

FINEP  
- 4 DEZ 82 010073  
PROLOGGLO

PROJETO 31.2 - AUMENTO E SIGNIFICADO DA DOENÇA MENTAL  
NO RIO DE JANEIRO 1955-1975

COORDENADORA - MARIA DA GLÓRIA RIBEIRO DA SILVA

29/1/ct  
n. 31

626

ANUÁRIO E SEMINÁRIO DA ESCOLA DE MINÉRIAS DO RIO DE JANEIRO  
1955-1975

Coordenadora: Maria de Elóisa R. Silva

Equipe: Carlos Mendonça Casbar

Anita Norris Slade

Rosa Maria Ribeiro Silva

Celina Von Nielaender Ribeiro

Jane Walbert

Agradecimento especial a  
Sherine Hjaine Borges

## ÍNDICE

Introdução	
A doença mental e as relações de produção e dominação	1
Política de Saúde mental e Conjuntura de 1955 a 1975	17
Diagnóstico da Assistência Psiquiátrica: tendências atuais	23
Conclusões	35
Bibliografia	
Anexos	

Introdução

O projeto de pesquisa sobre "Aumento e significado da doença mental no Rio de Janeiro no período de 1955-1975" apresentado à FINEP, através do Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas, da FIOCRUZ, há alguns anos, vinha marcado pela preocupação entre alguns profissionais de saúde mental no Brasil com a importância e o significado que passou a dar à questão da doença mental, mas sobretudo com as consequências a nível de planos e de prática desta participação.

Na década de 60, através de trabalhos como os de Basaglia, por exemplo, entre outros, muitos de nós profissionais fomos chamados a refletir, criticar e a tentar modificar nossas concepções sobre doença mental e assistência, bem como a nos perguntar sobre a articulação destas concepções e práticas com o sistema social e as diferentes conjunturas. Destas preocupações resultaram alguns trabalhos importantes, como o de Costa (1977) e Machado (1978) que procuram recuperar as raízes político-higiênicas da psiquiatria ao avaliar a constituição da psiquiatria no Brasil e o movimento pela higiene mental da década de 30.

Os trabalhos de Michel Foucault, bem como suas visitas ao Brasil vêm agitar o espaço e a profundidade dos questionamentos, colocando no centro das discussões a relação saber-poder. O presente trabalho procura, nos rastos e sua relevância neste espaço de debates e, ainda que preliminarmente, procura responder a algumas perguntas: de que doença mental se fala hoje? vem o Estado preocupando-se mais com a questão nas duas últimas décadas? esta preocupação viria de uma necessidade de controle maior? Vem aumentando o poder médico e psicológico na vida social? a psicolo-

ginação crescente da vida social seria uma forma de deslocar as questões do nível social?

Desta forma, através da resposta a estas perguntas, se poderia pensar a necessidade de ampliação dos institutos de formação de agentes de saúde mental e os cursos desta formação.

Elaborado para ser executado em 12 meses com uma verba compatível com as necessidades na época, o projeto, por motivos alheios à nossa vontade que retardaram de muito seu início, sofreu bastante nas suas pretensões. Assim, mantendo as preocupações e as questões iniciais, restringimos o campo de busca de respostas.

Partindo da conceituação de saúde mental, tentando localizá-la nas conjunturas, discutimos na primeira parte a relação entre as formas de produção e de dominação, o papel do Estado e seus aparelhos ideológicos na organização da produção e da dominação e o papel do discurso e da prática psiquiátrica-psicológica no exercício da dominação. Posto isto, pode-se compreender o papel que o Estado passa a exercer a partir de um determinado momento, na conjuntura brasileira, de formulador de políticas de saúde, bem como sua preocupação crescente com a saúde mental. Assim, nas duas partes seguintes, abordamos a chamada política de saúde mental, ou políticas, em dois períodos que parecem distintos a uma análise da conjuntura econômico-social. Estas políticas são recuperadas através de dois indicadores sobretudo: documentos oficiais - planos, programas, diagnósticos, mensagens em congressos, etc - que explicitam o nível de preocupação com o tema e as concepções vigentes; dados sobre a organização dos serviços de saúde mental - nº de internações, diagnósti-

III

cos, nº de atendimentos ambulatoriais, nº de leitos, montante de dotações e gastos, etc - que mostram na prática, às vezes bastante distante do próprio discurso oficial, os rumos destas políticas.

