



A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO HISTÓRICA

Ederson Fernando Mariano¹; Rute Grossi Milani²

¹Mestrando em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Bolsista CAPES/PROSUP. ederpsico@hotmail.com

²Orientadora, Doutora, Professora dos Programas de Mestrado em Tecnologias Limpas e Promoção da Saúde da Unicesumar, Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI.

RESUMO

O presente trabalho buscou analisar a história da loucura no Brasil desde seu descobrimento e compreender como este conceito foi se moldando ao longo dos anos, até a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e analisar como esta contribuiu para um novo olhar sobre a doença mental. A história da loucura no Brasil foi uma luta desde a colonização do país, ao longo das décadas as lutas foram se intensificando, assim como a democratização do país. Foi em 2001 com a Lei da Reforma Psiquiátrica que a loucura e o doente mental ganharam direitos sociais e um novo olhar sobre sua doença. Já a PNPS é instituída em 2006 como forma de ratificar o compromisso do Brasil com a ampliação do conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela importância da participação dos sujeitos no seu processo de saúde-doença. O olhar para com a loucura vista dentro da PNPS sugere que a pessoa acometida com algum transtorno mental deve ser empoderada para o convívio familiar e social, ao passo que ela se fortalece diante de várias novas possibilidades sociais, não se devendo restringir o olhar para a doença em si. Concluímos que a PNPS deve contribuir para que o doente mental se torne protagonista da sua vida e saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Promoção da Saúde; Empoderamento.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o debate sobre a reforma psiquiátrica tem sua origem no ano de 1978 com a força do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e do surgimento de denúncias e greves no Rio de Janeiro contra as más condições dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2015). A Lei 10.216/01 conhecida como Lei Paulo Delgado concretiza essa luta ao dispor sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída somente em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687, ratificando o compromisso do Brasil com a ampliação e a qualificação de ações que visem a promoção da saúde. Passados oito anos, em 2014, a PNPS foi revisada pela necessidade de articulação com outras políticas públicas, devido à ampliação do conceito de saúde. (BRASIL, 2014).



O presente trabalho buscou analisar a história da loucura no Brasil desde seu descobrimento e compreender como a loucura foi se moldando ao longo dos anos até a institucionalização da PNPS, por fim, buscou-se discutir como esta política contribuiu para pensar a doença mental.

2 A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Brasil foi descoberto no sec. XVI e nesse período colonial a loucura ficou silenciosa no país. De acordo com RESENDE (2001) não há relatos sobre os doentes mentais, nem sobre seus costumes e as formas de vida social. Cunha (1990) coloca que antes da chegada da República, os loucos “curtiavam seus delírios tranquilamente pelas ruas da corte, e alguns mereciam até aplausos” (p.27). Foi no sec. XIX que a loucura ganhou espaço entre os problemas públicos brasileiros.

Em 1808 a família real portuguesa muda-se para o Brasil, o que trouxe modificações na vida da colônia portuguesa. Com a chegada da corte houve a modernização do Rio de Janeiro e a abertura de cursos superiores, dentre eles, o de medicina. Através do decreto 82, de 18 de julho de 1841, D. Pedro cria o hospício Pedro II vinculado à Santa Casa de Misericórdia, com o objetivo de recolher os loucos e sanear as cidades, assim como já era o costume na Europa. Foi assim durante os primeiros quarenta anos, sem nenhuma intervenção. Com a proclamação da república, em 1889, e a chegada dos republicanos ao poder, o hospício foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser subordinado ao poder público (RESENDE, 2001).

Nesta época, a entrada no hospício era justificada pela perturbação à ordem, à moral e aos bons costumes. Foi criada a Assistência Médico Legal dos alienados, e a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela república. Esse decreto deu origem às primeiras colônias de alienados, denominadas Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, na ilha do Governador (AMARANTE, 2015).

