uma sala para refeições em grupo (Backer e col., 1963; Lebensohn, 1965).

Em relação à disposição interna, deveriam contar com quartos separados para ambos os sexos - no caso de serem mistas - no máximo de 6 leitos, sendo convenientes também salas para consultas individuais e para os profissionais da equipe, delimitando-se assim espaços próprios que facilitassem intercâmbios. Além de todas essas sugestões, a recomendação que prima é a flexibilidade como o melhor elemento na organização das unidades (Backer e col., 1963; Lebensohn, 1965).

3.4. Equipe de trabalho

Como último ponto, mas não por isso menos importante, devem ser consideradas as características e a conformação da equipe de trabalho. A tendência multidisciplinar do movimento reformista relaciona-se ao fato de que a doença mental é concebida como resultado da combinação de múltiplos fatores. A este conceito junta-se o pressuposto de que os pacientes devem voltar o mais rápido possível à comunidade, incluindo-se a idéia de que se devem atender distintos aspectos do paciente ao mesmo tempo, para além do diagnóstico e do tratamento psiquiátrico.

Esse é um dos elementos que também tem diferenciado o trabalho nas enfermarias dos hospitais gerais: enquanto nas clínicas gerais trabalha-se de forma tradicional, no sentido de uma hierarquização do saber rígido e autoritário, nas enfermarias psiquiátricas o saber e as responsabilidades são distribuídas entre os profissionais. Neste aspecto, é importante destacar que, dentro dos distintos subgrupos de profissionais, existe uma hierarquia que poderia gerar algumas confusões (Katz, 1985).

Para evitar essas situações nas UPHGs, recomenda-se a existência de um coordenador, preferencialmente escolhido pelo grupo, com capacidade de liderança e, ao mesmo tempo, flexibilidade suficiente para lidar com as mais diversas situações, e que possa estar a maior parte do tempo presente na enfermaria. Através das reuniões da equipe, apresenta-se a possibilidade de discutir e resolver os contratemplos surgidos no dia-a-dia. Qualquer problema interno da equipe repercute num outro elemento de extrema importância: a interação dos profissionais com os pacientes, fator fundamental para o tratamento.

Segundo esta concepção, as equipes devem estar conformadas, teoricamente, por psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais e, na medida em

que fossem se desenvolvendo outras disciplinas afins à saúde mental, elas devem se incorporar às equipes. Estudos de caráter empírico mostram que a pessoa que tem maior contato com os pacientes é o atendente de enfermagem (Schanding e col., 1982); por esse mesmo motivo, se deve prestar especial atenção a ele, no sentido de apoiá-lo e valorizá-lo no seu trabalho. Sobre ele, os pacientes tendem a desenvolver o que Greenhill (1979) denomina 'transferência institucional', um importante instrumento terapêutico.

O modelo terapêutico adotado deve buscar uma adaptação às necessidades afetivas dos pacientes e acompanhar as mudanças que essas necessidades sofrem ao longo do tempo, mas para isso é imprescindível que a pessoa que trabalha na unidade e tem o maior contato com os pacientes esteja livre de preocupações e pressões. Em linhas gerais, se faz referência a uma equipe com uma adequada preparação e capacitação profissional, com uma boa supervisão do trabalho, capaz de combinar tranquilidade, confiança e satisfação pelo trabalho. Em caso contrário, passam a ser freqüentes as rotações dos técnicos, mudanças nas equipes etc., sendo este um fator negativo para os pacientes e a equipe em geral (Greenhill, 1979; Katz, 1985).

4. A situação da América do Sul

A situação dos doentes mentais na América Latina, na virada do século XX, esteve marcada por uma realidade vivida na Europa do século XVIII. A testemunha de um dos seus atores descreve de forma eloqüente essa situação:

"Tengo de aquel lugar y de aquella época recuerdos que diría proustianos, porque lo primero que me impacta en la evocación, (...) un cierto olor peculiar que exhalaba la mayoría de los enfermos y cuyo significado científico llegué a conocer muchísimos años después. El hospital estaba poblado por muchísimos pacientes, (...) eran herméticos, (...) vivenciados como extraños, extranjeros, alienados. Pero no eran necesariamente herméticos (...) si bien pululaban los pacientes doblados en actitud fetal, en el lecho o en un frío corredor (...) el problema tremendo en aquella época eran los enfermos con excitación psico verbal o en plena agitación. (...) En esa especie de tierra de nadie deambulaban los enfermos sea con sus silencios obstinados, o con sus gritos, o con sus discursos en cascada de sentido incomprensible. En alguno de los costados del cuadro bajo se encontraban los llamados "Cuartos Fuertes", terribles mazmorras donde se encerraban los pacientes más peligrosos por su agitación y tendencias clásticas. En uno de esos cuartos fuertes vi encerrado un desgraciado enfermo de rabia, que terminó allí sus días. (...) La mayor parte de las veces yo era conducido a salas oscuras, pasando por corredores poblados de pacientes o me hacían

descender por escaleras húmedas y tenebrosas para llegar ante la enferma rodeada de guardianes (...) el uso frequentísimo del chaleco de fuerza para controlar los agitados, con el cual muchas veces los pacientes se desplazaban por los patios durante horas interminables, perdiendo el calzado, parte de la ropa, sucios por sus excretas.”⁵⁸

Mas os primórdios deste século não estiveram caracterizados apenas por essa situação. Sucederam-se diversos acontecimentos que preparariam o terreno no qual, logo após a Segunda Grande Guerra, se começaria a receber as influências reformistas dos Estados Unidos e da Europa. Entre esses acontecimentos se destacam: a aparição da primeira revista da disciplina - “Archivos de Psiquiatria y Criminología” -, publicada em 1902 por José Ingenieros, em Buenos Aires, a fundação da primeira associação na área de psicologia na América Latina - Sociedad de Psicología de Buenos Aires -, em 1908 e, no Brasil, um ano depois, a criação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (León, 1972). Em Lima, em 1915, surgiu a primeira clínica ambulatorial para pacientes psiquiátricos no Hospital de Santa Ana; criou-se, quatro anos depois, a primeira clínica privada para pacientes psiquiátricos no Peru, fundada pelo organizador do Movimento de Saúde Mental, Baltazar Caravedo Prado, e Herminio Valdizan. No mesmo ano, Honorio Delgado publicava sua tese de doutorado sobre psicanálise e transformava-se no primeiro latino-americano aceito como membro da *International Psychoanalytic Association* (León, 1972).

Durante a Segunda Grande Guerra não cessaram os acontecimentos importantes no continente. Entre eles, destacou-se a aparição, no Peru, em 1941, da primeira UPHG, no Hospital Obreros de Lima, fundada por Carlos Seguí; um ano depois era fundada a Asociación Psicoanalítica Argentina (León, 1972).

No primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria, realizado em Paris (1950), um grupo de psiquiatras latino-americanos conceberam a idéia de criar uma Associação de Psiquiatria para a América Latina (APAL). Entre eles figuram destacados nomes, como Gregorio Bermann, José Angel Bustamante, Antonio Carlos Pacheco e Carlos Seguí. Em 1954 surgia no Brasil a primeira UPHG, no Hospital Universitário de Salvador - Bahia (Sampaio, 1956). Quase uma década depois se fundava o *Inter-American Council of Psychiatric Associations* (I.A.C.P.A.),

⁵⁸ Excerto da Conferência realizada pelo Professor Emérito Acadêmico Dr. Fortunato Ramírez, em ocasião da Mesa Redonda celebrando o Centenário da Inauguração do Hospital Vilardebó, em 1980, na Sociedad de Psiquiatria del Uruguay (Ramírez, 1980).

cuja função seria coordenar a APAL com a *American Psychiatric Association* e a *Canadian Psychiatric Association*. Sob o auspício da I.A.C.P.A. foi organizada a primeira Conferência de Saúde Mental das Américas, em Santo Antonio, Texas. León (1972) comenta que essa foi uma oportunidade única para conseguir assessoramento sobre o estado - naquele momento e também futuro - dos serviços existentes, necessidades, recursos, ensino, pesquisa e planificação na área. A partir da década de 60, a APAL começou a organizar congressos e, em 1971, estava integrada por 14 sociedades de psiquiatria (León, 1972). Durante essa década e a seguinte, os estudos epidemiológicos tiveram um desenvolvimento metodológico importante, fundamentalmente na área da psiquiatria (Almeida-Filho, 1992).

Em 1968, o número de psiquiatras na América do Sul era de 2.797 profissionais e o número de psiquiatras por 100.000 habitantes apresentava variações entre 0.4 e 4.1, sendo que a proporção sugerida pela OMS era de 5 psiquiatras/100.000 habitantes; em nenhum dos casos se alcançou a cifra recomendada. Em relação às atividades desenvolvidas por estes profissionais, 16,3% trabalhava nos hospitais psiquiátricos, 7,3% trabalhava nos ambulatórios, 1,6% nos centros de saúde, 9,8% lecionava e 1,6% desenvolvia pesquisas. O continente contava com um total de 192 hospitais psiquiátricos públicos e 123.170 leitos psiquiátricos (León, 1972).

Nas décadas de 60 e 70 ainda se mantinham algumas dificuldades, como a distribuição desigual dos psiquiatras no interior dos países (Delgado & Trelles, 1939); as grandes cidades apresentavam a maior concentração, ficando grandes áreas, com um elevado número de habitantes, sem cobertura assistencial psiquiátrica nenhuma. Em outras palavras, a assistência estava centrada no macro-hospital, caracterizado por grandes edifícios, longe dos centros urbanos, com uma baixa proporção de profissionais em relação ao número de internados, péssimas condições de alojamento - o número de pacientes era maior que o número de leitos disponíveis -, higiene, comida e vestiário, e uma falta de discriminação total no que diz respeito às patologias apresentadas pelos pacientes (León, 1972). Em linhas gerais, a assistência tinha um caráter totalmente custodial e nenhuma ênfase na reabilitação. A preparação dos psiquiatras era variada, desde sua aquisição em forma mais ou menos autodidata até pelos programas de residência em psiquiatria com duração de quatro anos. Tempos depois começou a surgir uma tendência à regularização dos estudos sob patrocínio e

reconhecimento de uma universidade. O número de enfermeiras psiquiátricas e assistentes sociais psiquiátricos qualificados para trabalhar na área era quase nulo; existiam apenas duas escolas de enfermagem de cursos acadêmicos que capacitavam para obtenção do título de mestre ou licenciado e também não existiam programas de especialização em psiquiatria e saúde mental para esses profissionais (González, 1976).

Os sistemas de saúde mental, públicos ou privados, eram incompletos, beneficiavam a uma pequena parcela da população geral, sua cobertura não se estendia além das grandes cidades e sua efetividade era baixa. A maior concentração dos centros de saúde estava nas grandes cidades, onde residia a maioria dos profissionais. Calculou-se, nesse momento, que a área de influência de um centro de saúde mental, hospital ou consultório não ia além dos 100 km de raio, ou de uma hora de viagem; ultrapassados esses limites apenas chegavam os casos de grande agitação e agressividade que pudessem ser trazidos. Constatou-se que a maioria dos doentes não podiam se trasladar por falta de meios de transporte ou dinheiro.

Também se observava outra dificuldade, a falta de comunicação entre o psiquiatra e o paciente. Isso foi vinculado às diferenças na linguagem; as causas estiveram relacionadas aos sistemas de valores, tradições, idiosincrasias e atitudes dos profissionais da saúde mental, cuja formação estava baseada nos modelos e adaptada às necessidades da cultura ocidental⁵⁹. Como consequência, começou a surgir um movimento nas escolas de medicina - em que os departamentos de psiquiatria tomaram parte ativa - para adaptar a formação dos médicos às necessidades reais da população, relacionando-os com a cultura autóctone. Desta forma, ganharam maior atenção os estudos etnopsiquiátricos e transculturais, e surgiram as primeiras experiências na utilização de curandeiros e bruxos nas consultas psiquiátricas (González, 1976).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) teve e tem, até hoje, um papel importante na área da saúde mental em nível mundial. Para a América Latina, isso evidenciou-se a partir da criação do cargo de Assessor Regional em Saúde Mental (1960) na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). A tarefa da pessoa designada - Dr. Jorge Velasco Alzaga - foi

⁵⁹ Isto aconteceu e ainda hoje acontece nos países que apresentam uma população indígena significativa, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador e Peru.

avaliar os recursos existentes e tudo aquilo que poderia ser feito para sua melhoria no continente. Com vistas a esse objetivo, organizaram-se dois seminários latino-americanos, um deles em Cuernavaca - México - e outro em Buenos Aires - Argentina -, nos anos de 1962 e 1963, respectivamente (Alarcón, 1986). Neles se destacou o novo enfoque que devia tomar a assistência psiquiátrica à luz dos avanços realizados nesse campo. Assim, era imprescindível começar a criar serviços alternativos aos macro-hospitais. Um ano depois, assumiu o cargo o Dr. René González Uzcátegui, que trabalhou por mais de duas décadas e promoveu distintos encontros sobre saúde mental.

Os estudos epidemiológicos nos países do Terceiro Mundo, neste momento, e entre eles os latino-americanos, apresentavam uma forte influência dos centros de investigação norte-americanos. Observava-se uma clara ampliação quantitativa nos estudos demográficos, adquirindo maior importância os chamados enfoques transculturais⁶⁰ (Almeida Filho, 1992). Até esse momento, o conceito de um programa de saúde mental não tinha sido discutido em profundidade; apenas em 1969 - durante a reunião de um grupo de trabalho sobre a administração dos serviços psiquiátricos e de saúde mental - formularam-se, pela primeira vez, propostas sobre a psiquiatria comunitária e os centros comunitários de saúde mental (González, 1992).

Em 1975, 1984 e 1990, a OPAS propôs uma série de medidas para a reestruturação da assistência à saúde mental nos países subdesenvolvidos. Nos dois primeiros, os lineamentos visavam a:

- estabelecer uma política clara de assistência à saúde mental em cada país;
- evitar a construção de novos hospitais psiquiátricos e remodelar os existentes;
- dar ênfase às ações dos especialistas em saúde mental em treinar e supervisionar a assistência psiquiátrica por pessoal médico geral e não médico;

⁶⁰ Alguns exemplos são: *Personalidad básica, migración y salud mental* (Rotondo e col., 1962); *Supersticiones y mitos en la psiquiatria indígena de Bolivia* (Alvarado, 1965); *Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile* (Horwitz & Marconi, 1967); *Prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile* (Moya e col., 1969).

- integrar a assistência psiquiátrica ao resto da assistência médica geral, orientando os profissionais que atuavam no nível da assistência primária para que participassem ativamente da assistência em saúde mental; as emergências psiquiátricas deviam ser assistidas nos hospitais gerais, contando com pequenas unidades de internação breve para a admissão de casos agudos (OMS, 1975, 1984).

No terceiro encontro, realizado na Venezuela, o objetivo foi melhorar a qualidade da assistência psiquiátrica através de:

- orientação à comunidade;
- descentralização dos serviços;
- maior participação e continuidade dos tratamentos;
- ênfase na prevenção.

Nesse evento participaram profissionais da área, ministros, legisladores, juristas e uma representação simbólica dos usuários (OPS, 1991); por unanimidade foram aprovadas as medidas apresentadas, o que determinou o surgimento da “Declaración de Caracas” (OPS, 1990). A diferença dos encontros anteriores foi que, pela primeira vez, se declarava oficialmente a adesão e o compromisso, por parte de todos os setores interessados no tema, de pôr em prática as medidas mencionadas.

As influências desse organismo e do movimento reformista começaram gradativamente a ganhar espaço, porém, assim como o positivismo latino-americano diferenciou-se do originário na Europa, a prática das mudanças na assistência psiquiátrica no continente percorreu um caminho que implicou diferenças em relação aos países precursores.

“(…) in most Latin American countries the transition from the type of service offered by custodial psychiatric hospitals to alternative forms of community mental health care has not included a mental health center phase, in which the center is conceived as a formal type of institution that functions as a parallel and independent system in relation to the general public health system. The predominant tendency has instead been in the

direction of a gradual incorporation of mental health activities into the mainstream of the public health programs.” (León, 1983: 86)⁶¹

Para uma melhor compreensão da situação atual da assistência psiquiátrica na América do Sul, e visando à sua contextualização, são necessários alguns indicadores sócio-econômicos.

Quando se fala sobre o continente sul-americano, faz-se menção a uma região composta por 10 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela), com uma superfície total de 17.339.000 km quadrados e uma população total de 318.298.000 habitantes (OPS, 1994). Esses países se caracterizam por terem passado por uma série de mudanças a partir da década de 60, quando se acentuaram os nacionalismos, as ideologias radicais, as contradições sociais etc., que levaram a que, na década de 70, alguns países passassem por fortes ditaduras militares.

A partir dos anos 80, começam a se recuperar, de forma gradual, os governos democráticos, enfrentando uma das crises econômicas mais agudas da sua história, agravando-se, ainda mais, as desigualdades sociais. O modelo econômico predominante, para fazer frente à crise, foi o neoliberal, caracterizado pela descentralização administrativa e privatização de alguns serviços públicos como forma de equilíbrio orçamentário (Herrera e col., 1994). Estudos realizados (OPS, 1988; 1992; 1994) informam que as repercussões dessas últimas políticas acarretaram processos de ajuste estrutural nos modelos de desenvolvimento, que refletiram em mudanças e deterioro nos serviços públicos; a saúde, a educação e os serviços sociais perderam eficiência, eficácia e equidade na sua distribuição. Outro elemento importante nessa década é a aparição de novos atores que foram conquistando um lugar de destaque na sociedade, os movimentos sociais - entre eles os de direitos humanos - que tiveram um papel importante no processo redemocratizador (Herrera e col., 1994; Jelin, 1996).

⁶¹ “(...) em muitos países latino-americanos a transição do tipo de serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos custodiais para formas alternativas de saúde mental comunitária não incluíram a fase de centros de saúde mental, nos quais o centro é concebido como um tipo formal de instituição que funciona como sistema paralelo e independente em relação ao sistema público de saúde geral. Aliás, a tendência predominante foi na direção de incorporar de forma gradual atividades de saúde mental nos principais programas de saúde pública.” (Tradução da autora)

A região das Américas tem sido caracterizada como a região do mundo com os maiores contrastes sociais. Em 1990, a OPAS estimou que na América Latina aproximadamente 196 milhões de pessoas se encontrariam sob níveis de pobreza⁶². Dos países estudados neste trabalho, o Peru, o Equador e a Colômbia são os que apresentam a maior porcentagem de pobreza em relação à população total: 57,3%, 51,6% e 45,6%, respectivamente. No que diz respeito ao nível de indigência, a Bolívia, o Brasil, a Colômbia e o Peru apresentam 36,8%, 22,5%, 22,8% e 21,7%, respectivamente, o que equivale a 45,8 milhões de pessoas. No subcontinente sul-americano, 162,5 milhões de pessoas vivem sob esses níveis. (Perales e col., 1995)

Em 1995, a população mundial estava estimada em 5.759,276 milhões de pessoas; desse total, 100.334 (1,74% da população mundial) se encontrava na região Andina; no Cone Sul localizava-se 0,98% (56,582 milhões), correspondendo ao Brasil 2,8% da população (161,382 milhões). As taxas de crescimento, a composição etária e a urbanização constituíram várias mudanças demográficas importantes nas últimas décadas que tiveram um grande impacto nas formas organizacionais na prestação dos serviços de saúde.

Nas taxas médias de crescimento anual, para o período de 1990-1995, observam-se distintos comportamentos nas diferentes sub-regiões do continente, mas em linhas gerais pode-se dizer que são menores em relação aos anos anteriores. No período mencionado, os valores foram os seguintes: 2,75% na área Andina, 1,36% no Cone Sul e 1,59% no Brasil. Estimava-se que os países com maior população na América do Sul, para 1995, seriam, em ordem decrescente, Brasil, Argentina, Colômbia, Peru, Chile e Venezuela. (OPS, 1994)

No nível mundial, 45,2% da população vive em áreas urbanas; o incremento progressivo delas tem sido quase similar em todas as regiões do mundo, mas esse fenômeno se acentuou nos países subdesenvolvidos. Da região das Américas, a América Latina é apresentada como a região onde o crescimento foi mais acelerado, sendo considerado um

⁶² O conceito de pobreza se define como a incapacidade de alcançar um nível mínimo de bens e serviços requeridos para satisfazer necessidades básicas (alimentação, moradia, educação, trabalho, lazer e acesso a serviços de saúde); a "pobreza extrema, crítica ou indigência" se refere ao grupo de pessoas que carece de todo e qualquer tipo de meios para satisfazer as necessidades básicas (OPS, 1992).

fenômeno dominante a partir da segunda metade do século XX. Na América do Sul, os países com maiores porcentagens de urbanização são: Venezuela (92,88%); Uruguai (90,31%); Argentina (87,45%) e Chile (85,92%); em contrapartida, os que apresentam maiores porcentagens nas áreas rurais são: Paraguai (49,31%); Bolívia (45,56%) e Equador (39,38%). As conseqüências das altas taxas de crescimento se refletem nas grandes cidades e áreas metropolitanas através de uma organização caótica, que depende de uma grande variedade de administrações e instituições pouco coordenadas. (OPS, 1994)

Visando mostrar diferenças e elementos comuns, dois depoimentos exemplificam a situação da saúde mental no continente nas décadas recentes.