Com a expressão "doença mental" já temos, indiscutivelmente, uma leitura histórica de certos fenômenos psicológicos e ideológicos incompatíveis com parâmetros de "normalidade", isto é, de medidas e modelos sociais "ótimos" de produção e de reprodução social. A verdade é que a psiquiatria, mas não apenas ela (por exemplo a psicologia, entre outros discursos) constitui pautas de sustentação de práticas disciplinares que regem o corpo e o redefinem em efeito de sujeito. E o faz psicologizando ou não, conforme a necessidade estrutural histórica particular de reproduzir as classes sociais e suas atribuições na forma de "sujeitos" e receptáculos ideológicos.

Esta relação com o corpo - este espaço dinamicamente potencial onde a dimensão biológica se sensualiza e se politiza - se diversifica conforme a estrutura social, isto é, conforme uma tática histórica de agilização muscular e intelectual. Nem sempre o corpo é trabalhado em toda sua extensão ou em toda sua profundidade. Ele pode ser assinalado externamente como nos escudeiros medievais, pode ser corpo coletivo como nos corais gregorianos ou como nas confissões em grupo nestas mesmas sociedades. Ele pode conter algo quase-psicológico, quase escultural como efeito de "sujeito" no cimo - por exemplo, diz Michel Foucault, no soberano - e ser sempre mais coletivo e anônimo conforme se desce na escala social. O importante é que se tenha clareza sobre o corpo e sua relação com o Estado através de aparelhos ideológicos de Estado (AIM) ou dispositivos - estas dimensões de inculcação ideológica e de disciplinarização que desbordam o Estado - e se situe o psicológico não como realidade universal e intemporal, mas como certo resultado político desta relação.



Nas sociedades de classe, o Estado - este objeto da ciência do político - é necessário, visto que constitui o aparelho de dominação por excelência e se estreita ou se amplia e às vezes até mesmo se sofisticava, conforme o tipo de articulação das instâncias do econômico, do político e do ideológico.

Nas formações socialistas, a instância do econômico ganha marcada autonomia, fazendo processar a exploração do trabalho - a extorsão da mais-valia - no espaço e quase automático das relações entre o trabalho e o capital nas fábricas. Isto permite que o Estado se atribua as tarefas de realização ideológica e política - inchando e aperfeiçoando-se para isso - mais do que de "escolta" constante dos atos de extorsão do sobre-trabalho. Ademais, as formações sociais capitalistas têm do corpo (e pela eficácia do trabalho ideológico da família e da escola) uma concepção de indivíduo isolado, substancializado na dimensão jurídico-política de cidadão. Toda esta doutrinação abstrato-formal da burguesia, enfim, todo este caudal jurídico-político que regula o corpo e instrui as práticas dos AIE servem também para negar as classes e a luta de classes mesmo se elas, irrompendo nas brechas e espumando nas crises, criam problemas para este discurso dominante.

O juridicismo político do "contrato social", da representatividade, dos direitos individuais e do Estado, da imagem de cidadão e das obrigações na lei confirmam um estilo retórico-abstrato de unificar e solidarizar o corpo social que será sempre, no campo político, o exigêncio ideológico da burguesia. Aliás, neste contexto abstrato mas autoritário de deslocar o real social através de um social contratual ilusório, a loucura, como toda prática contrária às leis, à propriedade e à autoridade, sofrerá represálias e controles limiares.