João Carlos Teixeira Brandão, médico e lutador nas mudanças dos asilos quando foi deputado federal, conseguiu aprovar a Lei dos Alienados em 1903, o que trouxe discussões sobre a legitimidade da estatização do hospício e o direito do Estado em intervir nos assuntos da loucura e dos loucos. As epidemias como febre amarela, varíola, tifo, entre outras, trouxeram as questões das quais a saúde pública preventiva e a psiquiatria tiveram que trabalhar juntas, pois os manicômios começaram a acumular essas doenças (AMARANTE, 2015; RESENDE, 2001).

Passados vinte anos é fundada, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental que representou um marco na “higiene mental”, a qual tinha princípios não apenas baseados no biologicismo ou organicismo, mas em determinadas vezes nos xenofóbicos, ditadores e racistas, pois para higienizar era preciso proibir o casamento entre os doentes mentais, descendentes de



origem africana ou oriental e usuários de álcool e outras drogas, buscando assim, a hegemonia de uma coletividade sadia (AMARANTE, 2014).

A partir do ano de 1920, o Estado começa a se preocupar com o sistema de saúde brasileiro, e é através da Lei Elói Chaves, em 1923, que ocorre a criação do sistema de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias. Neste período, a principal mudança para a saúde mental foi a visão da importância do saber médico e não apenas intervenções de Campanhas Sanitárias (AMARANTE, 2015). No mesmo ano há dois importantes decretos: o decreto 14.831 que instituiu o funcionamento do manicômio judiciário e o decreto 5148-A que reorganizou a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal (BRASIL, 1927).

Em 1930 Getúlio Vargas entra no poder e muda a autonomia dos Estados sob forte ditadura. Na saúde, a principal alteração foi a criação do Ministério de Educação e Saúde. Em 1933 as CAPs são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a principal diferença foi que o Estado administra o financiamento das ações de saúde, mas quem também investe são as empresas e os trabalhadores (RESENDE, 2001; AMARANTE, 2015).

Passados trinta anos e a segunda guerra mundial (1939 – 1945), o Brasil em 1964 é marcado por um golpe militar (1964 – 1985) que inaugurou um período de ditadura no país de vinte e um anos. A participação social se torna extinta e o setor saúde viveu um período de restrições em relação aos recursos financeiros e a alocação de programas específicos do Ministério da Saúde. Com a crise, o regime limitar em 1980 cria o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com objetivo de colocar em prática as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ele trazia como principal mudança a importância de técnicos da saúde, a promoção da descentralização operacional, da participação comunitária e a integração das atividades de promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Em 1973, Luiz Cerqueira, um importante crítico do modelo manicomial enfatizava a assistência extra-hospitalar, a readaptação do doente, bem como o trabalho em equipes multidisciplinares (RESENDE, 2001; AMARANTE, 2014).

Em 1985 com o final da ditadura militar e o início da Nova República, as discussões em torno da saúde ficaram para a população não previdenciária, o que culminou no movimento pela reforma sanitária. No ano de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1988 a instituição pela constituição federal e em 1990 a aplicação das ações que trouxeram um novo conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado, marcos esses, que deram início ao Sistema Único de Saúde – SUS, o qual permanece até os dias atuais (RESENDE, 2001)

Cabe-nos aqui fazer uma reflexão sobre a construção histórica e lutas pelos direitos à saúde mental. As discussões sobre a reforma psiquiátrica no Brasil tiveram início antes da ditadura militar, entre os anos 1970 a 1980, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) surgiu como uma força entre os profissionais de saúde e da participação social nas discussões da transformação da psiquiatria. Porém, somente em 1987 origina-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental que



constituiu a ampliação dos atores sociais, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Com essas indagações, o movimento assumiu a denominação Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que também instituiu o dia 18 de maio como o símbolo dessa luta (AMARANT et al., 2014).

O intenso debate sobre a questão da cidadania dos doentes mentais e a reorientação do modelo assistencial tornou-se uma luta para o deputado Paulo Delgado que culminou no Projeto de Lei 3.657/89, com aprovação somente em 2001, pela lei 10.216/01, o que demonstra que as conquistas para a saúde mental sempre levam um tempo maior, diante do esquecimento social. Outro evento de grande importância, a Conferência de Caracas, realizada em 1990, criou um consenso entre os governantes latino-americanos em torno de uma nova plataforma psiquiátrica que visava à atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva (BRASIL, 1989; 2002; 2004).