“La salud mental puede ser caracterizada por el deterioro de la asistencia, la insuficiencia de los recursos generales y la desinserción de los mismos de una política de Salud Pública. (...) En el país [Argentina] han existido diversos planes, pero no se han implementado acciones, no se han incrementado recursos presupuestarios ni se han distribuido racionalmente los mismos. La dotación de camas psiquiátricas del país, aproximadamente 25.000, se destina en su casi totalidad al paciente de larga estadia, la gran mayoría de los cuales no recibe los beneficios de un programa terapéutico rehabilitador, sino los rudimentos de una sobrevida en custodia. El paciente agudo es convertido, en muchos casos, en pacientes de larga estadia por un sistema asistencial carente de programación terapéutica que favorece la cronificación. A pesar de la recomendación de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la experiencia positiva del país, no se han establecido suficientes Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales, sino por el contrario en la mayoría de los casos, han sido limitados o reducidos.”⁶³

“[En Chile] Desde fines de la década de 1960 se produce un sostenido aumento de los recursos de Salud Mental y Psiquiatría. (...) En los niveles asistenciales locales, por su parte, empieza una progresiva expansión de los diferentes recursos humanos y físicos, tanto para pacientes agudos como crónicos, así como una creciente participación de los equipos generales de salud en la solución de problemas del campo. (...) en lo normativo general se formularon las Políticas de Salud Mental del Ministerio de Salud (1978), actualmente reemplazadas por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1989-90). En segundo lugar, también en lo normativo pero orientado hacia acciones específicas, existe el Programa de Capacitación Continua en Salud Mental y Psiquiatría Básica para el Nivel Primario. (...) Todo el desarrollo descrito tan someramente, sin embargo, ha sido más bien desigual, si se tiene presente una panorámica nacional. Los recursos especializados han mostrado estabilidad relativa, son escasos y están concentrados en las regiones centrales del país. (...) no obstante todas las actividades

⁶³ Extraído do relatório realizado pelo Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina (Argentina, 1985).

reseñadas, todavía depende más de factores personales que de dinámicas institucionales establecidas. La calidad y cantidad de los recursos físicos, también reducidos, están sometidas más a circunstancias ajenas e incluso fortuitas que a planificaciones racionales. (...) Las acciones intersectoriales (...) tardan en consolidarse.”⁶⁴

Desse contexto histórico surgiram várias perguntas que nortearam os objetivos e a metodologia do presente trabalho. Essas interrogações são apresentadas no próximo capítulo, buscando possíveis respostas, estruturadas e complementadas com material empírico e bibliográfico.

⁶⁴ Extraído do “Informe sobre recursos de Salud Mental y Psiquiatría del Sistema Nacional de Servicios de Salud” de Chile (Medina, 1990).

Capítulo III

OBJETIVOS

No primeiro capítulo se apresentou uma contextualização geral do surgimento e consolidação de uma nova abordagem para as doenças mentais, de caráter hegemônico, distinta das já existentes, na América Latina, e o percurso que ela tomou ao longo da história.

No segundo capítulo se relataram as críticas ao modelo dominante na assistência psiquiátrica, fundamentalmente na década de 60 e começos de 70 nos países desenvolvidos, seus reflexos e suas influências na reestruturação da assistência psiquiátrica na América do Sul. Nesse período, desenvolveram-se no continente vários processos de mudanças na área da saúde mental, para os quais os organismos internacionais tiveram um papel importante. Com base nas políticas e propostas sugeridas pela OMS e pela OPAS, os países latino-americanos comprometeram-se, a partir de 1990, a tentar fazer tudo o que fosse possível para pôr em prática as mudanças correspondentes na área.

Partindo desses elementos, surgiram as seguintes perguntas: quais são os países sul-americanos que conseguiram levar à prática a reestruturação aprovada na Declaração de Caracas? Em qual etapa de desenvolvimento da reestruturação eles se encontram? Que lugar ocupa o hospital geral nessa reestruturação? Em quais países se desenvolveram UPHGs? Quais são os recursos que essas estruturas têm? É possível encontrar evidências de situações similares ou comuns, nos diferentes países da região, nessa área? Quem foram os participantes diretos nas mudanças realizadas?

Na procura de respostas a essas interrogações, foram estabelecidos os objetivos do trabalho que, no nível geral, correspondem a:

- analisar a evolução recente e a situação atual da assistência psiquiátrica na América do Sul.

No nível mais específico:

- traçar um perfil da assistência psiquiátrica na região, com base no instrumento de coleta de dados escolhido, o inquérito postal;
- aprofundar o conhecimento existente sobre a situação atual do(s) modelo(s) institucional(ais), com especial ênfase na implementação das UPHGs.

Capítulo IV

MÉTODO

Delineamento do estudo

Considerando o tempo e os recursos disponíveis, o presente trabalho se aproxima de um tipo de pesquisa de caráter exploratório, baseado em dois inquéritos postais.

1. Censo da América do Sul

1) O censo inclui todos os países da América do Sul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela, segundo a classificação realizada pela OPAS (1994).

2) O nível de desagregação que utiliza a pesquisa é a unidade país.

Tomando como base esses elementos, o censo inclui países de dimensões diversas e com características particulares, dessa forma está representado todo o universo sul-americano.

2. Instrumento de coleta de dados e procedimento

Optou-se pela utilização de um instrumento para coleta de dados, o inquérito postal, através do qual se obtiveram informações de fontes primárias.

A elaboração do inquérito foi baseada numa análise minuciosa de outros estudos realizados de características semelhantes. Entre eles encontram-se os trabalhos da OPAS, organismo especializado no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde em geral e de caráter bem abrangente. Para esse tipo de estudo, o organismo tem elaborado listas de checagem, glossário e questionários (OMS, 1990). Para a presente pesquisa foram utilizados aqueles traduzidos pela equipe do Laboratório de Investigação em Saúde Mental do

Departamento de Medicina Preventiva, da USP, sob coordenação da Prof. Ana Maria Fernandes Pitta.

Outro trabalho considerado na elaboração dos questionários, também pela magnitude do país no qual foi desenvolvido - Brasil -, foi o Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: Situação Atual e Tendências (Botega & Schechtman, 1997), projeto conjunto entre a UNICAMP e o Ministério de Saúde, apoiado pelo CNPq.

2.1 Inquérito postal

A remessa postal foi feita em duas etapas, utilizando dois questionários com diferentes fins; eles foram acompanhados de uma carta que explicitava a origem, a finalidade e o lugar onde era desenvolvida a pesquisa (ANEXO 1).

Ambos os inquéritos apresentaram características comuns; na primeira parte, solicitaram-se dados gerais da pessoa que ia preencher o formulário e da instituição a que pertencia; logo, sugeriu-se a possibilidade de acrescentar informação, no caso de considerá-la necessária; explicitou-se que os itens que não fossem preenchidos seriam avaliados como dados não disponíveis; por último, eles foram estruturados com base em perguntas fechadas, apresentando majoritariamente três opções.

Primeiro inquérito

Ele visou estabelecer um primeiro contato, levantando dados gerais sobre diferentes aspectos da assistência psiquiátrica (ANEXO 2). Nesses dados, pode-se distinguir que:

1. Algumas das perguntas visavam a aspectos mais qualitativos da saúde mental; entre as variáveis de tipo qualitativo estão, por exemplo:

a) existência de:

a.1) documento oficial sobre uma política de saúde mental no país;

a.2) programa nacional de saúde mental no país;

b) objetivos do programa claramente explicitados ou não;

- c) estimacão dos custos e outras implicaes do orçamento especificadas adequadamente, parcialmente ou não especificadas;
 - d) infra-estrutura existente adequada ao programa;
 - e) recursos humanos condizentes com o programa.
2. Outras perguntas visavam a aspectos mais quantitativos da saúde mental:
- a) número de psiquiatras que trabalham na esfera pública;
 - b) número de hospitais psiquiátricos públicos que existem no país etc.

Segundo inquérito

O segundo questionário (ANEXO 3) foi basicamente organizado para obter dados sobre as UPHGs. Entre as perguntas que visavam colher informação específica sobre as próprias Unidades Psiquiátricas (UPs), algumas aprofundavam o conhecimento da existência ou não de diferenças, segundo os países. Partindo desses dados, a intenção foi traçar um perfil da assistência psiquiátrica nos países de América do Sul, considerando em quais deles se utilizam as UPHGs como medida descentralizadora do hospital psiquiátrico tradicional, e suas características gerais.

Entre as perguntas das UPs, distinguiu-se entre aquelas que indagavam aspectos gerais e aquelas que atendiam a aspectos mais específicos. No primeiro caso - as gerais - identificam-se, por exemplo:

- a) localização em relação ao hospital geral;
- b) possíveis modelos assistenciais;
- c) adequação da estrutura do prédio das UPs em função da demanda assistencial;
- d) conformação da equipe de trabalho;
- e) existência de programas de atualização para os recursos humanos.

No segundo caso - características específicas - procurou-se obter dados no que diz respeito  população-alvo:

- a) diagnósticos mais freqüentes nas internaces;

- b) faixas etárias dos pacientes internados nas enfermarias psiquiátricas - no caso de haver enfermarias;
- c) tempo médio (em dias) de internação;
- d) existência de dificuldades ou não na provisão dos medicamentos necessários, nas enfermarias;
- e) modificação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais nos últimos dez anos etc.

Fontes de informação

Após definir o instrumento, foram selecionadas as fontes de informação. Devido ao número de unidades de análise - 10 no total - e a diversidade nas suas características, selecionaram-se três tipos de fontes que compreendem áreas governamentais e não governamentais:

- Ministérios de Saúde;
- Sociedades de Psiquiatria;
- Informantes-chave.

Na confecção das diferentes listas (ANEXO 4), foram utilizados distintos materiais. No caso dos Ministérios de Saúde, revisaram-se documentos da OPAS, procurando os dados dos Diretores ou responsáveis dos Departamentos de Saúde Mental.

No caso das Sociedades de Psiquiatria, consultou-se a página web da Associação de Psiquiatria para América Latina (APAL) e contactou-se seu atual presidente - Dr. Roger Montenegro - via internet. O inquérito foi dirigido aos Presidentes, solicitando que derivassem o inquérito a uma pessoa da instituição que estivesse trabalhando no tema da pesquisa ou contasse com a informação necessária.

Considerou-se informante-chave àquele profissional que se destaca no tema ou área segundo sua experiência e produção acadêmica. Tal critério foi implementado através das citações desses profissionais em diferentes artigos e livros no momento da revisão bibliográfica e através de uma pesquisa feita pelo Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -

Hideyo Noguchi” (Perales e col. 1995). Nos países em que se apresentavam vários informantes-chave, a seleção foi feita aleatoriamente.

Para ambos os inquéritos se confeccionaram lembretes (ANEXO 5) que foram enviados àqueles organismos / instituições, dos diferentes países, que não tivessem respondido no prazo estabelecido, assim como também se manteve contato via fax e e-mail, para facilitar as comunicações e respostas.

Na fase prévia ao envio dos questionários, se estabeleceram alguns critérios sobre a presença de possíveis dados conflitantes das fontes de informação:

- 1) Em um mesmo país com várias fontes de informação, sendo uma delas governamental (Ministério de Saúde), esta seria a fonte selecionada;
- 2) Em um mesmo país com duas fontes não governamentais, se optaria pelo informante-chave.

Essa situação confirmou-se no momento em que foram confeccionadas as matrizes de dados e suas respectivas codificações (ANEXO 6).

3. Organização e análise dos dados

De acordo com o objetivo de traçar um perfil da assistência psiquiátrica na região sul-americana, estruturando um conjunto de dados até agora desarticulado e fragmentado, uma das principais finalidades dessa pesquisa é converter a informação colhida em instrumento de apoio para futuros trabalhos. Dessa forma, a apresentação da informação em tabelas e gráficos, nos diferentes níveis de agregação, foi feita com a intenção de facilitar ao máximo a descrição das tendências. Os dados foram sistematizados através do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 1992).

Capítulo V

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Neste capítulo são apresentados, analisados e discutidos os dados relacionados à assistência psiquiátrica na América do Sul, basicamente na última década, derivados dos inquéritos postais e dos materiais enviados pelas fontes de informação. Com base neles se traça, em linhas gerais, um perfil da assistência psiquiátrica na América do Sul, dando-se especial atenção às Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerias.

1. A assistência psiquiátrica sul-americana hoje

1.1 Considerações prévias

Acredita-se pertinente contextualizar, previamente à apresentação dos dados, a composição institucional do setor de saúde na qual se encontra incluída a saúde mental, na América do Sul. Na totalidade dos países existem, basicamente, dois sistemas paralelos de assistência médica. Por um lado, um subsistema privado em que, conforme cada país e área na qual ele se desenvolve, variam sua importância e suas características e, por outro, um subsistema público que inclui um leque de instituições nas quais se destacam os Ministérios de Saúde e a Seguridade Social.

Segundo a OPAS (1988), essa diversidade de instituições tem sido caracterizada da seguinte forma:

- Subsistema sob a responsabilidade dos Ministérios de Saúde, teoricamente destinado à população sem cobertura do Seguro Social, e sem capacidade econômica para entrar num subsistema privado;
- Subsistema de Seguro Social, com responsabilidades de assistência à população trabalhadora que faz aportes e seus respectivos familiares. Esse tipo de cobertura é limitada na maior parte dos países e sub-regiões;

- Instituições descentralizadas ou especiais de Seguro Social para empregados públicos, forças armadas ou empresas estatais;
- Subsistema de assistência médica privado, de caráter lucrativo, para grupos com acesso econômico;
- Subsistema privado ou semi-privado, não lucrativo, financiado com recursos privados, mas com participação financeira estatal, para cobrir algumas das necessidades insatisfeitas da população ou grupos profissionais.

A Tabela 1 leva em conta as áreas de responsabilidade no setor de saúde dos diferentes países da América do Sul para 1984.

Tabela 1. Áreas de responsabilidade no setor de saúde na América do Sul em 1984

Países	Área de responsabilidade no setor de saúde
Bolívia, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru	Prevalência dos Ministérios c/participação do Seguro Social e prática privada
Argentina, Brasil, Uruguai, Venezuela	Distribuída eqüitativamente entre Seguro Social e Ministérios, c/grande participação da prática privada
Chile	Fundamentalmente do Ministério, c/prática privada

Para a análise de algumas das variáveis e da situação atual da área no continente, foram levados em conta alguns itens da Declaração de Caracas (ANEXO 7). Partindo da idéia de que ela é o primeiro encontro no qual oficialmente todos os países participantes - com representação de todos os setores envolvidos no tema - comprometeram-se a realizar reestruturas na assistência psiquiátrica, observa-se quais são as dimensões das mudanças realizadas nas diferentes unidades de análise.

Como o relevamento de dados é semi-exaustivo, no sentido de que permite uma primeira aproximação à situação atual da assistência psiquiátrica na América do Sul, a situação

que se descreve no nível nacional não é necessariamente representativa da situação vivida pelas diferentes unidades geopolíticas internas dos países, porém algumas diferenças foram ilustradas através das respostas adicionadas nos questionários.

1.2 Dados do primeiro inquérito

As listas confeccionadas para o primeiro inquérito constituíram um total de 28 fontes de informação. Desse total, foram respondidos 14 inquéritos, cobrindo a totalidade dos países sul-americanos; isso significa que alguns deles apresentaram mais de uma fonte de informação (ANEXO 8). Destaca-se que 57,2% das respostas foram fornecidas pelos Ministérios de Saúde, 28,6% pelas Sociedades de Psiquiatria e 28,6% pelos informantes-chave.

Uma exceção foi feita no caso da Argentina: o Dr. Guillermo Vidal, informante-chave, comunicou não saber sobre a existência de um Programa de Saúde Mental no nível nacional, incluindo o nome e endereço do Diretor de Saúde Mental do Ministerio de Salud y Acción Social desse país, para entrar em contato. O Diretor desse departamento, Lic. Roberto Lo Valvo, informou que apenas contava com informação da capital, Buenos Aires e, devido à descentralização na área da saúde, devia-se pedir informação aos Departamentos de Saúde Mental das diferentes Províncias, acrescentando alguns nomes e endereços. Conseguiu-se enviar o primeiro inquérito a seis das 24 Províncias⁶⁵, das quais se obtiveram apenas 3 respostas; o segundo inquérito não foi enviado, dadas as dificuldades apresentadas na coleta de dados. Desta maneira, a informação obtida sobre Argentina não é representativa da situação do país; por tal motivo, na apresentação geral dos dados do primeiro inquérito aparecem apenas 9 países. A situação da Argentina se descreve por separado, tendo-se obtido dados na “Guia de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina” (Argentina, 1995), do Ministério desse país. A informação que completava alguns dos itens pesquisados no inquérito foi acrescentada nas tabelas e gráficos.

A informação obtida permite identificar algumas orientações gerais sobre a assistência psiquiátrica no continente sul-americano, que permitiram esboçar um perfil da mesma.

⁶⁵ O inquérito enviado às Províncias foi uma adaptação do inquérito original (ANEXO 9).

➤ Políticas e Programas de Saúde Mental

Nos 9 países que responderam o inquérito existe uma política de saúde mental. Ela foi explicitada num documento oficial apenas em 5 dos 9 países (Bolívia, Chile, Colômbia, Uruguai e Venezuela); nos 4 restantes (Brasil, Equador, Paraguai e Peru) existe uma declaração verbal de intenções.

As políticas deram lugar aos diferentes Programas de Saúde Mental. Estes programas foram redigidos em documentos oficiais em 7 países (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru, Uruguai e Venezuela); nos dois países restantes (Brasil e Paraguai), apenas se apresentam através de uma declaração verbal. Nos 9 países sul-americanos, a cobertura dos programas é de caráter nacional.

Informações complementares (Perales e col., 1995) assinalam que na maioria dos países os governos outorgam uma baixa prioridade à saúde mental, centrando-se as políticas, basicamente, nas doenças infecto-contagiosas, atenção materno-infantil e problemas nutricionais.

➤ Início dos Programas

Para observar mais claramente os momentos em que se começaram a pôr em prática os programas no continente, tomou-se como ponto de referência a Declaração de Caracas (1990). Nesse sentido, observa-se que a maioria dos programas sul-americanos foram implementados após esse encontro.

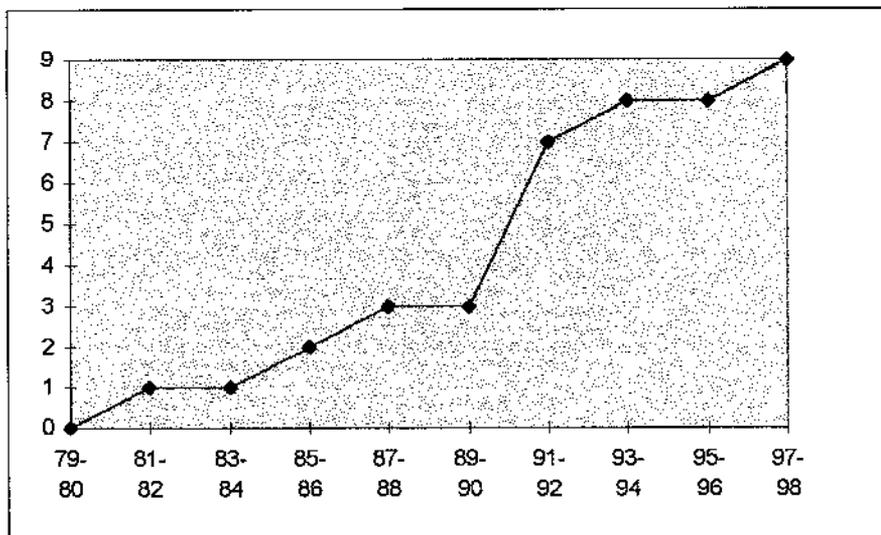
Num nível mais específico, é possível observar que:

- ◆ 3 países (Bolívia, Equador e Uruguai) realizaram modificações nos programas de saúde mental antes da Declaração;
- ◆ 2 países (Brasil e Peru) realizaram modificações nos programas de saúde mental um ano após da Declaração;
- ◆ 4 países (Chile, Colômbia, Paraguai e Venezuela) realizaram modificações nos programas de saúde mental mais de um ano após a Declaração.

Levando-se em conta que 3 países realizaram modificações antes da Declaração e em 2 foi concomitante a ela, pode-se dizer que o fenômeno da reestruturação da assistência

psiquiátrica no continente é recente, basicamente desta última década, sendo a Colômbia o país que realizou modificações mais recentemente (1998). No Gráfico I se ilustra o ano de implementação dos Programas nos países sul-americanos.