Este novo Estado, instrumento de classe, mas só instrumento de classe enquanto ideologicamente hegemônico, isto é, enquanto capaz de implantar sua ideologia, a ideologia da burguesia, como ideologia de todas as classes; este Estado, enfim, que se amplia e se desmembra em AIEs novos, se torna máquina política e ideológica sem precedentes, na realização de um efeito ideológico de "sujeito", inclusive psicológico ou psicologizante, nos corpos sociais disponíveis.

As formas de produção, propriamente capitalistas, mediadas pelo mercado de trabalho e pelo mercado propriamente dito, acionadas pelo capital e sobretudo pelo capital variável, mas fecundadas no capital constante e então na revolução industrial, não se processam, ou ainda, não se completam socialmente sem a presença do Estado. Ou melhor, as formações sociais capitalistas são inseparáveis do projeto unificador da revolução burguesa que é muito mais do que impulsos isolados de unidade territorial, de unidade de língua, de unidade jurídico-política, pois significa também - e através do Estado - mobilizar e organizar a sociedade para uma produção ampliada. Isto é, uma produção que não se basta em reproduzir, mas que se faz por uma exigência interna ao capital em produção ampliada e em reprodução das condições desta produção, nestes termos.

A complexidade das relações capital-trabalho, a necessidade da reprodução das classes - uma e outra num processo histórico, visto que contraditório, e a reprodução social ao nível de contradições é geradora de história - nas instâncias não apenas econômica, mas também política e ideológica fazem deste Estado inchado e complexo um meio essencial da dinâmica da produção e da reprodução das classes.

O Estado que não é mais predominantemente aparelhos repressivos (ARE) como nas formações sociais feudais, é, contudo, como todo Estado, ainda que sob novas formas, o meio mais explícito tanto de garantias físico-repressoras da exploração de classe como, agora, de aparelhos políticos e ideológicos novos, que assegura além de uma obediência pelo medo e pelo temor, uma adesão pela convicção e pela "certeza".

Ele quer fazer sobretudo a "alma" deste cidadão, ele quer que esta alma seja tudo aquilo que a categoria de cidadão recobre como ideário burguês. Ele sabe que o estímulo, ou mais precisamente, a necessidade de se estruturar um efeito ideológico de sujeito está na produção, isto é, na reprodução das condições de uma produção que se reproduz de forma ampliada. Aliás, é, no capitalismo, esta reprodução ampliada - tanto quanto as contradições inerentes a esta sociedade - que obriga a burguesia a renovar e aperfeiçoar seu Estado constantemente.

Este Estado-instrumento das relações de dominação das diferentes burguesias sobre um amplo proletariado, que se aprimora como instrumento, tem não apenas um papel de sustentação, garantia e preservação da produção, como também de ser, ele mesmo, por uma legitimidade jurídico-política, o árbitro entre as burguesias. Burguesias que vivem também um processo de contradições secundárias, conforme as características conjunturais da acumulação do capital e da luta de classes.

No caso específico do Brasil é importante lembrar aspectos próprios e singulares da história do capitalismo brasileiro. O Brasil, pode-se dizer, esteve sempre - até mesmo na época colonial - inserido na cadeia capitalista internacional e tem como história econômica e política a particularidade de ser um capita-

lismo dependente, isto é, um dos elos desta cadeia capitalista que não experimenta ou conhece o capitalismo das metrópoles. É um capitalismo a serviço das necessidades do capitalismo central, que toma, nesta particularidade de "capitalismo dos cantos" as formas que as crises de acumulação internacional do capital exigirem.

As exigências sociais de um capitalismo deste calibre - excludente, guiado externamente, dependente, etc - estão pressas às valorizações que o capital internacional fizer das matérias-primas, da mão de obra barata, do mercado interno e até mesmo do circunstancial significado político do país nas guerras abertas, guerras frias, etc.