Foi em 2001 que ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil, mesmo com grandes ressalvas desde sua constituição até a aprovação pelo Senado. Contudo, o maior marco se deu através da importância dos CAPS no papel estratégico para mudança do modelo de assistência (BRASIL, 2001).

Desde então, a Política de Saúde Mental do Brasil está sendo desenhada com base em algumas frentes: os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, iniciativas de geração de trabalho, renda e de economia popular e solidária. Ações essas que se fortalecem sob o olhar na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que traz uma nova forma de compreender o processo de saúde e doença e torna os sujeitos protagonistas da sua saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como ausência de doenças, mas também como o completo bem estar biológico, psíquico e social, abrindo espaço para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (WHO, 2013).

Diante deste novo olhar sobre a saúde que não visa apenas à patologia, mas sim, a importância de processos psíquicos e sociais que abrem espaços para que o próprio sujeito, pelo processo de conscientização, se torne protagonista da sua saúde, nasce a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, pela Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006, com redefinição pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2006; 2014).

Dentro dos compromissos com a saúde, a PNPS coloca que a compreensão do paciente diagnosticado não fique apenas no aparato do modelo biomédico, marcado na maioria das vezes pela centralidade dos sintomas. O conceito ampliado de saúde-doença proporciona a inserção dos vários profissionais da saúde que juntos complementam o diagnóstico do paciente (BRASIL, 2014).

A PNPS tem como objetivo promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, promovendo diferentes modos de



viver, novas condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, e acesso a bens e serviços essenciais. A política contribui para que o paciente mental se torne um cidadão e que os diferentes profissionais da saúde trabalhem para produzir esses novos modos de viver.

Como valores e princípios da PNPS sobre o olhar para com a saúde mental, destacam-se a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersectorialidade, a intrasectorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade, ações essas que proporcionam o reconhecimento das subjetividades individuais e coletivas no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida, e não apenas a construção de hospitais que objetivam a exclusão social do doente mental (BRASIL, 2014).

Com a redefinição da PNPS em 2014 são adotadas ações que visam ainda mais a autonomia e singularidade de cada sujeito, tendo como valores a solidariedade, o respeito às diversidades, a humanização e a inclusão social adotadas com os princípios da equidade, da participação social, da autonomia, do empoderamento, da integralidade e da territorialização (BRASIL, 2014). Princípios esses que fortalecem a extinção dos antigos hospitais que abrigavam os doentes mentais, trazendo novos olhares que visam a ressocialização na sociedade, possibilitando uma visão de que os portadores de transtorno mental em sua maioria podem e devem ser inseridos no meio social. Esta inclusão possibilita em sua maioria a autonomia e o empoderamento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, ao longo da história do Brasil, a loucura foi ocupando diferentes lugares e em muitos anos o doente mental foi excluído da sociedade, ocupando um lugar de anonimato dentro dos grandes manicômios e asilos. Com a chegada da democratização e, posteriormente, das políticas públicas foi possibilitado um novo olhar para com os sujeitos acometidos por algum transtorno mental, dentro dessas políticas destaca-se a PNPS que contribui para reconhecer o doente mental não apenas como aquele sujeito destituído de razão e consciência, mas sim como alguém que pode ser empoderado e tornar-se protagonista da sua própria vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em Saúde Mental**: escritos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015, 160p.

AMARANTE, P et al. **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 314p.



AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 5. Edição, 2014, 187p.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei nº 3.657**, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>. Acesso em: 16/05/2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 16/05/2017.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº 5.148-A** de 10 de Janeiro de 1927. Reorganiza a assistência a psicopatas no Distrito Federal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>>. Acesso em: 16/05/2017.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental. In: CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3.: 2001, Brasília. **Anais...** Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: O Ministério, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: Direito a Saúde Mental**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8**, janeiro de 2011. Brasília, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CUNHA, M. C. P. **Cidadelas da ordem: a doença mental na República**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **8th Global Conference on Health Promotion**: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva: 2013. Disponível em:
<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/index.html>> Acesso em: 17/06/2017.