Gráfico I. Ano de implementação dos Programas na América do Sul



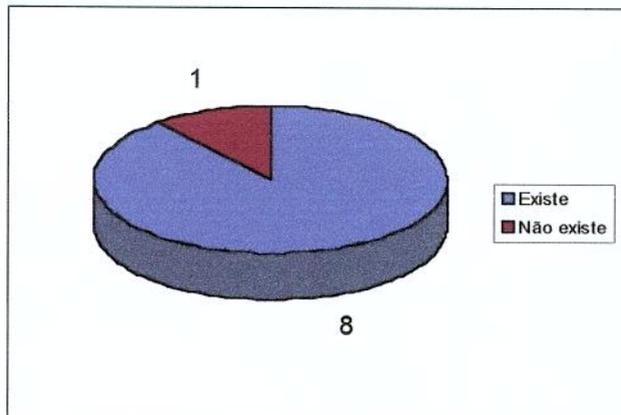
1981: Equador; 1985: Bolívia; 1987: Uruguai

1991: Brasil e Peru

1992: Paraguai e Venezuela; 1993: Chile; 1998: Colômbia

No primeiro item da Declaração se destaca a importância da integração da assistência psiquiátrica à Atenção Primária de Saúde (APS). A esse respeito, nas respostas do inquérito observa-se que em 8 países (Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela) os programas de saúde mental estão vinculados à APS; apenas na Bolívia não existe integração. O Gráfico II ilustra em quantos países existe vinculação entre a Saúde Mental e APS.

Gráfico II. Vinculação entre Saúde Mental e Atenção Primária de Saúde



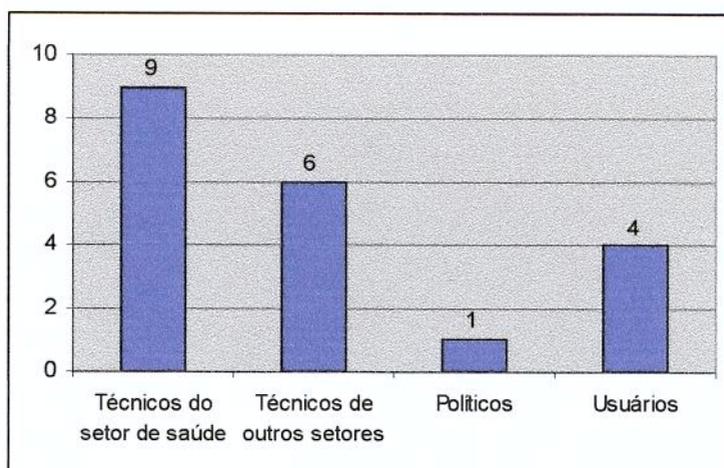
É importante considerar que, quando se faz menção à existência de uma integração entre a saúde geral e a saúde mental, não significa que a política seja desenvolvida de forma equitativa em todo o território nacional. A esse respeito, o Equador informa que, das 21 Províncias que conformam o país, apenas 10 - menos da metade - contam com Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental nos Departamentos de Medicina Interna dos hospitais gerais.

O sexto item da Declaração diz respeito ao compromisso contraído por todos os atores presentes no evento em promover a reestrutura nos respectivos países. Nesse sentido, destaca-se que a participação dos diferentes setores na elaboração dos Programas foi heterogênea:

- ◆ em todos os países participaram técnicos do setor de saúde;
- ◆ em 6 países (Bolívia, Colômbia, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela), além desses técnicos, intervieram também técnicos de outros setores;
- ◆ em 4 países (Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) participaram usuários;
- ◆ apenas na Venezuela participaram também políticos.

O Gráfico III considera a participação dos diferentes setores que intervieram na elaboração dos Programas.

Gráfico III. Setores responsáveis pela elaboração dos Programas



Em relação ao grau de especificação da função do usuário nos programas, é importante salientar que, dos 9 países:

- ◆ em 6 (Bolívia, Brasil, Colômbia, Paraguai, Uruguai e Venezuela) a especificação é parcial;
- ◆ em 3 (Chile, Equador e Peru) não está especificada.

Em outras palavras, constata-se que em 4 dos 9 países intervieram representantes dos usuários, mas em 6 deles suas respectivas funções estão parcialmente especificadas nos programas e em 3 não estão especificadas. A Tabela 2 apresenta o grau de especificação da função do usuário nos programas.

Tabela 2. Situação da especificação da função dos usuários nos Programas

Especificação da função	Nº de Países
Especificados parcialmente	6
Não especificados	3

Observando essa variável e considerando-a um indicador da maior ou menor adesão por parte dos países à Declaração de Caracas, os dados indicam que, apesar de a função dos usuários nos programas aparecer parcialmente especificada em 67% dos países, apenas em

44% deles participaram efetivamente representantes dos usuários; portanto, existiria uma adesão parcial à Declaração a esse respeito.

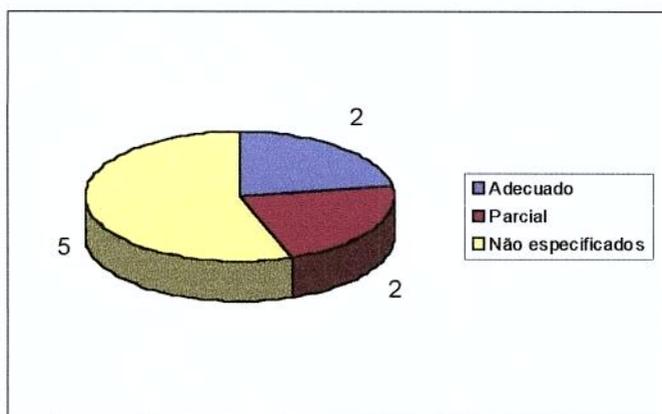
➤ Aspectos dos Programas explicitados

Na bibliografia da área, tanto regional quanto internacional (Arana, 1992; León, 1981; Detre & Kupfer, 1975; Greenhill, 1979; Bachrach, 1986; Goldman, 1988) aponta-se para a importância outorgada a alguns fatores, cujo papel é básico para um adequado funcionamento dos programas, entre eles, a explicitação dos objetivos, dos custos/orçamento, a existência de um sistema de avaliação e a disponibilidade de recursos materiais e humanos.

No que diz respeito ao primeiro elemento - explicitação dos objetivos -, observa-se que em 8 países (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru, Uruguai e Venezuela) eles foram explicitados em um documento oficial; apenas no Brasil aparecem explicitados através de uma declaração verbal.

Quanto ao segundo elemento - custos/orçamento -, destaca-se que em 5 países (Bolívia, Chile, Colômbia, Uruguai e Venezuela) estes não aparecem especificados; em 2 países (Brasil e Peru) aparecem parcialmente especificados, e apenas nos 2 restantes países (Equador e Paraguai) estão adequadamente especificados. O Gráfico IV considera a especificação desse item nos programas.

Gráfico IV. Grau de especificação dos custos/orçamento dos Programas



Em relação à existência de avaliação ou acompanhamento dos programas, 5 países (Chile, Colômbia, Paraguai, Peru e Venezuela) estruturaram um sistema específico com esse objetivo; nos 4 outros países (Bolívia, Brasil, Equador e Uruguai) não existe tal sistema.

A respeito dos últimos dois fatores - recursos humanos e materiais -, Einstein & Stason (1992) dizem que

“Los límites de los recursos para la atención de salud obligan a que las decisiones relativas a su asignación estén guiadas por consideraciones de costo en función de los beneficios esperados, la relación entre gastos netos que demanda la atención y los beneficios netos para la salud proporcionan un iniciador que permite establecer prioridades”.

Se as prioridades dos governos estão localizadas em outras áreas que não incluem a saúde mental e aproximadamente 45% dos países não apresentam sistemas de avaliação, isso explicaria, em parte, os magros orçamentos de alguns países e a ausência deles em outros. A resposta adicional do Equador reforça essa idéia:

“Año tras año, la Dirección de Salud Mental elabora su presupuesto, desgraciadamente frente a las contingencias sociales, políticas y económicas del país, nuestros planteamientos se vuelven muy ideales y lejos de la realidad. Por ejemplo, para el año 1998 la Dirección planteó un presupuesto, y de manera no oficial se conoce que está aprobado el 50%”.

Sobre os recursos materiais, 8 países (Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai) declaram que a adequação ao programa é parcial; apenas a Venezuela declarou que não são adequados. Disso se infere que, na América do Sul, os recursos materiais são deficientes para dar suporte à demanda assistencial.

Os recursos humanos apresentam igual situação, pois na totalidade dos países eles são parcialmente adequados aos programas de saúde mental.

➤ Leitos Psiquiátricos

Levando em conta que outro item da Declaração de Caracas se refere à descentralização do hospital psiquiátrico e à criação de estruturas alternativas a ele, no inquérito se pesquisou, a esse respeito, o número de leitos psiquiátricos em duas estruturas: Hospitais Psiquiátricos (HPs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Essa informação serviu para

estruturar o segundo inquérito, na medida em que foi considerada um indicador da existência de estruturas intermediárias.

Dos dados obtidos, em linhas gerais, pode-se dizer que nos últimos dez anos se observa uma tendência a diminuir o número de leitos nos HPs.

No nível mais específico constata-se que:

- ◆ em 6 países (Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru, Uruguai) a tendência foi diminuir os leitos psiquiátricos;
- ◆ em 2 países (Equador e Venezuela) não se alterou o número de leitos;
- ◆ em 1 país (Bolívia) a tendência foi aumentar o número de leitos.

Na Tabela 3 ilustra-se o número de leitos, por país, segundo a instituição à qual pertencem.

Tabela 3. Número de leitos psiquiátricos e sua localização institucional em 1997

Países	Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais	Leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos	Total de leitos	% de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais/total de leitos psiquiátricos nos países
Bolívia	20	760	780	2,6
Brasil	1.800	60.000	61.800	2,9
Chile	301	1.881	2.182	13,8
Colômbia	2.000	2.100	4.100	48,8
Equador	-	1.217	-	-
Paraguai	8	360	368	2,2
Peru	-	918	-	-
Uruguai	210	1.657	1.867	11,2
Venezuela	1.100	3.000	4.100	26,8

O total de leitos nos HPs dos 9 países é de 71.893. O número de leitos psiquiátricos nos HGs foi fornecido por 7 dos países, dando um total de 5.439 leitos.

As informações sobre esse ponto indicam que no Equador, apesar de não ter havido alteração do número de leitos em HPs, a utilização deles tem diminuído. O motivo argüido para tal comportamento é a concretização da Reestrutura da Assistência Psiquiátrica e a Estratégia de Atenção Primária em Saúde Mental. No caso da Bolívia, o Ministério de Saúde acrescentou que o incremento no número de leitos foi de apenas 5%. No caso do Uruguai, o Ministério explicou que a diminuição é conseqüência de um esforço de desospitalização no setor público, que incluiu o fechamento de um dos hospitais psiquiátricos da capital, mas, no setor privado, o número de leitos tem aumentado nos últimos 10 anos.

Na Tabela 4 é mostrada a variação (estimativa) de leitos psiquiátricos em HPs (%) na última década, por país.

Tabela 4. Variação (estimativa) dos leitos psiquiátricos em HPs nos últimos 10 anos

Países	Variação (%)
Bolívia	5
Brasil	-30
Chile	-35,6
Colômbia	-8
Equador	0
Paraguai	-40
Peru	-32,20
Uruguai	-40
Venezuela	-10

Como se observa na tabela, as porcentagens de diminuição informadas se encontram, em sua maioria, entre 30 e 40%. É importante levar em conta que, tanto para o caso da Bolívia

quanto nos outros países apresentados na tabela, foi especificado nos questionários que os dados não eram exatos.

Essa variável permitiria, também, avaliar o grau de adesão dos países à proposta de Caracas. Nesse sentido, a diminuição em 2/3 dos países do número de leitos psiquiátricos pode ser interpretado como uma manifestação de adequação.

Dos sete países dos quais se obtiveram os dados completos em relação ao número total de leitos psiquiátricos em HPs e HGs, se observa que os que apresentam o maior coeficiente de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes são Brasil e Uruguai, enquanto o país que apresenta o menor coeficiente é a Venezuela. A Tabela 5 apresenta o total de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes.

Tabela 5. Total de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes por unidade de análise

Países	Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais	Leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos	Total de leitos psiquiátricos	População*	Total de leitos psiquiátricos/1.000 hab.
Bolívia	20	760	780	8.074.000	0,01
Brasil	1.800	60.000	61.800	161.384.000	0,4
Chile	301	1.881	2.181	14.237.000	0,1
Colômbia	2.000	2.100	4.100	35.101.000	0,1
Paraguai	8	360	368	4.893.000	0,07
Uruguai	210	1.657	1.867	3.186.000	0,6
Venezuela	1.100	100	1.200	21.483.000	0,05

* Fonte: OMS/OPS 1994

Num estudo publicado pela OMS em 1985, Freeman e col. estimaram que, de modo geral para os países europeus, um valor entre 0,5 a 1,0 leitos por 1000 habitantes seria uma cifra adequada. Ainda que não existam estudos semelhantes que ofereçam dados para países em desenvolvimento, segundo a informação da tabela se infere que apenas um país (Uruguai)

ultrapassa o mínimo estimado e um outro está próximo dele (Brasil); os demais países estão longe de alcançar esses níveis.

Além disso, na maioria dos inquéritos aparece como informação adicional que a distribuição desses leitos é desigual no nível nacional; em geral, se concentram principalmente nas grandes cidades.

Em suma, dos 9 países sul-americanos, todos eles apresentam uma política de saúde mental; a diferença está na forma em que ela é explicitada. Igual situação se apresenta em relação aos Programas de Saúde Mental. No que diz respeito à Reestruturação da assistência psiquiátrica, ela se localiza fundamentalmente nesta última década, portanto, pode-se dizer que é um fenômeno bem recente.

As características mais destacadas dessa reestrutura são:

- ❖ Na maioria dos países os objetivos dos respectivos programas estão explicitados em um documento oficial;
- ❖ Na maioria dos países os programas estão vinculados à Atenção Primária da Saúde;
- ❖ Na totalidade dos países intervieram, na elaboração destes programas, técnicos do setor de saúde, mas em menos da metade intervieram representantes dos usuários;
- ❖ Apenas na metade dos países existe um sistema de acompanhamento e avaliação do programa;
- ❖ Em mais da metade dos países não estão especificados os custos/orçamento do programa;
- ❖ Em 90% dos países a adequação dos recursos materiais existentes ao programa é parcial;
- ❖ Todos os países declaram que os recursos humanos existentes são parcialmente adequados ao programa;
- ❖ Em mais da metade dos países, a tendência, nesta última década, foi diminuir o número de leitos psiquiátricos, essa diminuição se encontra entre 30 e 40%, e apenas em um país aumentou (5%).

1.3 Dados do segundo inquérito

O número de inquéritos enviados foram 14, tomando-se como base as fontes que responderam ao primeiro questionário. Desse total, obtiveram-se 9 inquéritos preenchidos, que correspondem a 7 países (ANEXO 10); dois deles, Peru e Venezuela, apresentaram duas fontes de informação. Nesses casos se adotou igual critério, com relação à seleção dos dados, utilizado para o primeiro inquérito.

Os países que não responderam, apesar dos diferentes contatos que se estabeleceram por distintos meios, foram a Bolívia e o Uruguai. Considera-se que, por terem respondido mais da metade dos países, o trabalho pode apresentar um panorama amplo das características das UPHGs na América do Sul.

Observando as fontes que forneceram dados, destaca-se que 85% das respostas foram enviadas pelos Ministérios de Saúde, 28,6% das Sociedades de Psiquiatria e igual porcentagem dos Informantes-chave.

Em linhas gerais, os dados obtidos permitem afirmar que todos os países que responderam adotaram as UPHGs como estrutura alternativa em uma rede de atenção ao doente mental. A Tabela 6 apresenta a porcentagem de HGs com UP do total de HGs nas unidades de análise que permitiram esse cálculo, segundo as informações.

Tabela 6. Porcentagem de HGs com UP do total de HGs por país

Países	Total de HGs	Total de HGs c/UP	%
Chile	183	26	14
Colômbia	250	20	8
Equador	175	18	10
Paraguai	30	1	3

Os países restantes (Brasil, Peru e Venezuela) não aparecem na tabela por não terem disponível o número total de HGs do país. No que diz respeito ao número de HGs com UP, a informação é a seguinte: o Brasil conta com 83, o Peru com 26 e a Venezuela com 16.

➤ Características das UPs

No nível geral, da informação obtida sobre a localização das UPs em relação aos HGs na maioria dos países se apresentam no interior deles e não em estruturas anexas. As porcentagens seriam as seguintes: Brasil - 72%; Chile - 88%; Colômbia - 95%; Equador - 89%; Peru - 96%; Venezuela - 62%; no caso do Paraguai, a única UP em HG encontra-se localizada dentro do hospital.

No nível mais específico se observa que:

- ◆ no Brasil, na Colômbia, no Peru e na Venezuela algumas das UPs se encontram fora dos HGs, mas conectadas a eles (27,7%, 5%, 3,8%, 37,5% respectivamente);
- ◆ apenas no Chile e no Equador algumas UPs se localizam fora dos HGs, sem que exista conexão entre os prédios (11,5% e 11,1% respectivamente).

Em relação à estrutura dos prédios das UPs, se observa que:

- ◆ apenas em 2 países (Paraguai e Peru) é adequada à demanda assistencial;
- ◆ em mais da metade dos países que responderam (Brasil, Colômbia, Equador e Venezuela) é parcialmente adequada;
- ◆ Chile é o único país no qual se apresenta como não adequada.

Já a provisão de medicamentos das UPs, em linhas gerais, não é adequada às próprias necessidades. Mais especificamente é possível constatar que:

- ◆ em 4 países (Brasil, Colômbia, Equador e Venezuela) é descrita como parcialmente adequada;
- ◆ no Chile não é adequada;
- ◆ apenas em 2 países (Paraguai e Peru) é adequada.

Como resposta adicional, o Ministério do Chile acrescentou que, além de não ser adequada, é básica e desatualizada.

➤ Conformação das equipes de trabalho

Neste ponto se optou por 4 tipos possíveis de conformação das equipes de trabalho, que ao mesmo tempo determinariam o perfil assistencial das UPs:

- Multidisciplinar (Psiquiatras/Psicólogos/Enfermeiros/TO/AS/Médico geral);
- Parcialmente orientado a aspectos médico-psicológicos (Psiquiatra/Psicólogo/TO);
- Parcialmente orientado a aspectos comunitários (Psiquiatra/Psicólogo/TO/AS ou Médico/Enfermeira/Psicólogo/AS);
- Orientação médica (Psiquiatra/Enfermeiro ou Psiquiatra/Médico).

Segundo essa classificação, das respostas obtidas se infere que:

- ◆ em 5 países (Brasil, Chile, Colômbia, Equador e Venezuela) as equipes são de caráter multidisciplinar;
- ◆ apenas no Paraguai a equipe de trabalho está orientada a aspectos comunitários;
- ◆ no Peru há apenas uma orientação médica.

➤ Características dos recursos humanos das UPs

Em relação a esse ponto, 86% dos países que responderam não contam com os recursos humanos suficientes para cobrir as necessidades do serviço:

- ◆ em 2 países (Chile e Peru) não são adequados;
- ◆ em 4 países (Colômbia, Equador, Paraguai e Venezuela) são parcialmente adequados;
- ◆ apenas em 1 país (Brasil) os recursos humanos são adequados à demanda assistencial.

No inquérito do Chile, o Ministério explicita que esses recursos são insuficientes tanto para a assistência ambulatorial quanto para o funcionamento na rede.

Segundo a informação obtida das diferentes unidades de análise, em todas elas existem, atualmente, programas de capacitação desses recursos, e apenas a Venezuela respondeu ter tido, em anos anteriores, cursos com igual objetivo.

➤ Modalidades de atendimento

No inquérito enviado se apresentaram três modalidades possíveis de assistência nas UPs: Ambulatório, Enfermaria Psiquiátrica e Emergência Psiquiátrica. Dessa forma, se observaria o nível de complexidade das diferentes UPs.

Em linhas gerais, nos 7 países predominam duas das três modalidades de atendimento propostas: ambulatório e enfermaria psiquiátrica; 5 deles (Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai e Venezuela) apresentam, também, emergência psiquiátrica, não havendo essa modalidade assistencial, entretanto, nas UPs do Equador e do Peru. A Tabela 7 apresenta as porcentagens de UPs com as diferentes modalidades de assistência.

Tabela 7. Porcentagens das diferentes modalidades assistenciais presentes nas UPs

Países	Ambulatório (%)	Enfermaria Psiquiátrica (%)	Emergência Psiquiátrica (%)
Brasil	54	100	43
Chile	42	58	8
Colômbia	100	100	100
Equador	100	100	-
Paraguai	100	100	100
Peru	100	77	-
Venezuela	69	100	56

➤ Pacientes assistidos nas enfermarias psiquiátricas

Das informações obtidas, 6 países (Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru e Venezuela) informaram o número da população assistida nas enfermarias psiquiátricas. Devido às diferenças na classificação segundo as faixas etárias dos 3 países que responderam essa variável, os dados se apresentam por unidade de análise.