A construção de um Estado com a importância caracterizada da burguesia industrial - burguesia contudo não hegemônica - na Revolução de 1930 significa, no interior das províncias que tal realidade impõe, uma proletarização parcial da população, uma relação de exploração e dominação interna, a exclusão de amplas áreas nacionais e de grandes camadas sociais. Fenômeno aliás que não impede que os burgueses se façam ouvir pelo mesmo - aparentemente - discurso burguês de todas as formações sociais capitalistas. A República já encaminhava a unidade territorial, a unidade de língua, a centralização e globalização jurídico-política, etc. Mas tanto ela quanto o Estado instituído em 30 se caracterizam por uma prática burguesa "perversa", isto é, por um projeto de totalidade e unidade que não totaliza nem unifica verdadeiramente, que não significou proletarização global, escolarização burguesa mínima, envolvimento jurídico-político geral. No Brasil, grandes camadas sociais podem para ser inseridas no mecanismo da exploração capitalista, pois vivem ainda em situação

pré-social, como um grande exército não apenas, como se diz, "industrial de reserva", mas também como um exército de famintos e doentes e com isto constituem não apenas um meio de barganha do Estado face aos trabalhadores, como uma divisão mesmo no interior das classes oprimidas, que cabe totalizar numa política correta destas classes.

Este Estado capitalista nas formas de um capitalismo dependente exerce uma totalização abstrata, ela mesma fortemente totalitária na medida em que marcadamente aparente. O que significa dizer que ele é ao mesmo tempo instrumento das burguesias para implantar uma infra-estrutura político-ideológica e um grande aparelho repressor - frio e radical - para intervir nas áreas geográficas e sociais que não querem se submeter (Canudos, Contestado, reservas, etc) e na luta de classes (repressão às greves de 17, a 35, o Estado Novo, Dutra, etc, 64, 69 etc).

Enfim, se o Estado da burguesia européia clássica tem um projeto e uma prática de totalização territorial e política este projeto, ele próprio burguês, toma uma forma "perversa" no Brasil e explica em parte as formas de implantação do Estado moderno brasileiro e o estilo de seus aparelhos.

É neste sentido que a implantação dos aparelhos "cultural", escolar e médico no país, após a Revolução de 30, tem o sentido tanto de organização, mobilização e reprodução da força de trabalho, como de divisão do país em áreas privilegiadas, o que significa dizer que a unidade territorial propriamente dita é uma imposição não social, mas militar policial dos ARB. 638

Nos casos específicos dos citados países dependentes -- algo que só se precisaria melhor para nós nas formas novas de acumulação internacional do capital e da divisão internacional

do trabalho - a intervenção do Estado tem particularidades únicas com ritmos e densidades específicas. Esta intervenção do Estado na política e na ideologia, mais especificamente na mobilização e organização das massas como trabalhadores diretos, se materializa na forma como os ALE familiar, médico, escolar, cultural, entre outros, se estruturam. Seja nos novos rituais de reprodução física e ideológica das classes, menos intensos nos momentos produtivos ainda não definidos, ou nas crises, seja nas formas novas e autoritárias do Estado de "Compromisso" em 30, ou ainda, mais incisivos e menos ambíguos nas decisões do governo Getúlio de 37 a 43. Seja ainda a partir de 1964, com o golpe militar, quando a forma política do "compromisso" como Estado árbitro entre as diferentes burguesias - onde a burguesia industrial continuava sendo a burguesia mais importante porém ainda não hegemônica - é rompido e nitidamente se instaura um regime onde a hegemonia corresponde à burguesia financeira - isto é, ainda aqui este Estado interventor, este Estado realizador de condições infra-estruturais persiste como piloto e realizador político do domínio de classe burguês em termos não clássicos. É um Estado que funciona estritamente para a burguesia - vivido radicalmente como um instrumento e sempre suspeito para as burguesias em desvantagem - que é frágil em seu papel hegemônico, isto é, de legitimidade visceral, mas eficaz como instrumento de barganha e de poder. E de barganha e poder não só no nível das contradições entre as diferentes burguesias, como também entre estas burguesias e as massas.

639

Ora, cabe especificar estas massas, já que esta expressão só é válida se conjuntural e no caso brasileiro ela se refere a um todo fragmentado que inclui tanto os trabalhadores como os desempregados, os lumpem-proletários, os subempregados,

as massas em miséria absoluta no campo e nas favelas, os pequenos proprietários e as massas urbanas que, além dos proletários, é composta por empregados em serviços e nos órgãos da administração do Estado.