Faixas etárias

Colômbia - Até 16 anos - 2%

De 17 a 22 anos - 8%

De 23 a 60 anos - 75%

Maiores de 61 anos - 15%

Peru - Até 12 anos - 5%

De 13 a 18 anos - 50%

De 19 a 40 anos - 35%

Mais de 60 anos - 10%

Venezuela - Até 12 anos - 3%

De 13 a 18 anos - 20%

De 19 a 65 anos - 70%

Mais de 66 anos - 3%

As porcentagens dos pacientes assistidos nas enfermarias psiquiátricas, em relação ao total de internações psiquiátricas, revelam que:

- ◆ dois países (Peru e Paraguai) se destacam por serem os que apresentam as maiores porcentagens (12,6% e 8,2% respectivamente);
- ◆ os países restantes apresentam valores entre 0,2% e 2,3% da população total.

➤ Diagnósticos de internação mais frequentes nas Enfermarias Psiquiátricas

Dos diferentes diagnósticos mencionados como mais frequentes nas internações, predominariam a esquizofrenia e outros transtornos delirantes não orgânicos, seguidos pelos transtornos afetivos, os transtornos orgânico-cerebrais, os transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e as tentativas de suicídio.

➤ Tempo de internação nas enfermarias

Os dias de internação nas enfermarias psiquiátricas variam de acordo com os países:

- ◆ a Venezuela é o país que apresenta o valor mais alto, em dias, de internação (45 dias);
- ◆ Paraguai é o país que apresenta o valor mais baixo (5 dias);
- ◆ os outros países (Brasil, Chile, Colômbia, Equador e Peru) utilizam entre 11 e 21 dias para a internação.

Na Tabela 8 se ilustra o tempo médio utilizado nas internações nas diferentes unidades de análise.

Tabela 8. Tempo médio (em dias) de internação nas enfermarias psiquiátricas

Países	Tempo médio de internação (dias)
Brasil	14
Chile	18
Colômbia	21
Equador	21
Paraguai	5
Peru	11
Venezuela	45

➤ Leitos nas enfermarias psiquiátricas

Em linhas gerais, para essa variável se observa que, nos últimos 10 anos, a tendência dos leitos nas enfermarias das UPs foi aumentar seu número. Dados mais específicos revelam que:

- ◆ em 4 dos 7 países (Brasil, Chile, Peru e Venezuela) o número de leitos aumentou;
- ◆ em 2 países (Colômbia e Equador) não se alterou.

Sobre esse ponto, duas respostas adicionais devem ser mencionadas. No caso do Paraguai, a primeira UP foi aberta apenas em 1997, portanto, não se podem apresentar dados; no caso do Chile, o Ministério informou que, na região metropolitana, os leitos nas enfermarias alcançaram um aumento de aproximadamente 500%, não apresentando maiores variações nas províncias, embora nelas tenha aumentado a qualidade da infra-estrutura e do funcionamento.

No que diz respeito às porcentagens do incremento dos leitos, o Brasil e o Peru são os países que apresentam as maiores porcentagens, enquanto o Chile e a Venezuela apresentam as menores. Esses dados podem ser constatados na tabela 9.

Tabela 9. Porcentagem de incremento dos leitos psiquiátricos na última década

Países	Incremento (%)
Brasil	75
Chile	10
Peru	50
Venezuela	12

➤ Argentina

Na classificação dos diversos estabelecimentos, o Ministério da Saúde argentino utilizou diferentes critérios. Em primeiro lugar, esses estabelecimentos se apresentam segundo a dependência administrativa, identificando-se três setores: oficial, privado e obras sociais. Dentro do primeiro setor, classificam-se em: a) nacionais; b) provinciais; c) municipais.

Outro critério utilizado na classificação é por especialidades, destacando-se os estabelecimentos:

1. Gerais - com vários serviços: prevenção, tratamento e reabilitação, destinados a um ou ambos os sexos e, alguns, a vários ou todos os grupos etários. Este grupo se subdivide em: a) geral sem especialidade; b) geral com especialidades básicas; c) geral com especialidades críticas; d) geral com outras especialidades.
2. Especializados - seu objetivo visa à prevenção, tratamento e/ou reabilitação de pacientes que apresentam uma doença específica, ou afeção de um sistema.

Segundo a fonte consultada, entre os anos de 1980 e 1995 surgiram no setor da saúde vários fenômenos novos, entre os quais se destacam: a) incremento no número de estabelecimentos assistenciais (de 9.051 passou para 16.085); b) surgimento de novas modalidades de atendimento (Serviços de Traslado Sanitários; Hospital-Dia⁶⁶; Internação

⁶⁶ Este tipo de estabelecimento se refere, segundo uma resolução ministerial, exclusivamente àqueles que estão dentro da área da Saúde Mental.

Breve⁶⁷ e *Vacunatorios*⁶⁸); c) acentuação da fragmentação do recurso físico (funcionamento de diferentes empresas num mesmo estabelecimento); d) surgimento de formas complementares de assistência entre os setores público e privado, sendo agrupadas sob a denominação de Mistas.

Apesar da presença desses fenômenos em todo o país, nas províncias, entre 1980 e 1995, não existiram diferenças significativas com respeito à concentração dos estabelecimentos. Apenas 4 das 24 províncias (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba e Capital Federal) concentram mais de 50% dos estabelecimentos de Saúde, possuindo 64,2% dos habitantes do país.

Dos 16.085 estabelecimentos existentes, 12.775 são classificados como Sem Internação, sendo o grupo que mais aumenta no período mencionado; aqueles que realizam internação são apenas 3.310. Os primeiros quase se duplicaram no período de 1980-1995, os segundos registraram um aumento de apenas 10%.

A saúde mental é a área que apresenta a maior concentração de estabelecimentos especializados (225 no total; 17,8% no setor oficial e 82,2% no setor privado), bem como a que possui a maior quantidade de leitos, 24.334. É ainda a área onde se registram as maiores diferenças entre os setores oficial e privado. Enquanto os 40 estabelecimentos do âmbito oficial têm um total de 15.074 leitos, os 185 do âmbito privado apresentam um total de 9.158 leitos. No primeiro setor se registra uma média de 376,9 leitos e o segundo apenas alcança 49,5 leitos. Quanto às patologias assistidas e perfis sociais da clientela, novamente se observam diferenças entre ambos os setores; o setor oficial concentra quase todos os seus recursos na assistência de pacientes crônicos, sendo sua média de leitos por unidade significativamente maior que nos restantes setores.

Das informações recebidas nos inquéritos, se destaca a dificuldade na obtenção de dados tanto no nível nacional quanto provincial e municipal e a desigualdade do

⁶⁷ Estes estabelecimentos são aqueles que se dedicam às especialidades de Oftalmologia, Genética/Fertilidade, Cirurgia Plástica e Odontologia, mas que apresentam as mesmas características que o denominado Hospital-Dia.

⁶⁸ Entende-se, por *Vacunatorios*, Locais de vacinação.

desenvolvimento das políticas e programas de saúde mental nas diferentes jurisdições. Claros exemplos disso são as respostas de três províncias: Buenos Aires (Mar del Plata), Chaco e Río Negro. Na primeira delas, o chefe do Departamento de Saúde Mental respondeu que, na província, não existe Plano de Saúde Mental e que seu departamento responde a políticas e programas no nível municipal. A esse respeito, não está especificado o orçamento e a infraestrutura existente e os recursos humanos são parcialmente adequados; o único setor que participou da elaboração do programa foi o da saúde, e o papel e funções dos usuários na planificação do programa e suas ações é parcialmente especificada; existe uma indicação específica - por escrito - de monitoração e avaliação do Programa de Saúde Mental.

Em contraposição, nas outras duas províncias as situações são bem diferentes. Sobre a província do Chaco, informa-se que existe uma política e um programa de saúde mental; ambos foram instrumentalizados recentemente, 1997, e seus objetivos se encontram explicitados em documentos oficiais. Os papéis e funções dos usuários na planificação desse programa estão adequadamente especificados e existe uma indicação específica de integração com a APS. Entretanto, o orçamento não está especificado, a infra-estrutura existente e os recursos humanos são parcialmente adequados ao programa, de cuja elaboração participaram apenas técnicos do setor de saúde. Não existe ainda uma indicação específica escrita de avaliação e, por último atualmente não existe um lugar onde possam ser enviados os pacientes crônicos sem familiares.⁶⁹

A situação apresentada na província de Río Negro difere bastante das anteriores; nela existe, também, um documento oficial que explicita uma política e um programa de saúde mental que começou a funcionar a partir de 1986; seus objetivos estão especificados num documento oficial e seu orçamento está adequadamente explicitado. Informam que a infraestrutura existente é totalmente adequada ao programa, assim como também os recursos humanos. Participaram na elaboração dele tanto os setores de saúde quanto os políticos e os usuários, estando os papéis e funções dos últimos claramente explicitados; o programa também

⁶⁹ Junto ao inquérito foram enviados o Programa de Saúde Mental - Atenção Primária, as Normas de funcionamento dos Serviços de Saúde Mental da província, um Plano de Saúde Mental com as necessidades materiais e profissionais que se precisam cobrir para desenvolver o programa e um informe que caracteriza a província desde sua fundação - 1878 - até o presente, do ponto de vista social, econômico e cultural.

conta com um sistema de avaliação específico. Nos últimos dez anos, o número de leitos nos hospitais psiquiátricos diminuiu 100 %, contando a província com 5 casas de meio-caminho e centros comunitários de saúde mental, que funcionam eventualmente como Hospitais-Dia, priorizando atividades de promoção e reinserção psicossocial dos pacientes. No caso de se efetuarem internações psiquiátricas nos hospitais gerais, elas apresentam um tempo médio de 10 dias de estadia.⁷⁰

2. Discussão

O instrumento escolhido para a coleta de dados - o inquérito postal - apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as primeiras, do ponto de vista dos recursos disponíveis, ele resultou menos oneroso que um levantamento de dados realizado pessoalmente (através de entrevistas semi-estruturadas e outras fontes de dados), o que significaria um traslado aos diversos países. Outra vantagem é que permitiu obter dados gerais, tanto dos Programas de Saúde Mental quanto de uma das estratégias alternativas ao hospital psiquiátrico - as UPHGs - dos países sul-americanos, transformando-se, dessa forma, no primeiro trabalho independente que consegue apresentar essa informação, em caráter continental, abrindo a possibilidade de futuras pesquisas.

Entre as desvantagens, encontra-se a confiabilidade dos dados obtidos, que poderia ser relativa no caso de o inquérito ser preenchido por uma pessoa que não disponha dos dados adequados. A forma que se encontrou para prevenir esse risco foi através da solicitude de que o preenchimento dos questionários não fosse anônimo. Assim também se facilitaram futuros contatos para esclarecimentos e ampliação da informação. Uma outra limitação apresentada por esse instrumento foi, por um lado, a dificuldade e demora nas respostas e, por outro, nos esclarecimentos dos possíveis dados, levando em consideração o tempo disponível para a análise e elaboração do trabalho.

⁷⁰ Foi acrescentado ao inquérito um informe intitulado "Reseña de Implementación de la Ley 2440" onde se especifica o processo que foi desenvolvido na província até chegar a situação descrita anteriormente, destacando algumas regiões particularmente.

É importante esclarecer que muitos dos dados obtidos foram classificados pelas próprias fontes como aproximados. Esse fator nos faz refletir sobre a dificuldade que encontramos, dentro dos próprios países, na obtenção de informação exata; exemplos claros disso foram o caso da Argentina e, no segundo questionário, o fato de que foram, majoritariamente, os Ministérios os que responderam.

Na busca de informação complementar, constatamos uma falta importante de publicações sobre o tema, detectada através da revisão bibliográfica realizada. Nela, no que diz respeito à bibliografia latino-americana, apenas foram localizados 3 artigos sobre a assistência psiquiátrica com igual escopo - continental - (Delgado & Trelles, 1939; León, 1972; Perales e col., 1995). Os dois primeiros apresentam informação em relação a algumas das variáveis pesquisadas no presente trabalho, e o terceiro mostra um panorama da situação da saúde mental em 1995 no continente sul-americano.

Outra dificuldade que deve ser mencionada foi o idioma; apesar de os dois inquéritos terem sido redigidos em espanhol - língua materna da pesquisadora - o fato das diferenças idiomáticas nos respectivos países e a influência do português levaram a que, por exemplo, na pergunta Nº 3 do primeiro inquérito (tipo de abrangência do programa no país), uma das opções tivesse sido 'estatal', quando deveria ter sido utilizada a palavra 'nacional'. Nesse sentido, a maioria dos países acrescentaram essa opção como resposta adicional.

Na fase de análise dos dados do segundo questionário, constatou-se que, na pergunta Nº 3 (Características da infra-estrutura dos prédios dos HGs com UP), faltou a consideração sobre a antiguidade das UPs. A esse respeito já foram contatadas as diferentes fontes, solicitando esse dado para que possa ser incluído em futuras publicações.

Do total de dados apresentados sobre os dois inquéritos, alguns deles chamam especialmente a nossa atenção. Para a análise deles se seguiu a ordem em que foram apresentados no início do capítulo. A primeira informação em destaque é que, ainda hoje, quatro países não tenham documento oficial para explicitar a Política de Saúde Mental que se pretende levar adiante no país e, além disso, dois desses países (Brasil e Paraguai) também não apresentam um documento oficial sobre o programa, sendo que este se fundamenta na política. No caso do Brasil, é significativo na medida em que tenha sido um dos países a avançar bastante na reestrutura da área nos últimos anos (OPAS, 1996).

Os anos de implementação dos programas nos permitiriam pensar que a Declaração de Caracas possibilitou reafirmar os avanços que alguns países já tinham começado a fazer e ajudar na concretização desse fenômeno nos países restantes, ou seja, constituir-se no marco formal daquilo que se estava gestando em certos países e sendo levado à prática em outros.

Em relação aos diferentes setores que trabalharam na elaboração dos programas, chama a atenção a quase nula participação dos políticos, se comparado à transcendência que o movimento reformista teve nas experiências dos Estados Unidos, Inglaterra e Itália, por exemplo. Dentre a bibliografia que descreve a importância que foi outorgada às discussões sobre a reestrutura nesses países, tanto a favor quanto contra, se destacam: Caplan (1985), que faz uma minuciosa descrição no caso dos Estados Unidos, Greenhill (1979) e Raftery (1992) no caso da Inglaterra, Crepet (1988) e Reali (1990) na Itália. Mas no caso da América do Sul, as discussões parecem ter ficado restritas, em sua maioria, aos setores da saúde e outros setores, destacando-se também o fato de que os objetivos e funções dos usuários não aparecem claramente especificados em 33% dos países, apesar de os usuários terem participado em 44% dos programas.

Arana (1992) e León (1981) chamam a atenção sobre alguns fatores que devem estar presentes em qualquer programa de saúde mental e apresentam ênfase:

- na pertinência que devem ter os programas, no sentido de estarem dirigidos apropriadamente às populações de alto risco;
- na eficácia, no sentido de avaliar previamente se o impacto que vai ter o programa é benéfico para os usuários;
- na eficiência, no sentido de os programas serem capazes de obter resultados economizando tempo e recursos;
- na avaliação permanente, já que sem ela é impossível determinar
 - a) vantagens e desvantagens dos programas;
 - b) o controle de qualidade para manter mínimas e ótimas condições de trabalho e assistência;
 - c) mudanças e reajustes durante o desenvolvimento do programa.

No caso de os programas terem uma orientação comunitária, León (1981) põe especial ênfase na participação daquelas pessoas que recebem o serviço, pois, sem a colaboração das mesmas, o funcionamento do programa é limitado, restrito.

Ao observar alguns desses fatores nos dados obtidos, verifica-se que em 5 países (56%) não aparecem especificados os custos/orçamentos dos programas e em 2 deles (22%) o orçamento está parcialmente especificado. No que diz respeito aos sistemas de avaliação, ainda existem 4 países (44%) que não conseguiram estruturar sistemas de avaliação que permitam conferir os resultados obtidos até o presente nos programas em andamento.

Apesar de se apresentar, em alguns países, uma situação que poderia ser qualificada de boa, no sentido de terem documentos oficiais que explicitam uma política e um programa de saúde mental - já com vários anos de desenvolvimento - e sistemas de avaliação, na totalidade dos países os recursos humanos e materiais com os quais os programas contam são só parcialmente adequados à demanda assistencial.

Levando em conta o último dado e também que em aproximadamente 67% dos países sul-americanos o número de leitos psiquiátricos em HPs tem diminuído entre 30 e 40%, e que isso foi acompanhado por um aumento de leitos psiquiátricos em HGs, observa-se quase a mesma dificuldade apresentada pelas experiências dos países desenvolvidos. Assim, a desativação ou mudança de caráter do clássico HP não foi acompanhada, paralelamente, de uma adequada infra-estrutura para dar suporte à possível população que demandaria assistência, tanto no que diz respeito aos pacientes de alta dos HPs quanto para a nova clientela. No caso dos Estados Unidos e Inglaterra, o sistema de assistência "paralelo", como foi denominado por Detre & Kupfer (1975), originado a partir da reestrutura, contava com uma representação importante do setor privado. Na América do Sul, o fenômeno da reestrutura diferenciou-se por incorporar, nos próprios programas de saúde, as políticas de saúde mental. Os dados sobre a relação entre programas de saúde mental e Atenção Primária à Saúde corroboram essa tendência; dessa forma, a população que se beneficiaria dos serviços seria ampla. Mas, se observamos a proporção de leitos psiquiátricos/1.000 hab. que apresentam os diversos países, a maioria deles não alcança a relação estimada como adequada pela OMS (Freeman e col., 1985) - isto é, de 0,5/1.000 - e, pelo fato de esses leitos psiquiátricos não terem uma distribuição equitativa, no interior dos países, por se concentrarem nas grandes

idades, não se estaria conseguindo atingir à aspiração de uma assistência para todos no ano 2.000, como aparece na fundamentação de vários dos programas.

No que diz respeito às UPHGs especificamente, dos sete países que responderam o segundo inquérito, todos eles têm adotado essa estrutura assistencial na rede de serviços. Elas caracterizam-se por estarem localizadas majoritariamente dentro dos HGs, fator que permitiria pensar num esforço pela integração da psiquiatria com o resto das especialidades médicas, sem esquecer as dificuldades que esse processo significa, assinalado por vários autores (Hoirisch, 1984; Schulberg & Burns, 1985; Vansan, 1994; Botega & Dalgalarondo, 1997).

Observa-se também que em 5 dos países pesquisados, a estrutura física das UPs é parcialmente ou não adequada à demanda assistencial; apenas dois países responderam que era adequada. Junto a essa dificuldade, se apresentam outras limitações nas unidades e uma delas diz respeito ao acesso de fármacos; novamente se destaca que, em cinco países, a provisão de medicamentos é parcialmente ou não adequada para a população. Sendo esse fator uma tecnologia com a qual a psiquiatria conta para o tratamento dos pacientes, vê-se comprometido um dos objetivos da reestrutura, como é o caso de manter o paciente o maior tempo possível na sua comunidade.

Os ambulatórios e as enfermarias psiquiátricas aparecem como as principais modalidades assistenciais adotadas para o funcionamento das unidades; apenas quatro países trabalham também com emergências psiquiátricas. Para tais modalidades, cinco países conformaram equipes de trabalho de caráter multidisciplinar; num país, a equipe está parcialmente orientada a aspectos comunitários e, em outro, a equipe tem uma orientação médica. Esses recursos humanos são definidos, em seis países, como parcialmente ou não adequados à demanda da população. Apresentam-se, porém, programas de capacitação em todas as unidades de análise. A esse respeito, apenas um dos países declarou ter tido, em anos anteriores, programas com esses objetivos, o que indica que, no momento da reestrutura, não existiam profissionais treinados para trabalhar nas novas estruturas assistenciais.

Outro fenômeno a ser destacado e que resulta mais uma dificuldade ao considerar a falta de recursos humanos é o aumento do número de leitos psiquiátricos nas enfermarias das UPs. Na última década, esse incremento foi importante em dois dos países e alcançou porcentagens de 50% e 75%, tendo aumentado em mais dois países na ordem de 10 e 12%.

Atentando ao processo pelo qual passaram os países desenvolvidos, o padrão de comportamento dos leitos psiquiátricos, também, num primeiro período, apresentou um incremento importante (Goldman, 1983), seguido nos últimos anos por um comportamento oposto, ou seja, uma diminuição de leitos. No caso da América do Sul, não é possível saber qual será o comportamento nos anos futuros. Para poder dar conta desse processo são necessários os sistemas de avaliação que aportem, além dos dados numéricos, possíveis causas das tendências existentes.

Dentre os diagnósticos mais frequentes nas enfermarias, se destacam a esquizofrenia e os transtornos delirantes não orgânicos, os quais são tratados em quatro países dentro de um período de 11 a 21 dias; apenas um país utiliza 45 dias para as internações e, em outro, a duração da hospitalização é de 5 dias. Levando em conta os dados publicados a esse respeito, mais da metade dos países estariam utilizando um período de tempo similar ao aceito internacionalmente, entre 15 e 28 dias. Períodos mais breves de internações têm sido apontados como possíveis motivos de reinternações ou de recargas em outros serviços comunitários, em países desenvolvidos (De Francisco e col., 1980), mas não existem estudos a respeito nos países sul-americanos.

Antes de traçar o perfil sobre a prática psiquiátrica no nosso continente, torna-se necessário levantar algumas questões preliminares em relação ao processo pelo qual passou a disciplina nos últimos tempos na região e em outros países que foram tomados como exemplo ou modelo. Nesse sentido, pode-se pensar que a reestrutura assistencial teve igual significado nos países desenvolvidos e na América do Sul? Focalizando o estudo nas UPHGs, elas podem ser tomadas como um indicador da reestrutura na região?

Para responder a primeira pergunta, devem ser consideradas as intenções originárias do movimento desinstitucionalizador nos países desenvolvidos, sendo eles os primeiros a porem em prática essas medidas. Ao observar a idéia reitora, num primeiro momento ela iria além de uma simples modificação da assistência, tanto no aspecto clínico quanto no plano administrativo. Na base dessas mudanças esteve o surgimento dos estados de bem-estar e suas concepções sobre os deveres e obrigações do Estado para com a sociedade civil, dentre as quais surgiu a universalidade da assistência, ou seja, a intenção foi uma reorganização total da estrutura assistencial psiquiátrica visando a uma distribuição mais eqüitativa da assistência à saúde geral e à psiquiátrica, em

particular. O termo reestrutura vinculou-se mais a mudanças amplas nos objetivos fundamentais, disposições institucionais e práticas de trabalho. A esse respeito, Flynn (1993) afirma que existe uma tendência, nos últimos tempos, a conceber a reestruturação no setor público como a criação de novos papéis e funções, o que acarreta mudanças fundamentais na ideologia sobre a natureza das relações sociedade-Estado, e o alcance da intervenção desse último. Reestruturar implicaria, então, uma redistribuição radical do poder e um realocamento dos interesses, portanto, se estaria falando de uma mudança de paradigma: alterar a forma de fazer política e a forma de implementá-la.

No caso concreto da assistência psiquiátrica, isso refletiu na proposta de novas formas alternativas que implicaram uma reorganização no sentido proposto por Flynn (1993), e nas diferentes formas em cuja base se impulsionou esse movimento, embora tenha sido um tema a levar muitos questionamentos e críticas, tanto dos setores que se opuseram quanto daqueles que o apoiaram. Entretanto, estes mesmos setores discreparam com os rumos que a reforma adotou com o tempo e as distintas circunstâncias que não permitiram conseguir, até hoje, os objetivos propostos no início.

Leona Bachrach (1985) caracterizou o fenômeno desinstitucionalizador como uma filosofia, na medida em que reflete uma ideologia liberal humanista, entregue a uma concepção de base comunitária, não institucionalizadora das doenças mentais; como um processo que descreve mudanças atuais, reajustes e redefinições das funções dos componentes dos serviços de saúde mental - não significa apenas o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, mas uma forma de desenvolver como várias formas plurais de sistemas comunitários de assistência. É entendido como uma redução drástica na função do macro-hospital e na emergência de programas e facilidades para transformar a natureza e o *locus* da assistência psiquiátrica.

Várias são as conseqüências desse processo; segundo Bachrach (1981b), os efeitos mais marcantes localizaram-se nos serviços dos hospitais gerais, na medida em que foram os catalisadores dos assuntos e responsabilidades dos pacientes crônicos desospitalizados. A autora acrescenta, também, que a direção da psiquiatria no hospital geral tem sido determinada, de forma crescente, pelas políticas e práticas desse processo, o que, em outras palavras, recebeu as influências da tomada de decisões políticas externas, deixando-a numa posição reativa, mais do que pro-ativa, na formulação de políticas.

Genericamente, o processo de reestrutura em países como Estados Unidos, Inglaterra e Itália surgiu dentro de um contexto de mudanças mais amplas, em diversos níveis. Conforme o tempo e as circunstâncias conjunturais foram mudando, a reestrutura foi avaliada em diferentes momentos de seu desenvolvimento.

Observando agora o processo vivido pelos países do Terceiro Mundo, e em particular os sul-americanos, podemos dizer que as mudanças se deram num momento e num contexto político, econômico e social bem diferente. Enquanto a Europa e os Estados Unidos podiam começar a avaliar o impacto e os primeiros resultados das mudanças, alguns países sul-americanos passavam por fortes ditaduras militares, nas quais não existiam garantias para os direitos civis e humanos. Finalizado esse período, começaram a surgir, na década de 80, as condições políticas para a restauração das democracias e os primeiros intentos concretos de reestrutura na área da assistência psiquiátrica e sua legislação⁷¹, muito relacionados às reivindicações dos direitos civis dos movimentos sociais⁷². É relevante, nesse ponto, o que Bandeira (1991) diz a respeito do deslocamento da assistência psiquiátrica, como produto dos esforços realizados por agentes sociais não vinculados ao trabalho de cientistas, ou seja, grupos não preocupados pela eficácia dos tratamentos, mas vinculados a questões políticas e econômicas.

Giel & Harding (1976) assinalam que nos países do Terceiro Mundo foram utilizados recursos inovadores na área da saúde mental, conforme as características próprias de cada lugar, enfatizando que, em muitos dos casos, a chave dos resultados foi a inclusão de pessoas não envolvidas previamente na saúde mental. Também apontam a existência, na metade da década de 70, de uma certa “inércia” na estrutura da área e da falta de reconhecimento da importância da saúde mental por parte dos planejadores. Além disso, acrescentam que os inquéritos de caráter comunitário não poderiam aportar respostas ou soluções *per se* ao problema que afrontava um grande número de pacientes psiquiátricos sem qualquer cobertura de saúde mental, nem serem considerados os únicos parâmetros para definir prioridades, já que nesse último elemento estariam envolvidos julgamentos de valor.

⁷¹ Para maior informação sobre o tema, ver Vasconcelos (1990).

⁷² Sobre o tema de trabalho interdisciplinar e organizações da sociedade civil, ver Infante (1990).

O processo da década de 80 esteve incluído num momento de grande crise econômica, quando se adotava como solução o modelo neoliberal, ou seja, um modelo baseado na direta restrição estatal dos serviços sociais básicos, principalmente na saúde e na educação, para conseguir um equilíbrio orçamentário, utilizando como um dos métodos a privatização dos serviços públicos (Herrera e col., 1994).

Na área da saúde mental, a adoção desse modelo significou uma distribuição não equitativa da assistência para um grande setor da população, ou seja, um grande número de pessoas ficou excluído do sistema assistencial. O motivo desse fenômeno não pode ser justificado, ingenuamente, pela falta de recursos humanos ou materiais; em relação a esse ponto, Arana (1992) salienta que outros são os motivos, nem sempre tangíveis, mas com suficiente poder de ação. Entre eles, mostra as contradições que podem estar presentes entre os princípios da psiquiatria comunitária - originadora das mudanças realizadas na área da psiquiatria - e os princípios da ação social nos sistemas socioculturais onde ela se desenvolve.⁷³ No que diz respeito às UPHGs especificamente, Bachrach (1985) esclarece que, muitas vezes, a estrutura e funções das unidades são controladas por agentes externos e associações, que têm pouca participação nas próprias unidades. Segundo a autora, a tomada de decisões (*decision making*) dentro de um modelo hierárquico (*top-down*) se torna evidente numa ampla variedade de políticas específicas que, ao serem trasladadas às UPHGs, exercem grande influência no caráter e qualidade da assistência nelas prestada. Isso pode tornar mais claro o fenômeno da restrição dos orçamentos da saúde mental em concordância aos da saúde geral, sem serem consideradas as necessidades das populações.

Vários autores (Alarcón, 1990; Resende, 1997; Busnello, 1990; Vasconcelos, 1990) comentam que a América Latina tem-se caracterizado pela cópia de modelos e tecnologias produzidos pelos países desenvolvidos ao longo da história da psiquiatria no continente. Mas alguns deles destacam também a capacidade de crítica e questionamento que foi capaz de

⁷³ Dentre os exemplos citados por Arana (1992), encontra-se o princípio de justiça social reivindicado pela psiquiatria comunitária nos países desenvolvidos e a consolidação, finalmente, de um sistema duplo de serviços assistenciais; a intenção de homogeneização da assistência psiquiátrica, sendo a resultante a fragmentação dos serviços, poderia ser representada através do que ele chamou pares de opostos (saúde mental / tratamento psiquiátrico; assistência hospitalar / assistência comunitária; serviço médico / ativismo social; psiquiatria moderna / psiquiatria antiquada; serviços assistenciais / descoordenação econômico-administrativa).

desenvolver a disciplina, através de algumas figuras destacadas, que permitiram, como diz Alarcón (1990) “... un intento de remplazar la ‘tradición prestada’ de la psiquiatría europea y de crear una ‘disciplina humana’ en la que la hibridación genere vigor y vitalidad creativa”.

Sobre a exportação e importação de modelos e no caso concreto de modelos de programas, Bachrach (1988) enfatiza a impossibilidade desse fenômeno, na medida em que as comunidades diferem social, política e economicamente, salientando que a noção de exportação é mais metafórica. A autora supõe que o motivo desse fenômeno se deve a “um tipo de imperativo, transmitido como uso acrítico da linguagem” e que, se os especialistas dizem “importar” ou “adotar” um modelo, isso é muitas vezes exatamente o que algumas pessoas em outras comunidades acham que deveriam fazer. Para Bachrach, palavras como exportar, importar, adotar, replicar e duplicar são pobres para serem utilizadas pelos planejadores, os quais deveriam prestar maior atenção sobre três fatores, os principais em qualquer programa para pacientes psiquiátricos: a) população; b) objetivos e c) recursos. Na análise de cada um deles se aponta, em linhas gerais, para os aspectos assinalados por Arana (1992) e León (1981). A ênfase principal é colocada na questão de que os modelos de programas servem para duas funções básicas e críticas no planejamento de serviços psiquiátricos; a primeira diz respeito a que, apesar das barreiras e contratempos, é possível e praticável a improvisação de serviços para pacientes crônicos; a segunda função se refere a que, embora os modelos de programas não possam ser adotados, os princípios em que eles foram fundados podem sê-lo, na medida em que transcendem as populações específicas, os objetivos fundamentais e a distribuição dos recursos.

O elemento comum nas mudanças efetuadas, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles que estão em desenvolvimento, é o resgate dos direitos humanos e civis dos doentes mentais, ainda que os fundamentos de ambos os movimentos difiram nos contextos nos quais se originaram, apresentando meios que também se diferenciam de acordo com as conjunturas nacionais.

Em relação à segunda pergunta - sobre a constatação das UPHGs como um indicador da reestrutura na região -, se poderia responder afirmativamente, observando o desenvolvimento da assistência psiquiátrica apresentado nos últimos três anos, conforme o trabalho de Perales e col. (1995). No ano em que ele foi publicado, o hospital psiquiátrico ainda funcionava como centro de referência para a assistência em países como Bolívia, Brasil e Peru, destacando-se

apenas a emergência de outras alternativas. Hoje, a assistência psiquiátrica tem-se deslocado para outras estruturas, como são as UPHGs; esse modelo já foi adotado por todos os países sul-americanos, junto a outros serviços comunitários⁷⁴. O que deve ser considerado é que o processo de desenvolvimento delas tem sido gradual e lento, sem que se possa ainda aventurar resultados, devido, por um lado, à falta de sistemas de avaliação dessas unidades e, por outro, à precocidade de alguma delas.

A partir do panorama exposto, pode-se dizer que a assistência psiquiátrica na América do Sul vem se modificando aos poucos, adquirindo novas modalidades de atendimento, alternativas ao clássico modelo asilar; dentre elas, os hospitais gerais, cujas unidades psiquiátricas são um claro exemplo. Na clássica estrutura assistencial também se observam modificações: alguns hospitais psiquiátricos estão tentando mudar a modalidade asilar. Esse aspecto foi acrescentado no caso do Peru, onde se fazem, em alguns de seus hospitais psiquiátricos, internações regulares com um tempo de permanência que oscila entre 30 e 60 dias, mas se esclarece que ainda existem pacientes crônicos com uma longa estadia em outros hospitais psiquiátricos. No caso do Chile acontece uma situação similar; alguns hospitais psiquiátricos vêm utilizando uma média de quase 36 dias de internação para pacientes agudos, enquanto alguns pacientes crônicos têm 17 ou mais anos de hospitalização.

A incorporação das UPHGs e outros serviços de caráter comunitário, por parte de todos os países da América do Sul, não significa uma desativação dos velhos hospitais psiquiátricos. Nem sempre esse objetivo aparece nos programas de todos os países, apesar de apresentarem-se evidências a esse respeito em alguns deles. O processo de mudança passa por várias dificuldades, de diferentes naturezas, apresentando diferenças no nível de desenvolvimento nos distintos países e inclusive no interior dos mesmos. Esse estado de desenvolvimento está de acordo as prioridades estabelecidas em cada uma das unidades de análise. Destaca-se, em alguns programas, a falta de especificação de orçamentos e sistemas de avaliação para permitir uma retroalimentação de informação que possibilite ajustá-los às necessidades da população.

⁷⁴ Por informação sobre psiquiatria comunitária, ver mesa redonda "Psiquiatria comunitaria en la década del '90" (Riquelme e col., 1991).

Pode-se dizer que há uma progressiva tomada de consciência, por parte das autoridades da área, sobre a importância dessas mudanças, mas que até agora não se estende ao resto das autoridades, nacionais ou locais. A Argentina seria um claro exemplo disso.

CONCLUSÕES

Desde a época da conquista até a primeira metade do século XX, a assistência aos doentes mentais no continente sul-americano esteve sob a influência das concepções e práticas exercidas no ocidente. Assim, no percurso de seu desenvolvimento, podem-se distinguir, apesar de não ter sido um processo paralelo e simultâneo ao europeu, dois momentos delimitados pelo período de independência. No período da colônia se distingue a fundação dos primeiros hospitais com pavilhões para doentes mentais, criados à imagem e semelhança dos espanhóis, e o surgimento das primeiras instituições dedicadas exclusivamente a esses doentes. Nos territórios que pertenciam à Espanha, chamavam-se “*loquerias*” e, nos territórios de Portugal, denominavam-se santas casas ou casas de misericórdia. Nessa época, os cuidados dos doentes mentais estavam sob a jurisdição das ordens religiosas e pessoas com fins filantrópicos, predominando a caridade sobre todos os aspectos. A medicina ainda não era uma profissão universitária e a prática assistencial estava controlada pelos *Tribunales del Protomedicato*, regidos por seus análogos nas metrópoles.

Após o período da independência, reafirmou-se a hegemonia do pensamento e costumes europeus no continente sul-americano, acompanhando o surgimento dos novos Estados nacionais. Dentre os meios através dos quais penetraram as idéias científicas do Velho Mundo, estavam as universidades que começavam a surgir e, dentro delas, as primeiras cadeiras de psiquiatria. Nessa nova etapa, a psiquiatria propriamente universitária surgia com as idéias asilares de Pinel, ou seja, chegava ao continente sul-americano o tratamento introduzido, três séculos antes, por um dos países conquistadores, com algumas modificações, mas dentro de um contexto “científico”. Os precursores dessas idéias foram os profissionais sul-americanos treinados nos grandes centros de produção do conhecimento da Europa.

Até a Segunda Grande Guerra, a assistência psiquiátrica latino-americana seguia igual desenvolvimento à européia. Depois de finalizada a guerra, o pensamento psiquiátrico no continente passou a ser majoritariamente influenciado pelas concepções e experiências norte-americanas. Dessa forma, começaram a aparecer as primeiras tentativas de modificação da prática assistencial, através de um grande questionamento do sistema asilar predominante. Esse questionamento foi interrompido, em alguns dos países do continente, pelas ditaduras militares.

Durante esse período, chegou-se a reafirmar a predominância do hospital psiquiátrico como modelo de assistência, a tal ponto que foram criados, em alguns desses países, novos asilos. Entretanto, nos Estados Unidos, Inglaterra e Itália se começava a avaliar o impacto e os resultados das mudanças na assistência psiquiátrica.

O início dessas mudanças nos países da América do Sul foi dispar. A partir da reestruturação das democracias, voltaram-se a refletir as diferenças. Alguns países retomaram as mudanças que tinham iniciado na década de 60, outros iniciaram o processo modificador. É importante destacar que esse processo, no continente sul-americano, teve algumas características próprias, como a incorporação direta dos programas de saúde mental nos programas de saúde geral e a quase exclusiva participação do setor de saúde na elaboração dos programas. Tudo isso dentro de um contexto de políticas de ajuste e reestruturação econômica, que implicavam uma postergação das demandas sociais, da justiça social e da equidade. Na área da saúde, implicava a exclusão de uma grande massa social dos sistemas de assistência; deve-se lembrar que a América Latina é a região do mundo com a pior distribuição da renda, onde a concentração e polarização social tendem ao crescimento.

Considerando o papel que tiveram os movimentos sociais nos processos redemocratizadores, os quais lutaram pelos direitos civis e humanos, incluídos os direitos dos doentes mentais, chama a atenção a baixa participação na elaboração dos programas de saúde mental do setor que representa aos usuários e, também, dos políticos.

Na América do Sul, apesar de existirem diferenças nos momentos de desenvolvimento dos programas, eles apresentam várias similitudes e dentre elas se destacam: a falta de explicitação de um orçamento próprio num documento oficial, a especificação de um sistema de avaliação que permita realizar ajustes às necessidades da população, a falta de especificação das funções dos usuários e as carências nos recursos humanos e materiais.

Outro elemento comum é o processo de transição dos serviços assistenciais; no objetivo da reestrutura da assistência psiquiátrica se observa a passagem de modelos baseados em grandes hospitais com sistemas custodiais para um leque de serviços que inclui uma série de estruturas descentralizadas. Entre elas estão as UPHGs, as quais apresentam diferentes estruturas assistenciais: ambulatórios, enfermarias psiquiátricas e emergências psiquiátricas, sendo as duas primeiras as mais freqüentemente adotadas.

Em linhas gerais, as UPs localizam-se em sua maioria dentro dos HGs, o que faz pensar, por um lado, num esforço de aproximação entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas no mesmo espaço físico e, por outro lado, numa forma de controlar melhor as conseqüências da hospitalização dos pacientes psiquiátricos, ou seja, não repetir a experiência de institucionalização desses últimos, como nos HPs.

No que diz respeito aos recursos humanos das unidades, destaca-se a falta de adequação à demanda assistencial. Eles são, inclusive, inadequados para funcionarem na rede em seu conjunto. Também os recursos físicos e materiais apresentam-se inadequados à demanda. Verifica-se que o acesso de medicamentos às unidades é insuficiente e, em alguns casos, também é desatualizado, o que significa que, por exemplo, a manutenção do paciente psiquiátrico crônico, no seu meio ambiente, se vê comprometida. As equipes de trabalho que foram constituídas para a assistência caracterizam-se por serem praticamente de tipo multidisciplinar, predominando, em vários dos países, no último ano, cursos de atualização desses recursos. Esse dado indica que no momento das reestruturas não existiam profissionais especializados e preparados para as novas formas de atendimento.

Em relação aos leitos psiquiátricos, sabe-se que na última década seu número tem diminuído nos hospitais psiquiátricos e tem aumentado nas enfermarias psiquiátricas das unidades nos hospitais gerais. Mas esse incremento está longe de alcançar, em muitos países, a relação de leitos psiquiátricos / 1.000 habitantes sugerido pelos organismos internacionais. O tempo de permanência dos pacientes internados nas enfermarias psiquiátricas, no mesmo período, na maioria dos países, encontra-se entre os padrões estabelecidos internacionalmente. Destaca-se que não existem estudos que indiquem a adequação desses padrões às patologias apresentadas na região.

Apesar da notória tomada de consciência da importância de mudanças no plano da assistência psiquiátrica na região por parte das autoridades da área da saúde mental, nos diferentes países, se destaca que ainda hoje faltam sistemas de avaliação que permitam estabelecer o estado de desenvolvimento e os resultados dos programas. Por último, ainda existem, no nível nacional, dificuldades e resistências por parte de outras autoridades para reconhecer a necessidade de desenvolvimento de programas dedicados à saúde mental que beneficiem a qualidade de vida das populações.

SUMMARY

The objective of this dissertation was to analyze the current situation of the psychiatric care in South America, with especial emphasis on Psychiatric Units in General Hospitals, as an alternative to the classic mental hospital. In order to reach our goal, a critical and thorough review of the literature was carried out, and two mailing surveys were sent to the South American countries.

The first part of the study focussed on the origins of the first hospitals which were exclusively dedicated to mentally ill people in Latin America. It also studied the process through which the introduced practice of care assumed a hegemonic position. Likewise, the social, political and economical changes, which interfere in this process were looked into. In the second part, the data of the National Mental Health Programs and that of the Psychiatric Units in General Hospitals, obtained through the mailing surveys, were analyzed and discussed.

This study structures up a complete and up dated set of information on the national mental health systems of the countries in the studied region. Until now, this information had been presented in literature as some of the countries' specific and isolated experiences.

It's important to note that the restructuring of the psychiatric care on the continent delayed too much compared to that of the developed countries: it basically started in the nineties. Some of the Mental Health Programs have not been clearly spelt out in official documents so far. Almost all the countries lack budget estimates for this end, so the elaboration of such a program was restricted to professionals of the medical sector, resulting in material and human resources deficits. A higher percentage of the programs is devoid of an evaluation system that could measure the results and effectiveness on the people attended.