O Estado está presente nestas massas seja como forma de organizá-las para os capitais externos, pois ele procura incutir nelas um mínimo de escolaridade e assegurar pela pequena produção no campo um preço baixo de sua reprodução. Ele, enfim, define por alguns procedimentos uma mão de obra barata, ela mesma objeto de um aparelho médico em termos nacionais capaz - se não efetivamente pelo menos aproximadamente - de assistir e de preservar esta força de trabalho.

Realizador crescente das condições infra-estruturais no país para a chegada dos grandes capitais estrangeiros - sobretudo após o golpe de 1964 - o Estado se tornou até mesmo, fazendo uso de certa formação tecno-burocrática da oficialidade superior do Exército nos campos de treinamento ideológico-militar nos Estados Unidos da América, um investidor particular no campo da produção e do lucro. Porém, é bom lembrar, o Estado jamais se torna um capitalista entre outros, seu papel sendo aqui de educador das diferentes burguesias, o que significa dizer, no Brasil, que o grau de intervenção do Estado na produção se sofisticou, tornando-se até mesmo pedagógico-militar.

•640

Todos sabemos que a década de 60 se caracterizou internacionalmente por uma agudização da luta de classes com prolongamentos nos anos 70. Evidentemente isto significou além das reações em cadeia das burguesias através de seu instrumento de dominação, o Estado, uma reformulação da política de seus aparelhos. Os anos 60 e 70 foram, além de críticos e revolucioná-

rios, anos de reformas dos AIEs e de uma consciência mais nítida do papel do Estado para as próprias burguesias. É por isto, ou é politicamente por isto, sem esquecer as formas novas de acumulação do capital, que o Estado se fortalece, se agiliza e se revela muito mais que um simples interventor na economia - mudando em parte suas características tradicionais ou típicas da fase do capitalismo concorrencial - para passar também através das novas estratégias de controle social dos AIEs a intervir e a realizar em maior profundidade o chamado "efeito ideológico de sujeito". Isto é, os corpos infantis, nas diferentes classes - mas particularmente naquelas responsáveis pela produção - se tornam objeto de controle em profundidade por estes aparelhos, eles são pois objeto de medicalização na extensão de suas vidas e na circularidade rigorosa de seus corpos. Ora, isto é sobretudo um fenômeno nas grandes metrópoles, ainda que até mesmo nelas - já que capitalistas - esta investigação e este controle médico - vivido como um benefício das ciências e das técnicas - se faça principalmente nas classes dominantes e só depois, e então com o sentido explícito de controle ideológico, nas classes subalternas.

Nos países dependentes esta medicina somática de controle é, junto às massas, bastante precária, seja porque a força de trabalho disponível existe em excesso, seja porque sua reprodução precisa ser de baixo custo - e este é o trufo das burguesias e de Estado para capitalizá-las - seja porque o controle do Estado é, e persiste em grande parte, como controle repressor militar-policia. Ora, isto não exclui já entre nós estas formas mais recentes de controle: isto é, o crescimento dos poderes médico e psicológico na vida social. De um lado porque se refere ao conjunto da sociedade e, neste espírito, a sociedade brasi-



leira tem em suas metrópoles um processo político e ideológico (mesmo excludente) parecido ao das metrópoles européias e, por outro lado, porque nas áreas do trabalhador - sobretudo nas regiões industriais economicamente beneficiadas - o controle médico e psicológico se sofisticou. Ou ainda, o mais precisamente, naquelas empresas de capital estrangeiro no sul do país, onde uma medicina paralela à do INAMIS busca psicologizar e medicalizar em profundidade o corpo do trabalhador, como forma de reafirmar sua dependência ao capital e ao seu destino de força de trabalho "privilegiada".