In South America, it is observed that the Psychiatric Unit in General Hospital and other decentralized centers, were adopted as an alternative to the state mental hospitals. The units reflect the same deficit in human resources and material as that seen in the programs. This clearly shows that the centers can not cope with the demand for medical services. In addition, the medicines are insufficient and in many cases they are outdated. Therefore, due to the deficiency, it's impossible to maintain the patients in their own communities.

The majority of the units basically work with two models: inpatient and outpatient services; in some of the countries these units also have psychiatric emergencies. In the inpatient services, in the last decade, there has been an increase in the length of stay, however the relation between the length of stay / per habitant in many countries is far from the recommended by the international organisms.

The information presented in this study is of a general nature, describing the common problems to South American countries, alternatives taken to solve them and the differences in the programs. This information aims at broadening the knowledge of the current situation in the area. Thus, promoting a major interchange of experiences and data, in harmony with our correspondents. This will in turn help the countries improve the quality of psychiatric assistance in the future.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, R.D. - **Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria.** Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1990. 669p.
- ALARCÓN, R.D. - La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la salud mental en América Latina. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **32**: 257-258, 1986.
- ALMEIDA FILHO, N. - Bases históricas da epidemiologia psiquiátrica. **Revista ABP-APAL**, **9** (3): 107-112, 1987.
- ALMEIDA FILHO, N. - Fundamentos de epidemiología para los trabajadores de la salud mental en la comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Temas de salud mental en la comunidad.** Washington, D.C.,OPS, 1992. p.29-47 (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, 19).
- ALVARADO, J. M. - Supersticiones y mitos en la psiquiatría indígena de Bolivia. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **11**: 24-35, 1965.
- ALVARADO, J.M. - Síntesis histórica de la psiquiatría en Bolivia. In: MARIÁTEGUI, J. - **La psiquiatría en América Latina.** Buenos Aires, Losada, 1989. p.43-54.
- AMARANTE, P. - **O homem e a serpente.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. 141p.
- ARANA, J. D. - Algunos obstáculos teóricos en la praxis de la psiquiatría comunitaria: consideraciones transculturales. **Rev. Neuro-Psiquiatría**, **55**: 34-42, 1992.
- ARDAO, A. - Assimilation and Transformation of Positivism in Latin America. **J. Hist. Ideas**, **24**: 515-522, 1963.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud y Acción Social. - **Argentina: Descripción de su situación de salud.** Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, 1985.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Política y Regulación de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. - **Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina.** Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, 1995.
- BACHRACH, L.L. - General Hospital Psychiatry: overview from a sociological perspective. **Am. J. Psych.**, **138**:7, 1981a.
- BACHRACH, L.L. - General Hospital Psychiatry and Deinstitutionalization: A Systems View. **Gen. Hosp. Psych.**, **7**: 239-248, 1985.

- BACHRACH, L.L. - On Exporting and Importing Model Programs. **Hosp. and Comm. Psychiatry**, **39** (12): 1257-1258, 1988.
- BACHRACH, L.L. - The effects of deinstitutionalization on General Hospital Psychiatry. **Hosp. and Comm. Psychiatry**, **32** (11): 786-790, 1981b.
- BACHRACH, L.L. - The homeless mentally ill in the general hospital: a question of fit. **Gen. Hosp. Psych.**, **8**: 340-349, 1986.
- BACKER, A.; LLEWELYN, R.D.; SIVADON, P. - **Servicios Psiquiátricos y Arquitectura**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1963. (Cuadernos de Salud Pública, 1).
- BALBO, E. - Argentinian alienism from 1852-1918. **Hist. Psych.**, **ii**: 181-192, 1991.
- BANDEIRA, M. - Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **J. bras. Psiq.**, **40** (7): 355-360, 1991.
- BARRÁN, J.P. - **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: la invención del cuerpo**. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1995. v.3. 347p.
- BASAGLIA, F. - **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Editorial Graal, 1985.
- BASTOS, O. - The history of psychiatry and mental health in Brazil. **Neurob.**, **56** (4): 149-154, 1993.
- BENNETT, D. & MORRIS, I. - Deinstitutionalization in the United Kindom. **Int. J. Ment. Health**, **11** (4): 5-23, 1983.
- BERCHERIE, P. - **Os fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Zahar, 1989. 332p.
- BIRMAN, J. - Psiquiatria e Sociedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, **31** (4): 237-246, 1982.
- BOTEGA, N.J. & DALGALARRONDO, P. - **Saúde Mental no Hospital geral: espaço para o psíquico**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1997. 116p.
- BOTEGA, N.J. & SCHECHTMAN, A. - Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: situação atual e tendências. **Revista ABP-APAL**, **19** (3): 79-86, 1997.
- BRUNNER, J.J. - **Educación superior, investigación científica y transformaciones culturales en América Latina**. Santiago de Chile, BID-CECAB-CINDA, 1990. (Vinculación Universidad - Sector Productivo, Colección Ciencia y Tecnología, 24).

- BUSNELLO, E. - Entrevista publicada, In: ALARCÓN, R. **Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria**. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1990. p.135-157.
- BUSTAMANTE, J.A. - Desarrollo de la psiquiatría en Cuba, In: MARIÁTEGUI, J. **La psiquiatría en América Latina**. Buenos Aires, Editorial Losada, 1989. p.89-102.
- CAPLAN, G. - **Principios de Psiquiatria preventiva**. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1985. 306p.
- CARVALHO, J.M. - **A construção da Ordem: a elite política imperial**. Brasília D.F., Universidade de Brasília, 1981. 202p.
- CASTEL, R. - **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. 329p.
- CERQUEIRA, M.P. & DA SILVA FILHO, J. - Planejamento e saúde mental: o caso da organização dos serviços de saúde na Itália. **J. bras. Psiq.**, 40 (8): 399-402, 1991.
- CHAUNU, P. - **Historia de América Latina**. Buenos Aires, EUDEBA, 1964. 132p.
- CLAUSEN, J.A. - Sociology and Psychiatry, In: KAPLAN, H.Y & SADOCK, B.J. **Comprehensive Textbook of Psychiatry III**. Baltimore, Williams and Wilkins, 1981.
- COLOMBRES, A. - **La colonización cultural de la América indígena**. Quito, Ediciones del Sol, 1979.
- CREPET, P. - The Italian mental health reform nine years on. **Acta psychiatr. scand.**, 77: 515-523, 1988.
- CROWCROFT, A. - **O psicótico: compreensão da loucura**. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
- DALGALARRONDO, P. - Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das Unidades de Internação de Hospitais Gerais. Campinas, 1990. (Tese - Mestrado - Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas)
- DE FRANCISCO, D.; ANDERSON, D.; PANTANO, R.; KLINE, F. - The relation between length of hospital stay and rapid-readmission rates. **Hosp. Comm. Psychiatry**, 31 (3): 134-139, 1980.
- DE LA FUENTE, R. - Acerca de la identidad del psiquiatra. **Salud Mental**, 17 (3): 1-6, 1994.
- DELGADO, H. & TRELLES, J.O. - La Psychiatrie dans L'Amérique du Sud. **Ann. Méd.-Psychol.**, XV^o série, 97^o Anné, T.I: 567-615, 1939.

- DETRE, T.P. & KUPFER, D.J. - General Hospital Psychiatric Service. In: SILVANO, A., ed. - **American Handbook of Psychiatry**. New York, Basic Books Public., 1975. p.607-617.
- DIECKHÖFER, K. - El desarrollo de la psiquiatría en España. Aspectos históricos y culturales, III. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.**, 11 (6): 487-496, 1983b.
- DIECKHÖFER, K. - El Desarrollo de la psiquiatría en España. Aspectos históricos y culturales, II. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.**, 11 (5): 407-422, 1983a.
- DUNNINGHAM, W. & DE AGUIAR, W.M. - O custo social dos transtornos mentais. **J. Bras. Psiq.**, 44 (8): 419-422, 1995.
- EINSTEIN, M.C & STASON, W.B - Fundamentos del análisis de eficacia en función de los costos en relación con la salud y el ejercicio de la medicina. In: WHITE, K.L.; FRENK, J.; ORDOÑEZ, C.; PAGANINI, J.M.; STARFIELD, B. eds. - **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, 534).
- FEIGELSON, E. B. - Hospitalization and Milieu Therapy. In: KAPLAN, H.Y. & SADOCK, B.J. **Comprehensive Textbook of Psychiatry III**. Baltimore, William and Wilkins, 1981.
- FLYNN, R. - Restructuring health system: a comparative analysis of England and the Netherlands. In: HILL, M. - **New Agendas in the study of the Policy Process**. London, Harvester Wheatsheaf, 1993. p.57-87.
- FOUCAULT, M. - **Historia de la locura en la Época Clásica**. México, Fondo de Cultura Económica, 1967. v.1. 575p.
- FREEMAN, H.L, FRYERS, T. & HENDERSON, J.H - **Mental Health Service Organization: 10 Years on**. Copenhagen, World Health Organization, 1985.
- FREUD, S. - Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, In: _____ - **Obras Completas**. Buenos Aires, Amorrortu, 1975. v. XIX.
- FREYRE, G. - **Casa Grande & Senzala**. Rio de Janeiro, Editora Record, 1998. 569p.
- GIBSON, C. - **España en América**. Barcelona, Ediciones Grijalbo, 1976. 368p.
- GIEL, R. & HARDING, T.W. - Psychiatric priorities in developing countries, **Brit. J. Psychiatry**, 128: 513-522, 1976.
- GLICK, T.F. **Darwin y el Darwinismo en el Uruguay y en América Latina**. Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad de la República, 1989. 136p.
- GOLDMAN, H.H. - Deinstitutionalization in international perspective: variations on a theme. **Int. J. Ment. Health**, 11 (4): 153-165, 1983.

- GOLDMAN, H.H. - Psychiatric Epidemiology and Mental Health Services Research. In: _____ - **Review of general psychiatry**. Baltimore, Lange Medical book, 1988.
- GONZÁLEZ, R. - Salud Mental en la comunidad en América Latina - Ejemplo de programas. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Temas de Salud Mental en la Comunidad**. Washington, D.C., OPS, 1992. p.291-312 (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, 19).
- GONZÁLEZ, R. - Tendencias de la salud mental en América Latina. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **22**: 232-237, 1976.
- GREENHILL, M. - Psychiatric Units in General Hospitals: 1979. **Hosp. & Comm. Psych.**, **30** (3): 169-182, 1979.
- GUGGENHEIM, F. - A marketplace model of consultation psychiatry in the general hospital. **Am. J. Psychiatry**, **135** (11): 1380-1383, 1978.
- HERRERA, A.; CORONA, L.; DAGNINO, R.; FURTADO, A.; GALLOPÍN, G.; GUTMAN, P.; VESSURI, H. - **Las nuevas tecnologías y el futuro de América Latina: riesgos y oportunidades**. México, Siglo XXI Editores, 1994. 358p.
- HOIRISCH, A. - L'unité psychiatrique comme corps étranger dans l'hôpital général. **Ann. méd. psychol**, **142** (4): 488-493, 1984.
- HORWITZ, J. & MARCONI, J. - Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **13**: 52-58, 1967.
- IBÁÑEZ, J. - Evolución del pensamiento psiquiátrico en Venezuela. **Arch. Ven. Psiq. y Neurología**, **32** (67): 5-11, 1986.
- INFANTE, R. - Cultura e subjetividade: ao encontro do elo perdido. **J. bras. Psiq.**, **39** (2): 37S-39S, 1990.
- INFANTE, R.G.G. - Perspectivas atuais da Psiquiatria Britânica: uma revisão crítica. **J. bras. Psiq.**, **29** (2): 137-143, 1980.
- JACOBINA, R. - O cuidado à loucura na Bahia do século XIX. **Rev. Baiana Saúde Pública**, **15** (1/4): 7-18, 1988.
- JELIN, E. - ¿Ciudadanía emergente o exclusión? Movimientos sociales y ONG en América Latina en los años 90. **Rev. Sociedad**, **8**: 57-81, 1996.
- JIMÉNEZ, E. - Hospital El Divino Salvador para mujeres dementes. **Cir. Ciruj.**, **64** (6): 175-178, 1996.

- JONES, K. - Trends in the organization of mental health services in Great Britain in the past 25 years. **Int. J. Ment. Health**, 16 (1-2): 94-107, 1987.
- KATZ, S.E. - Hospitalization and Milieu Therapy. In: KAPLAN, H.Y. & SADOCK, B.J., eds. - **Comprehensive Textbook of Psychiatry IV**. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985. v. 2.
- KIRSHNER, L. A. - Length of stay of psychiatric patients. A critical review and discussion. **J. Nerv. Ment. Dis**, 170 (1): 27-33, 1982.
- KNIPSCHILD, P. - Some examples of sistematic reviews. In: CHALMERS, I. & DOUGLAS G.A., eds. - **Systematic Reviews**. London, BMJ Publishing Group, 1995. p.9-16
- LEBENSOHN, Z.M. - Facilities and organization. In: KAUFMAN, M.R., ed. - **The Psychiatric Unit in a General Hospital**. New York, International Universities Press, 1965.
- LEEMAN, C.P. - The last restrictive environment: from rhetoric to practice. **Gen. Hosp. Psychiatry**, 3: 229-232, 1980.
- LEÓN, C.A. - Perspectives on mental health care for Latin America. **Int. J. Ment. Health**, 11 (4): 84-97, 1983.
- LEÓN, C.A. - Psychiatry in Latin America. **Brit. J. Psychat.**, 121: 121-136, 1972.
- LEÓN, C.A. - Reflexiones en torno a la Salud Mental comunitaria en nuestro médio. **Rev. Colom. Psiquiatría**, 10 (1): 91-105, 1981.
- LEWIN, B. - **La Inquisición en Hispano América**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1967. 285p.
- LOLAS, F. - La perspectiva psicossomática: Algunas formas de institucionalización. **Salud Mental**, 8 (1): 16-22, 1985.
- LOREN, R.M. - Radical desinstitutionalization: the Italian experience. **Int. J. Ment. Health**, 11 (4): 129-136, 1983.
- LORETO, G. - Sobre alguns aspectos da integração da Psiquiatria à Medicina. **Neurobiologia**, 55 (1): 11-22, 1992.
- MADALENA, J.C. - Normas técnicas para unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. **F. Méd.**, 87 (5/6): 275-278, 1983.

- MAHADEVAN, S. & FORSTER, D. P. - Psychiatric Unit in District General Hospitals and Traditional Mental Hospitals: Some recent evidence. **Brit. J. Psychiat**, **140**: 160-165, 1982.
- MAHN-LOT, M. - **A conquista da América espanhola**. São Paulo, Papyrus Editora, 1990. 141p.
- MARIÁTEGUI, J. - Desarrollo de la psiquiatría infantil en el Perú. **Rev. Neuro Psiqu.**, **53** (1/2): 17-32, 1990.
- MARIÁTEGUI, J. - Historia societaria de la psiquiatría en el Perú. **Rev. Neuro-Psiqu.**, **50** (2): 67-76, 1987.
- MARIÁTEGUI, J., ed. - **La Psiquiatría en América Latina**. Buenos Aires, Editorial Losada, 1989.
- MARTINS, C. - La psiquiatría en el Brasil. In: MARIÁTEGUI, J., ed. - **La Psiquiatría en América Latina**. Buenos Aires, Editorial Losada, 1989.
- MATTES, J.A. - The optimal length of hospitalization for psychiatric patient: a review of the literature. **Hosp. Comm. Psych.**, **33** (10): 824-828, 1982.
- MATTES, J.A.; ROSEN, B. & KLEIN, D.F. - Comparison of the Clinical Effectiveness of "Short" versus "Long" Stay Psychiatric Hospitalization. **J. Nerv. Ment. Discus.**, **165** (6): 1215-1218, 1977.
- MEDINA, C.E. - Apuntes para la historia de la psiquiatría chilena, In: MARIÁTEGUI, J., ed. - **La psiquiatría en América Latina**. Buenos Aires, Editorial Losada, 1989.
- MEDINA, C.E.; RIQUELME, V.R.; FIGUERAS, E.T. - Informe sobre recursos de salud mental y psiquiatría del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Marzo - 1990. **Rev. Psiquiat.**, **VII**: 595-638, 1990
- MEYER DIETRICH, L.A. - A cien años de la creación de la cátedra de Enfermedades Mentales en Buenos Aires. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **33**: 169-170, 1987.
- MEYER DIETRICH, L.A. - Breve historia de la psiquiatría Argentina, In: MARIÁTEGUI, J., ed. - **La Psiquiatría en América Latina**. Buenos Aires, Editorial Losada, 1989.
- MOLLICA, R.F. - From Antonio Gramsci to Franco Basaglia: the theory and practice of the italian psychiatric reform. **Int. J. Ment. Health**, **14** (1-2): 22-41, 1985.
- MORGADO, A. & LIMA, L.A. - Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J. bras. Psiqu.**, **43** (1): 19-28, 1994.

- MOYA, L.; MARCONI, J; HORWITZ, J.; MUÑOZ, L.; BAHAMONDES, A.; SAINT JEAN, H. - Prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **15**: 137-151, 1969.
- MULROW, C. D. - Rationale for systematic reviews, In: CHALMERS, I. & DOUGLAS G.A., eds. - **Systematic Reviews**, London, BMJ Publishing Group, 1995. p.1-8.
- MURGUÍA, D. - La creación de la Colonia de alienados en el Uruguay: un hecho histórico que definió los valores de un hombre. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **35** (1): 81-82, 1989.
- NARVÁEZ, C.G - San Hipólito y el Divino Salvador: primeros hospitales psiquiátricos de América. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, **39** (3): 254-259, 1993.
- OCHOA, C. - De la médecine psychologique aborigène à la psychiatrie moderne au Pérou. **Ann. Méd.-Psychol.**, **153** (8): 562-565, 1995.
- ODDONE, J.A. - **La emigración europea al Río de la Plata**. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1966. 111p.
- OKIN, R. L.; KINZER, D. M.; MOONEY, D. A. - Major obstacles to the development of Psychiatric Services. **Hosp. Comm. Psychiatry**, **34** (10): 524-527, 1983.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Mental Health care in developing contries: a critical appraisal of research findings**. Geneva, WHO, 1984. (Technical Report Series, 698).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo**. Ginebra, OMS, 1975. (Serie de Informes Técnicos, 564).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Primer Comité de Expertos en Salud Mental**. Ginebra, OMS, 1953. (Serie de Informes Técnicos, 9).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Quality assurance in mental health**. Geneve, WHO, 1990. (Division of Mental Health).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe**. Washington, D.C., OPS, 1992. (Publicación Científica, 539).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Declaración de Caracas: Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina**. Caracas, OPS, 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Las condiciones de salud en las Américas**, Vol. I. Washington, D.C., OPS, 1994. (Publicación Científica, 549).

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Los servicios de salud en las Américas: análisis de indicadores básicos.** Washington, D.C., OPS, 1988. (Cuaderno Técnico, 14).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Recomendaciones del 1er. grupo de trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina y de la Reunión de evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.** Panamá, OPS, 1996. (División de Promoción y Protección de la Salud).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación.** Washington, D.C., OPS, 1991. (Programa Promoción de Salud).
- PAGÉS LARRAYA, F. - Locura y hechicería en la Inquisición del Río de la Plata. *Acta psiquiát. psicol. Am. lat.*, **34** (3): 211-222, 1988.
- PAIM, A. - **A querela do Estatismo.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1978. 161p.
- PALLAVACINI, J.G. - Influência de España en la psiquiatría chilena. *Rev. Psiq. Clínica*, **30** (1): 1-9, 1993.
- PERALES, A.; SOGI, C.; LOLAS, F.; PACHECO, A.; SAMANIEGO, N.; MATUTE, G.; BARRETO, A.; CHASKEL, R.; DÁVILA, H.; LÓPEZ, R. - **Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica.** Lima, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", 1995. 19p.
- PICHOT, P. - La identidad de la psiquiatría. *Rev. Col. de Psiquiatría*, **15** (4): 397-407, 1986.
- PICHOT, P. - **Un siècle de psychiatrie.** Paris, Editions Roger Dacosta, 1983. 191p.
- PINEL, P. - **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.** Paris, Chez Richard, Caille et Ravier Libraires, 1809. 126p.
- PINSKER, H.; RASKIN, M.; WINSTON, A. - The treatment of involuntary patients in the general hospital psychiatric unit. *Gen. Hosp. Psychiatry*, **3**: 301-315, 1981.
- PLÁ, A.J. - **La burguesía nacional en América Latina.** Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1971. 123p.
- PORTER, R. - **Historia social de la locura.** Barcelona, Grijalbo, 1989. 345p.
- RAFTERY, J. - Mental Health Services in Transition. The United States and the United Kingdom. *Brit. J. Psychiat.*, **161**: 589-593, 1992.

- RAMÍREZ, F. - Pasado, presente y futuro de la Psiquiatría Nacional. **Rev. Psiq. Urug**, 274: 154-168, 1980.
- RAYAN, P. - El origen del tratamiento moral en psiquiatría. **Salud Mental**, 4 (2): 30-32, 1981.
- REALI, M. - A psiquiatria democrática italiana - Repercussões sociais: a mudança na abordagem da saúde mental. **J. bras. Psiq.**, 39 (2): 8S-9S, 1990.
- RESENDE, H. - Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica, In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., org. - **Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1997. p.15-74.
- RICHMAN, A. & HARRIS, P. - General hospital psychiatry: Are its roles and functions adjunctive or pivotal?. **Gen. Hosp. Psych.**, 7: 258-266, 1985.
- RIQUELME, R.; VICENTE, B.; OLIVOS, P.; PEMJEAN, A.; VIDAL, M.; CORDERO, M.; CABRERA, J.; WEINSTEIN, L.; THUMALA, E. - Psiquiatría comunitaria en la década del '90. **Rev. Psiquiatr.**, VIII: 970-981, 1991.
- ROTONDO, J.; MARIÁTEGUI, G.; BAMBAREN, C.; GARCÍA-PACHECO; ALIAGA, P. - Personalidad básica, migración y salud mental, **Bol. Of. Sanit. Panam.**, 3: 140-142, 1962.
- ROAR, A.R. - La Revolución Francesa y su importancia en la transformación de la medicina. **Re. Me. Chile.**, 119 (3): 355-360, 1991.
- SAMPAIO, A.P. - Serviço do hospital geral de ensino. **Neurobiologia**, 29: 72-82, 1956.
- SCHANDING, D.; GARBER, R.L.; SIOMOPOULOS, V. - A small study on how the staff of inpatient psychiatric unit spend its time. **Persp. in Psych. Care**, 20 (2): 235-237, 1982.
- SCHULBERG, H.C. & BURNS, B.J. - The nature and effectiveness of General Hospital Psychiatry. **Gen. Hosp. Psych.**, 7: 249-257, 1985.
- SEGUÍN, C.A. - Introducción a la psiquiatría folklórica. **Acta psiquiát. psicol. Am. lat.**, 20: 301-335, 1974.
- SONENREICH, C. & SILVA FILHO, L.M.A. - Desospitalização. **J. Bras. Psiq**, 44 (4): 159-167, 1995.
- SPSS INC.. *APSS/PC+Manual*. SPSS Inc., Chicago, 1992.
- STEGER, H.A. - **Las universidades en el desarrollo social de la América Latina**. México, Fondo de Cultura Económica, 1974. 333p.
- VAINFAS, R. - **Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1997. 363p.

VANSAN, G.A. - A unidade de internação psiquiátrica no hospital geral. **Rev. Neurob.**, 57 (1): 19-26, 1994.

VASCONCELOS, E.M. - Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. **J. bras. Psiq.**, 39 (5): 228-235, 1990.

VESSURI, H. - Scientific cooperation among unequal partners: The strait-jacket of the human resource base, In: GAILLARD, J., ed. - **Twentieth Century Science Beyond the Metropolis**. [No prelo]

VIQUEIRA, C. - Los hospitales para locos e "inocentes" en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles. **Rev. Esp. de Antrop. Americana**, 5: 341-383, 1970.

WING, J.K. - The functions of Asylum. **Brit. J. Psychiat.**, 157: 822-827, 1990.



ANEXO 1

(Carta enviada aos Departamentos de Saúde Mental dos Ministérios)

Campinas, de de 1997

Sr.

Un equipo de investigadores del Departamento de Psiquiatria de la Faculdade de Ciências Médicas de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, está realizando un estudio sobre Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur.

Con el objetivo de recolectar la información necesaria para la realización de ese estudio, solicitamos a Ud.:

- a) en una primera instancia, responder la encuesta adjunta; y
- b) enviar el material disponible (documentos, informes, boletines) sobre el/los modelo/s asistencial/es psiquiátrico/s y sobre salud mental, tanto a escala nacional como regional, que a su juicio resulte pertinente.

Le rogamos enviar la información solicitada a la mayor brevedad posible; para facilitar dicha tarea adjuntamos un sobre pequeño, o de lo contrario puede enviarla por fax: 55-192-39 4819. Es nuestra intención comenzar a computar los datos a fines de febrero de 1998.

Desde ya agradecemos la atención dispensada a esta solicitud. Lamentamos las molestias que pudiera ocasionarle esta encuesta, pero creemos que la misma responde a un objetivo de utilidad: contar con una información, hasta ahora incompleta, que nos oriente acerca de la realidad regional de los Programas Nacionales de Salud Mental sudamericanos.

Una vez realizada la recolección de datos le será enviado a usted un informe final con los resultados del estudio. Con agrado le enviaremos también algunos libros nacionales sobre Servicios de Salud Mental en Hospital General.

Por cualquier consulta o aclaración puede Ud. dirigirse a la dirección señalada abajo.

Saludan a Ud. muy atentamente

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
STATE UNIVERSITY OF CAMPINAS
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA
PESQUISA E TREINAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL
WHO COLLABORATING CENTRE IN
RESEARCH AND TRAINING IN MENTAL HEALTH IN BRAZIL



ANEXO 1

(Carta enviada aos Presidentes das Sociedades de Psiquiatria)

Campinas, de de 1997

Sr. Dr.

Un equipo de investigadores del Departamento de Psiquiatria de la Faculdade de Ciências Médicas de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, está realizando un estudio sobre Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur.

Con el objetivo de recolectar la información necesaria para la realización del estudio, por intermedio de la presente le estamos enviando a Ud., como Presidente de la Sociedad, el cuestionario anexo. Sería fundamental que el mismo sea completado por una persona o grupo de personas que se encuentren trabajando en el tema, o que cuenten con la información suficiente para responderlo, y que pertenezcan a la institución. Entendemos que es Ud. la persona adecuada, dado su conocimiento y experiencia, para tomar la decisión al respecto.

Junto con el formulario, nos sería útil, también, recibir el material disponible (documentos, informes, boletines, trabajos) que se considere pertinente al tema, tanto a escala nacional, como regional.

Le rogamos enviar la información solicitada a la mayor brevedad posible. Para facilitar dicha tarea adjuntamos un sobre pequeño, o de lo contrario puede enviarla por fax: 55-192-39 4819. Es nuestra intención comenzar a computar los datos a fines de febrero de 1998.

Desde ya le agradecemos la atención dispensada a esta solicitud. Lamentamos las molestias que pudiera ocasionarle, pero creemos que la misma responde a un objetivo de utilidad: contar con una información hasta ahora incompleta, que nos oriente acerca de la realidad regional de los Programas Nacionales de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica sudamericana.

Una vez realizada la recolección de datos le será enviado un informe final con los resultados del estudio. Con agrado le enviaremos también algunos libros nacionales sobre Servicios de Salud Mental en Hospital General.

Por cualquier consulta o aclaración puede dirigirse a la dirección señalada abajo.

Saludan a usted muy atentamente,

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
STATE UNIVERSITY OF CAMPINAS
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA
PESQUISA E TREINAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL
WHO COLLABORATING CENTRE IN
RESEARCH AND TRAINING IN MENTAL HEALTH IN BRAZIL



ANEXO 1

(Carta enviada aos Informantes-chave)

Campinas, de de 1997

Sr.

Un equipo de investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Faculdade de Ciências Médicas de la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, está realizando un estudio sobre Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur.

Con el objetivo de recolectar la información necesaria para la realización de dicho trabajo, por intermedio de la presente solicitamos a Ud. responder la encuesta adjunta, en una primera instancia. Junto con el formulario nos sería útil, también, recibir el material disponible (documentos, informes, boletines, trabajos) que considere pertinentes al tema, tanto a escala nacional como regional.

Le rogamos enviar la información solicitada a la mayor brevedad posible. Para facilitar dicha tarea adjuntamos un sobre pequeño, o de lo contrario puede enviarla por fax: 55-192-39 4819. Es nuestra intención comenzar a computar de los datos a fines de febrero de 1998.

Desde ya le agradecemos la atención dispensada a esta solicitud. Lamentamos las molestias que pudiera ocasionarle, pero creemos que la misma responde a un objetivo de utilidad: contar con una información, hasta ahora incompleta, que nos oriente acerca de la realidad regional de los Programas Nacionales de Salud Mental y de la Asistencia Psiquiátrica sudamericana.

Una vez realizada la recolección de datos le será enviado un informe final con los resultados del estudio. Con agrado le enviaremos también algunos libros nacionales sobre Servicios de Salud Mental en Hospital General.

Por cualquier consulta o aclaración puede dirigirse a la dirección señalada abajo.

Saludan a usted muy atentamente,

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega

ANEXO 2

(Primeiro Inquérito postal)

PAIS: _____ FECHA: _____

Nombre: _____ Profesión: _____

Cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Utilice el revés de las hojas para información y comentarios que juzgue necesarios.

Los items que no sean contestados serán evaluados como datos no disponibles.

1. ¿Existe una política de Salud Mental en su país?

- sí, hay un documento oficial sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

2. ¿Existe un Programa/Plan Nacional de Salud Mental en su país?

- sí, hay un documento escrito sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

3. Especifique la amplitud del Programa/Plan:

- regional provincial departamental estatal

4. ¿A partir de qué año se puso en práctica?

5. ¿Los objetivos del Programa/Plan Nacional de Salud Mental están claramente explicitados?

- sí, hay un documento oficial sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

6. ¿Las estimaciones de costos y otras implicaciones presupuestarias están especificadas?

- adecuadamente parcialmente no especificadas

7. ¿Las infraestructuras existentes se adecúan al Programa/Plan de Salud Mental?

totalmente parcialmente no se adecúan

8. ¿Los recursos humanos existentes son condicentes con el Programa de Salud Mental?

totalmente parcialmente no son condicentes

9. Indique las personas que participaron en la preparación del Programa/Plan de Salud Mental:

técnicos del sector salud técnicos de otros sectores políticos usuarios

10. ¿Están especificados los papeles y funciones de los usuarios en la planificación de los programas y las acciones de Salud Mental?

adecuadamente parcialmente no especificados

11. ¿Existe una indicación específica de integración coordinada entre servicios de salud mental y salud general?

sí no

12. Existe una indicación específica escrita de monitoreo y evaluación del Programa/Plan de Salud Mental?

sí no

13.

Datos nacionales	cantidad	nivel de exactitud
total de médicos registrados		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de psiquiatras registrados		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de psiquiatras que trabajan en la esfera pública		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de hospitales generales		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de hospitales psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de hospitales - día psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
total de camas destinadas a pacientes psiquiátricos en hospitales generales		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado

14. En los últimos 10 años el número de camas en hospitales psiquiátricos:

- disminuyó, _____%; aumentó, _____%; no se alteró.
 dato exacto dato aproximado

15. Indique el tiempo promedio (en días) de internación en hospitales psiquiátricos:

_____ dato exacto dato aproximado

Agradecemos el envío del material que a su juicio considere pertinente.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 3

Segundo cuestionario

Por favor conteste indicando el nivel de exactitud de los datos (dato exacto, dato aproximado, dato no disponible).

Utilice el revés de las hojas para información y comentarios que juzgue necesarios para cada una de las preguntas.

Datos referidos a la persona que responde el cuestionario

País: _____

Fecha de llenado del cuestionario: _____

Nombre: _____ **Profesión:** _____

Cargo ocupado en la Institución: _____

1. Indique la cantidad de hospitales generales que cuentan con UPHGs en el país: _____

2. Indique la cantidad de UPHGs con:

a) ambulatorio _____

b) sala de internación psiquiátrica _____

c) emergencia psiquiátrica _____

dato exacto dato aproximado no disponible

3. Características de la infraestructura edilicia de los hospitales generales con UPHGs:

Antigüedad del edificio	Cantidad de hospitales generales
De 1 a 10 años	
De 11 a 30 años	
Más de 30 años	

dato exacto dato aproximado no disponible

4. La localización de las UPHGs en relación al hospital general es:

a)

Localización de las UPHGs	Cantidad	Nivel de exactitud
Dentro del hospital, junto con las otras clínicas.		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> no disponible
Fuera del hospital, sin conexión directa con él.		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> no disponible
Fuera del hospital, con conexión directa con él.		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> no disponible
Otra localización: _____		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado <input type="checkbox"/> no disponible

b) ¿Cómo es la estructura edilicia de las UPHGs en relación a la demanda existente?

adecuada parcialmente adecuada no adecuada

5. Los equipos de trabajo de las UPHGs están formados por:

psiquiatras médicos generales enfermeros
 psicólogos asistentes sociales terapeutas ocupacionales
 otros _____

6. ¿Cómo es la relación entre el número de profesionales que trabaja en las UPHGs y la demanda asistencial?

adecuada parcialmente adecuada no adecuada

7. ¿Existieron o existen programas de actualización en asistencia psiquiátrica para el personal de las UPHGs?

Existen: sí no Existieron: sí no año/s: _____

8. Indique el número de pacientes asistidos en el año 1997 en las salas de internación psiquiátricas:

(En caso de no disponer de los datos del año mencionado, coloque los datos del último año disponible especificándolo)

Año 199__ : sala de internación psiquiátrica _____ pacientes

dato exacto dato aproximado no disponible

9. ¿Cómo es la provisión / acceso de medicamentos necesarios de las UPHGs?

adecuada parcialmente adecuada no adecuada

10. Indique los tres (3) diagnósticos más frecuentes que motivan la internación en las salas de psiquiatría de las UPHGs:

1- _____

2- _____

3- _____

dato exacto dato aproximado no disponible

11. Indique las características etarias de la población internada en las salas de psiquiatría.

niños (hasta ____ años) _____%

adolescentes (entre ____ y ____ años) _____%

adultos (entre ____ y ____ años) _____%

ancianos (desde ____ años) _____%

dato exacto dato aproximado no disponible

12. Indique el tiempo promedio (en días) de internación en las salas de psiquiatría de las UPHGs:

_____ dato exacto dato aproximado no disponible

13. En los últimos 10 años el número de camas en las salas de internación psiquiátricas de las UPHGs:

disminuyó, _____%; aumentó, _____%; no se alteró

dato exacto dato aproximado no disponible

Agradecemos desde ya su colaboración.

ANEXO 4

Associações / Sociedades de Psiquiatria Nacionais (Integrantes de APAL)

1) Asociación de Psiquiatras Argentinos

Presidente: Juan Carlos Ferrali
San Martin 579 - Piso 2do.
Tel y Fax: (541)393 - 3059/ 3381/3129
(1004) Buenos Aires, Argentina.

2) Sociedad Boliviana de Psiquiatria

Presidente: Herman Olivera
Felix del Granado 1251. Casilla 1328 Cochabamba
Fax: (59-1) 232-4853

3) Associação Brasileira de Psiquiatria

Presidente: Rogério Aguiar
Av. Taquara 198 Apto 301
Porto Alegre, R.S.

4) Sociedad de Neurologia, Psiquiatria y Neurocirugia de Chile

Presidente: Cesar Ojeda
Carlos Silva 1292 Depto 22, Plaza Las Lilas Providencia, Santiago.

5) Sociedad Colombiana de Psiquiatria

Presidente: Dr. Roberto Chaskel
Carrera 18, N° 84-87, Apto 203
Apartado Aereo 52053, Santa Fe de Bogota 2, D.C

6) Asociación Ecuatoriana de Psiquiatria

Presidente: Dr. Carlos León Andrade
Casilla 17-16-127 CEQ
Quito, Ecuador
Tel: 463361 Fax: 439247

7) Sociedad Paraguaya de Psiquiatria

Presidente: Jose Antonio Arias
Cerro Cora 795, Primer piso.
Asunción del Paraguay.
Fax: (59-5) 21491791

8) Asociación Psiquiátrica Peruana

Presidente: Dr. Rafael Navarro
Av. Del Ejército 585.
Lima 18. Peru.

9) Sociedad de Psiquiatria del Uruguay

Presidente: Angel Valmagia. Casilla de correo N° 10973
Montevideo, Uruguay.

10) Sociedad Venezolana de Psiquiatria

Presidente: Edgard Belfort. Avenida el Golf
Urbanización El Bosque, Quinta 76, Apartado. 3380
Caracas 1010-A.

Diretores de Saúde Mental dos Ministérios de Saúde Nacionais.

1) ARGENTINA

Lic. Roberto D. Lo Valvo
Dirección de Salud Mental
Av. Córdoba 3120 1º Piso
1187 Buenos Aires
Fax: 863-6586

2) BOLIVIA

Dr. Harry Dávila, Director, División de Salud Mental
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Casilla 11759, La Paz

3) BRASIL

Dr. Alfredo Schechtman
Coordinadoria de Saúde Mental
Ministerio Saúde
Esplanada dos Ministérios Bloco "G"
Edifício Sede, 6º andar, sala 639.
CEP: 70-058902
Brasilia - D.F.

4) CHILE

Dr. Alfredo Pemjean
Bilbao 1057, Santiago, Chile.
Director, Unidad de Salud Mental
Ministerio de Salud Pública

5) COLOMBIA

Dr. Guido Mauricio Romero
Jefe del Programa de Comportamiento Humano
Carrera 13, 3276 piso 12.
Ministerio de Salud
Bogotá.

6) ECUADOR

Dr. Nelson Samaniego
Director, División Nacional de Salud Mental
Ministerio de Salud Pública, Buenos Aires 340, Quito

7) PARAGUAY

Carlos Arestivo
Perú 1903, Asunción

8) PERU

Enrique Macher
Casilla Postal 4274, Lima

9) URUGUAY

a) Dr. Pablo Alterwain
Director, División de Salud Mental
Ministerio de Salud Pública
Bulevar Artigas 266 201 N°.1130, Montevideo
b) Dr. Jorge Rosi

Director, Unidad de Psiquiatría , Ministerio
10) VENEZUELA
Dr. Víctor Decarli
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 3er. piso, 315

Informantes claves

1) Guillermo Vidal (Director de la revista Acta)

Malabia 2274, piso 13° "A".

1425, Buenos Aires, Argentina

Fax: (54 -1)8573151

2) Dr. Rodolfo Lopez - Director. consejo Departamental de Prevención de Drogadependencia y Salud Mental (COPRE) Casilla 7194. calle Muñoz Cornejo 2702. Sopocachi, La Paz. Bolivia.

3) Dr. Adalberto Barreto - Profesor, Universidad Federal de Ceará.

Dpto. de Salud Comunitaria. Rua Monsenhor Salazar, 352 60 130-370

Fortaleza, Brasil

4) Fernando Lolas Stepke - Universidad de Chile, Casilla 70010. Santiago 7, Chile.

Fax: (56 - 2)2333508

5) Dr. Gustavo Matute - Jefe del Servicio de Psiquiatría. Instituto ecuatoriano de Seguridad Social.

Av. Eloy Alfaro Italia, 2° piso N° 204.

Quito. Ecuador

6) Dr. Alberto Perales - Jefe del Depto. de Investigación de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Av. Alameda Palao s/n. Lima 31. Peru

7) Dr. Antonio Pacheco - Presidente, Inter American Council of Psychiatric Organizations. Centro Clínico Profesional Caracas. Piso 12. Consultorio 1202. Av. Panteón San Bernardino, Caracas, Venezuela.

8) Renato D. Alarcón - Department of Psychiatry. Emory University, School of Medicine, 1670

Clairmont Road, Decatur. GA30033, E.U.A.

Fax: (1 - 404)7287743



ANEXO 5
(Primeiro lembrete)

Campinas, de de 1998

Sr.:

Por intermedio de la presente queremos recordarle que en este mes finaliza el plazo para la entrega del cuestionario que le fue enviado en el mes de Octubre de 1997, relacionado con el trabajo de Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur que estamos realizando en la Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP- Brasil.

Se adjunta una nueva copia del cuestionario, para el caso de no contar con él en este momento, y del sobre para facilitarle el envío.

Dado el corto plazo le recordamos también que puede enviar el cuestionario por el siguiente fax: (55 - 192 -394819).

Desde ya le agradecemos su colaboración, y esperamos su respuesta a la brevedad.

Sin otro particular, saludamos a usted muy atentamente,

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega



ANEXO 5

(Segundo lembrete)

Campinas, de de 1998

Sr.:

En el mes de febrero del corriente, le enviamos el cuestionario correspondiente a la segunda y última fase del trabajo "Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur", que estamos realizando en la Universidad Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. En dicha correspondencia colocamos como plazo máximo para el envío de los datos el mes de julio, pero considerando que la recolección de éstos, en tanto son más específicos, puede presentar mayores dificultades que los de la primera fase, por intermedio de la presente queremos comunicarle que el plazo para la entrega se ha extendido hasta fines de agosto. Por razones de tiempo para el procesamiento de los datos, no puede extenderse más allá de este mes.

Adjuntamos una nueva copia del cuestionario, para el caso de no contar con él en este momento, y del sobre para facilitarle el envío. Le recordamos, también, que puede hacerlo por el siguiente fax: 55 - 19 - 289 3948, agilizando de esta forma la comunicación.

Aprovechamos esta oportunidad para comunicarle que nos encontramos procesando los datos del primer cuestionario; cumpliéndose los plazos establecidos, esperamos para principios del año 1999 estar realizando el informe final, y el correspondiente envío a cada una de las instituciones que aportaron las informaciones para este proyecto.

Desde ya le agradecemos su colaboración, y esperamos su respuesta a la brevedad.

Sin otro particular, saludamos a usted muy atentamente,

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega

ANEXO 6

Matriz de dados do primeiro Inquérito postal

A - Aspectos político-programáticos da Saúde Mental

- A1 - (Pergunta 1) - Existência de uma política A1.1 - Existência
A1.2 - Nível de concretização da política
- A2 - (Pergunta 2) - Existência de um Programa A2.1 - Existência
A2.2 - Nível de concretização do programa
- A3 - (Pergunta 3) - Cobertura e tipo de programa de Saúde mental
- A4 - (Pergunta 4) - Trajetória do Programa em relação à Declaração de Caracas
- A5 - (Pergunta 5) - Explicitação dos objetivos do Programa
- A6 - (Pergunta 11) - Vinculação/integração entre Saúde Mental e Saúde Geral
- A7 - (Pergunta 9) - Participação de setores na elaboração do Programa
- A8 - (Pergunta 10) - Grau de especificação da função do usuário no Programa
- A9 - (Pergunta 12) - Especificação de sistema de acompanhamento e avaliação

B - Aspectos político-administrativos do Programa

- B1 - (Pergunta 6) - Grau de especificação dos custos / orçamento do Programa

C - Recursos do Programa

C1 - (Pergunta 7) - Características dos recursos materiais

C1.1 - Adequação

- C1.2 - Serviços hospitalares C1.2.1 - N° absoluto de hospitais gerais
C1.2.2 - Proporção de habitantes/ N° abs. de hospitais gerais
C1.2.3 - N° absoluto de hospitais psiquiátricos
C1.2.4 - Proporção de habitantes/ N° abs. de hospitais psiq.

- C1.3 - (Pergunta 13) - Número de leitos C1.3.1 - Valor absoluto de N° de leitos
C1.3.2 - Proporção de hab./ N° abs. de leitos

- C1.4 - (Pergunta 14) - Número de leitos nos últimos 10 anos C1.4.1 - Tendência

C2 - (Pergunta 8) - Características dos recursos humanos

C2.1 - Adequação

- C2.2 Recursos humanos C2.2.1 - N° absoluto de médicos
C2.2.2 - Proporção de habitantes / N° abs. médicos
C2.2.3 - N° absoluto de psiquiatras
C2.2.4 - Proporção de habitantes / N° abs. Psiq.
C2.2.5 - Psiquiatras que trabalha no nível público

Codificação de dados do primeiro Inquérito postal

- A - A1.1 - Existência de uma política 0 - Não responde
1 - Existe
2 - Não existe
- A1.2 - Nível de concretização da política 0 - Não responde
1 - Documento oficial
2 - Declaração verbal
3 - Não existe
- A2.1 - Existência de um Programa 0 - Não responde
1 - Existe
2 - Não existe
- A2.2 - Nível de concretização do programa 0 - Não responde
1 - Documento oficial
2 - Declaração verbal
3 - Não existe
- A3 - Cobertura e tipo de programa de Saúde mental 0 - Não responde
1 - Regional
2 - Provincial
3 - Departamental
4 - Estatal
5 - Outros
- A4 - Trajetória do Programa em relação à Declaração de Caracas 0 - Não responde
1 - Antes da Declaração
2 - 1 ano após Declaração
3 - Mais de 1ano após Declaração
- A5 - Explicitação dos objetivos do Programa 0 - Não responde
1 - Explicitados em documento oficial
2 - Explicitados verbalmente
3 - Não existe
- A6 - Vinculação/integração entre Saúde Mental e Saúde Geral 0 - Não responde
1 - Existe
2 - Não existe
- A7 - Participação de setores na elaboração do Programa 1 - Técnicos setor saúde
2 - Técnicos outros setores

- 3 - Políticos
- 4 - Usuários

- A8 - Grau de especificação da função do usuário no Programa 0 - Não responde
1 - Especificados adequadamente
2 - Especificados parcialmente
3 - Não especificados
- A9 - Especificação de sistema de acompanhamento e avaliação 0 - Não responde
1 - Existe especificação
2 - Não existe
- B - B1 – Grau de especificação dos custos / orçamento 0 - Não responde
1 - Adequado
2 - Parcial
3 – Não especificados
- C - C1.1 – Adequação recursos materiais existentes ao Programa 0 - Não responde
1 - Adequados
2 – Parcialmente adequados
3 – Não adequados
- C1.2 - Serviços hospitalares C1.2.1- N° absoluto de hospitais gerais
C1.2.2 - Proporção de habitantes/ N° abs. de hospitais gerais
C1.2.3 - N° absoluto de hospitais psiquiátricos
C1.2.4 - Proporção de habitantes/ N° abs. de hospitais psiq.
- C1.3 - Número de leitos psiquiátricos C1.3.1 - Valor absoluto de N° de leitos psiq.
C1.3.2 - Proporção de hab./ N° abs. leitos psiq.
- C1.4.1 - Tendência do número de leitos nos últimos 10 anos 0 - Não responde
1 - Diminuiu
2 - Incrementou
3 – Não se modificou
- C2.1 - Adequação recursos humanos existentes ao Programa 0 - Não responde
1 - Adequados
2 – Parcialmente adequados
3 – Não adequados
- C2.2 - Recursos humanos C2.2.1 - N° absoluto de médicos
C2.2.2 - Proporção de habitantes / N° abs. médicos
C2.2.3 - N° absoluto de psiquiatras
C2.2.4 - Proporção de habitantes / N° abs. Psiq.
C2.2.5 - Psiquiatras que trabalham no nível público

MATRIZ DE DADOS DO PRIMEIRO INQUÉRITO POSTAL

	A1.1	A1.2	A2.1	A2.2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	B1
Argentina												
Bolívia	1	1	1	1	4	1	1	2	12	2	2	3
Brasil	1	2	1	2	4	2	2	1	14	2	2	2
Chile	1	1	1	1	4	3	1	1	1	3	1	3
Colômbia	1	1	1	1	4	3	1	1	12	2	1	3
Equador	1	2	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1
Paraguai	1	2	1	2	4	3	1	1	12,4	2	1	1
Peru	1	2	1	1	4	2	1	1	12	3	1	2
Uruguai	1	1	1	1	4	1	1	1	12,4	2	2	3
Venezuela	1	1	1	1	4	3	1	2	12,3,4	2	1	3

	População	C1.1	C1.2.1	C1.2.2	C1.2.3	C1.2.4	C1.3.1	C1.3.2	C1.4.1	C2.1	C2.2.1	C2.2.2	C2.2.3	C2.2.4	C2.2.5
Argentina	34.264.000				63		15,172								
Bolívia	8.074.000	2	173	46671	8	1,009,250	780	10,351	2	2	6,2	1,302	75	107,653	45
Brasil	161.384.000	2			250	645,536	61,800	2,611	1	2	200	807	3,000	53,795	
Chile	14.237.000	2	183	77798	4	3,559,250	2,182	6,525	1	2	15	949	600	23,728	200
Colômbia	35.101.000	2	250	140404	10	3,510,100	4,100	8,561	1	2	14,80	2,372	900	39,00	300
Equador	11.822.000	2	175	67554	5	2,364,400	1,217	9,714	3	2	22,146	534	115	102,80	29
Paraguai	4.893.000	2	30	163100	1	4,893,000	368	13,296	1	2			65	75,27	40
Peru	23.854.000	2	472	50538	10	2,385,400	918	25,985	1	2	24,708	965	411	58,04	224
Uruguai	3.186.000	2	21	151714	3	1,062,000	1,867	1,706	1	2	11,05	288	600	5,31	113
Venezuela	21.483.000	3	10	2148300	5	4,296,600	1,200	17,903	3	2	35	614	740	29,03	

No caso da Argentina foram utilizados dados da Guia de Estabelecimentos Assistenciais de la República Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social (1985).

ANEXO 6

Matriz de dados do segundo inquérito

- 1. - (Pergunta 1) - Proporção de hospitais gerais com Unidades Psiquiátricas (UPs) no país**
- 2. - Características dos Hospitais Gerais (HGs) onde se localizam as UPs**
 - 2.1 - (Pergunta 3) - Antigüidade do prédio
- 3. - Características das UPs**
 - 3.1 - (Pergunta 4 a.) - Localização das UPs em relação ao HG
 - 3.2 - Recursos materiais
 - 3.2.1 - (Pergunta 4 b.) - Adequação do prédio das UPs à demanda assistencial
 - 3.2.2 - (Pergunta 9) - Recursos farmacológicos
 - 3.3 - Recursos humanos - 3.3.1 - (Pergunta 5) - Conformação da equipe de trabalho
 - 3.3.2 - (Pergunta 7) - Capacitação / atualização dos RR.HH
 - 3.3.3 - (Pergunta 6) - Adequação da equipe à demanda assistencial
 - 3.4 - Características da assistência psiquiátrica
 - 3.4.1 - (Pergunta 2) - Modalidades de atendimento
- 4. - Características das enfermarias psiquiátricas**
 - 4.1 - (Pergunta 11) - Faixas etárias
 - 4.2 - (Pergunta 10) - Diagnósticos psiquiátricos mais frequentes
 - 4.3 - (Pergunta 8) - Número de pacientes assistidos
 - 4.4 - (Pergunta 12) - Tempo médio de internação
 - 4.5 - (Pergunta 13) - Comportamento do número de leitos psiquiátricos das UP nos últimos 10 anos
 - 4.5.1 - (Pergunta 13) - Percentagens em relação às diferentes respostas

Codificação de dados do segundo Inquérito postal

1 - N° absoluto de HGs / HGs com UPs

2.1. - Antigüidade do prédio

- 1 - de 1 a 10 anos
- 2 - de 11 a 30 anos
- 3 - mais de 30 anos

3.1. - Localização da UP em relação ao HG

- 1 – Dentro do HG com as outras clínicas
- 2 – Fora do HG sem conexão direta
- 3 – Fora do HG com conexão direta

3.2.1 - Adequação do prédio das UPs à demanda assistencial

- 0 - Não responde
- 1 - Adequada
- 2 - Parcialmente
- 3 - Não adequada

3.2.2 - Recursos farmacológicos

- 0 - Não responde
- 1 - Adequada
- 2 - Parcialmente
- 3 - Não adequada

3.3.1 - Conformação da equipe de trabalho

0 - Não responde

1 - Equipe multidisciplinar (Psiquiatras/ Psicólogos/ Enfermeiros/ TO/ AS/ Méd.)

2 - Parcialmente orientado a aspectos médico-psicológicos (Psiquiatra/ Psicólogo/ TO)

3 - Parcialmente orientado a aspectos comunitários (Psiquiatra/ Psicólogo/ TO/ AS/ ou Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo/ AS)

4 - Orientação médica (Psiquiatra/ Enfermeira ou Psiquiatra/ Médico)

3.3.2 - Capacitação / atualização dos RR.HH

- 0 - Não contesta
- 1 - Existe capacitação
- 2 - Existiu capacitação
- 3 - Não existe capacitação
- 4 - Não existiu capacitação

3.3.3 - Adequação dos RR.HH à demanda assistencial

- 0 - Não responde
- 1 - Adequada
- 2 - Parcialmente
- 3 - Não adequada

- 3.4.1 - Modalidades de atendimento
- 1 - Ambulatório
 - 2 - Enfermaria psiquiátrica
 - 3 - Emergência psiquiátrica
- 4.1 - Faixas etárias
- 4.2 - Diagnostico psiquiátrico mais freqüentes
- 4.3 - Número de pacientes assistidos
- Nº. absoluto de pacientes / total da população
- 4.4 - Tempo médio de hospitalização
- 0 - Não responde
 - 1- > 10 dias
 - 2 - 11 - 20 dias
 - 3 - 21 - 30 dias
 - 4 - < 31 dias
- 4.5 - Comportamento dos leitos psiquiátricos nos últimos 10 anos
- 0 - Não responde
 - 1 - Diminuiu
 - 2 - Aumentou
 - 3 - Não se alterou
- 4.5.1 - Percentagens do comportamento

MATRIZ DE DADOS DO SEGUNDO INQUÉRITO

Países	População*	1	2.1	3.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.4.1
Brasil	161.384.000	83	1- 60% 2- 33,3% 3- 6,7%	1-72,3% 3-27,7%	2	2	1	1	1	1-54,2% 2-100% 3-43,4%
Chile	14.237.000	26	1- 31% 2- 34,5% 3- 34,5%	1- 88,5% 2- 11,5%	3	3	1	1	3	1-42,3% 2-57,7% 3-7,7%
Colômbia	35.101.000	20	2- 20% 3- 80%	1- 95% 3- 5%	2	2	1	1	2	1-100% 2-100% 3-100%
Equador	11.822.000	18	2- 77,8% 3- 22,2%	1- 88,9% 2- 11,1%	2	2	1	1	2	1-100% 2-100%
Paraguai	4.893.000	1	2- 100%	1- 100%	1	1	3	1	2	1-100% 2-100% 3-100%
Peru	23.854.000	26	2- 53,8% 3- 46,2%	1- 96,1% 3- 3,8%	1	1	4	1	3	1- 100% 2- 76,9%
Venezuela	21.483.000	16	1- 6,3% 2- 62,5% 3- 31,2%	1- 62,5% 3- 37,5%	2	2	1	1	2	1- 68,7% 2- 100% 3- 56,2%

* Fonte: OMS/OPS 1994

Países	4.1	4.3	4.4	4.5	4.5.1
Brasil		0,16%	14	2	75%
Chile		0,26%	18	2	10%
Colômbia	até 16 anos- 2% 16-22 anos- 8% 22-60 anos- 75% > 60 anos- 15%	0,67%	21	3	
Equador		0	21	3	
Paraguai		8,17%	5	0	
Peru	até 12 anos- 5% 13-18 anos- 50% 19-40 anos- 35% >60 anos- 10%		5	2%	50%
Venezuela	até 12 anos- 3% 13-18 anos- 20% 19-65 anos- 70% >66 anos- 3%	2,27%	45	2	12%

4.2 - Diagnósticos mais frequentes nas internações das Enfermarias Psiquiátricas por unidade de análise

Brasil -
1. Esquizofrenia
2. Outras psicoses não orgânicas
3. Síndrome dependência álcool

Chile -
1. Transtornos afetivos
2. Esquizofrenia
3. Quadros orgânico-cerebrais

Colômbia -
1. Síndrome depressivo psicótico
2. Transtornos esquizofrênicos
3. Crise de ansiedade

Equador -
1. Tentativas de suicídio
2. Violência e maus tratos
3. Psicose exógena (álcool)

Paraguai -
1. Ataque de pânico
2. Depressão maior
3. Transtorno delirante agudo

Peru -
1. Tentativa de suicídio
2. Reagudização psicótica
3. Depressão

Venezuela -
1. Episódios depressivos
2. Transtorno bipolar
3. Esquizofrenia

DECLARACION DE CARACAS

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud

NOTANDO,

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población, y de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de la salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en el marco de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b) estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitarios.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

APROBADA POR ACLAMACION POR LA CONFERENCIA EN SU
ULTIMA SESION DE TRABAJO EL DIA 14 DE NOVIEMBRE DE 1990.

ANEXO 8

**QUADRO DE RESPOSTAS DO
PRIMEIRO INQUÉRITO**

Destinatários dos inquéritos postais				Dados sobre materiais		
Países	Ministérios	Sociedades de Psiquiatria	Informantes-chave		Informação adicional no inquérito	Outros materiais
			Cargo			
ARGENTINA	X		Diretor Revista <i>Acta</i>	X	X	X
BOLÍVIA	X		Diretor COPRE			X
BRASIL	X		Diretor do Depto. Saúde Comunitária, UF de Ceará			
CHILE	X	X	Diretor do Depto. Psiquiatria, Univ. Chile			
COLÔMBIA	X					
EQUADOR	X		Chefe Serv. Psiq. Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social		X	X
PARAGUAI	X				X	X
PERU	X		Dir. Depto. Invest. Inst. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi	X	X	X
URUGUAI	X	X			X	X
VENEZUELA		X	Pres. Inter American Council of Psychiatric Organization	X		
TOTAIS	8 (80%)	3 (30%)	3 (43%)		3 (30%)	6 (60%)

X: Inquérito respondido



ANEXO 9

(Carta enviada às Províncias argentinas)

Campinas, de de 1997

Sr.

Un equipo de investigadores del Departamento de Psiquiatria de la Faculdade de Ciências Médicas de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, está realizando un estudio sobre Programas Nacionales de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en América del Sur.

Por intermedio del Director de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lic. Roberto Lo Valvo, tomamos conocimiento que en el caso de Argentina, la reestructuración de la asistencia psiquiátrica, se realizó de forma diferente a la mayoría de los países sudamericanos. Por tal motivo, la encuesta que realizamos con carácter nacional –para los restantes nueve países–, en este caso se realizará para cada provincia.

Dado el corto plazo con que contamos para la recolección de datos, y análisis de los mismos, le solicitamos a Ud.:

- a) en una primera instancia, responder la encuesta adjunta; y
- b) enviar el material disponible (documentos, informes, boletines) sobre el/los modelo/s asistencial/es psiquiátrico/s y sobre salud mental, a escala provincial, que a su juicio resulte pertinente y relevante para nuestro estudio.

Hemos obtenido, por intermedio del Lic. Lo Valvo, direcciones de cinco provincias (Buenos Aires, Cordoba, Catamarca, Chaco y Rio Negro), si fuera posible para usted enviamos el nombre de alguna persona de las restantes provincias, estaremos muy agradecidos.

Le rogamos enviar la información solicitada a la mayor brevedad posible; para facilitar dicha tarea adjuntamos un sobre pequeño, o de lo contrario puede enviarla por fax: (55-19) 289 4819. Es nuestra intención poder computar sus datos en el mes de setiembre del presente año.

Desde ya agradecemos la atención dispensada a esta solicitud. Lamentamos las molestias que pudiera ocasionarle esta encuesta, pero creemos que la misma responde a un objetivo de utilidad: contar con una información, hasta ahora incompleta, que nos oriente acerca de la realidad regional de los Programas Nacionales de Salud Mental sudamericanos.

Una vez realizada la recolección de datos le será enviado a usted un informe final con los resultados del estudio. Con agrado le enviaremos también algunos libros nacionales sobre Servicios de Salud Mental en Hospital General.

Por cualquier consulta o aclaración puede Ud. dirigirse a la dirección señalada abajo.

Saludan a Ud. muy atentamente

Ps. Cristina Larrobla

Prof. Dr. Neury J. Botega

ANEXO 9

(Primeiro Inquérito postal enviado às Províncias argentinas)

PROVINCIA: _____ FECHA: _____

Nombre: _____ Profesión: _____

Cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Utilice el revés de las hojas para información y comentarios que juzgue necesarios.

Los ítems que no sean contestados serán evaluados como datos no disponibles.

1. ¿Existe una política de Salud Mental en la provincia?

- sí, hay un documento oficial sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

2. a) ¿Existe un Programa/Plan Nacional de Salud Mental en la provincia?

- sí, hay un documento escrito sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

b) En caso afirmativo: ¿A partir de qué año se puso en práctica?

3. ¿Los objetivos del Programa/Plan Nacional de Salud Mental están claramente explicitados?

- sí, hay un documento oficial sí, hay una declaración verbal de intenciones
 no existe

4. ¿Las estimaciones de costos y otras implicaciones presupuestarias están especificadas?

- adecuadamente parcialmente no especificadas

5. ¿Las infraestructuras existentes se adecúan al Programa/Plan de Salud Mental?

- totalmente parcialmente no se adecúan

6. ¿Los recursos humanos existentes son condicentes con el Programa de Salud Mental?

- totalmente parcialmente no son condicentes

7. Indique las personas que participaron en la preparación del Programa/Plan de Salud Mental:

técnicos del sector salud técnicos de otros sectores políticos usuarios

8. ¿Están especificados los papeles y funciones de los usuarios en la planificación de los programas y las acciones de Salud Mental?

adecuadamente parcialmente no especificados

9. ¿Existe una indicación específica de integración coordinada entre servicios de salud mental y salud general?

sí no

10. Existe una indicación específica escrita de monitoreo y evaluación del Programa/Plan de Salud Mental?

sí no

11.

Datos provinciales	Cantidad	nivel de exactitud
Total de médicos registrados		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de psiquiatras registrados		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de psiquiatras que trabajan en la esfera pública		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de hospitales generales		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de hospitales psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de hospitales - día psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado
Total de camas destinadas a pacientes psiquiátricos en hospitales generales		<input type="checkbox"/> exacto <input type="checkbox"/> aproximado

12. En los últimos 10 años el número de camas en hospitales psiquiátricos:

disminuyó, _____%; aumentó, _____%; no se alteró.
 dato exacto dato aproximado

13. Indique el tiempo promedio (en días) de internación en hospitales psiquiátricos:

_____ dato exacto dato aproximado

Agradecemos el envío del material que a su juicio considere pertinente.
Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 10

**QUADRO DE RESPOSTAS DO
SEGUNDO INQUÉRITO**

Destinatários dos inquéritos postais				
Países	Ministérios	Sociedades de Psiquiatria	Informantes-chave	
			Cargo	
BRASIL	X			
CHILE	X	X		
COLÔMBIA	X			
EQUADOR	X			
PARAGUAI	X			
PERU	X		Dir. Unidad. Invest. Fac. de Medicina Univ. Mayor de San Marcos	X
VENEZUELA		X	Pres. Inter American Council of Psychiatric Organization	X
TOTAIS	6 (60%)	2 (20%)	2 (20%)	

X: Inquérito respondido