No entanto, se desmarcamos a questão da força de trabalho direta na tese da medicalização e psicologização crescentes - pois aqui o processo não é plenamente visível e é, de certa forma, potencial e problemático - a veremos completamente confirmada no conjunto da sociedade brasileira com explícitos quadros estatísticos, na forma de um crescimento do controle médico e psicológico no conjunto dos agentes sociais. Controle, é bom que se diga, ideológico e político do corpo e que por isto mesmo não se confunde com o discurso médico de bens médicos e psicoterápicos que o progresso da medicina traz aos agentes sociais. Isto é, o discurso médico, como ademais os discursos específicos dos aparelhos escolar, familiar, etc, não deve escamotear para nós as práticas fundamentais destes aparelhos que são de inculcar ideologia e reproduzir as classes.

O Estado burguês - este panopticon - é uma estratégia de poder que vai desde o tom do discurso persuasivo até a arquitetura espacial e que tem nos olhos, na perspectiva, nos ouvidos, na intensidade da luz e na divisão do tempo toda uma engenharia de controle, da disciplina e da reprodução das classes de origem.

Da pediatria à gerontologia, com todos os meios técnicos de produção da situação e da intervenção médica, da psiquiatria infantil, dos jogos kleinianos para a psicanalização das crianças, até a psiquiatria dos velhos e a psicanalização dos adultos com todos os "planos" da situação e dos objetos de campo da psicanalização, o objetivo fundamental é ter em posse os possíveis políticos e ideológicos do agente social, moldando-o às tarefas da produção e da procriação programada.

A vitória da burguesia, isto é, seus planos de reforma dos AIEs - frente à redefinição do seu campo de acumulação de capital - passa por uma medicalização intensa do agente social assim como por uma psicologização radical deste mesmo agente. Processo este - mais a TV, por exemplo - que desmobiliza as classes sociais e impotencializa cada agente para as reivindicações e para a transformação social, o que significa dizer que o Estado e seus aparelhos tiram muitos ensinamentos da luta de classes e repensam suas formas de poder também pela maneira como se apropriam das ciências e das suas novas técnicas.

Apropriação das ciências e das técnicas beneficiadas pelas ciências que as burguesias efetivam através do seu aparelho de classe: o Estado.

Certamente, isto não nega que as massas disponham de formas de saber - fundadas em sua história particular, em sua experiência. Porém, e é bom que se diga, as burguesias também buscam formas de se apropriar deste saber popular. Isto é, como todo poder é inseparável da propriedade particular do saber, o Estado também mergulha seus agentes para o roubo deste saber vivo e único das classes subalternas. Basta lembrar o tayloris-

no e o fordismo, isto é, apropriações da experiência concreta do trabalhador na fábrica para se pensar - além do que podiam dizer ou planificar os engenheiros - reformas na produção com o fito único e exclusivo de explorar mais a força de trabalho e de render mais em termos de produção.

O Estado privatiza em nome das burguesias todo o saber - particularmente o saber científico, visto que este saber só é outorgado via aparelho escolar, radicalmente sob seu controle. Isto é, a pequena burguesia tradicional em escala restrita e a pequena burguesia chamada nova são escolarizadas. Ou ainda, a transformação social - e do Estado - na passagem das formas de extorsão da mais-valia em termos absolutos para sua extorsão em termos "relativos" - o que significa a intensificação do trabalho - obrigou a inserção da ciência e das técnicas científicas como meio de aperfeiçoamento constante das forças produtivas. As ciências só "autorizadas" pelo aparelho escolar, que por sua vez não "intelectualiza" o trabalhador e o camponês, têm por objetivo "revolucionar" sempre estas mesmas forças produtivas visto que o sistema capitalista necessita reproduzir de forma ampliada o capital.

A nova pequena burguesia predominantemente escolarizada corresponde historicamente à fase da acumulação em termos de extorsão da mais-valia em termos relativos. E a escola, que como aparelho é um divisor das classes sociais, só autoriza seus níveis secundário e superior à pequena e à grande burguesia que cumprem no interior da produção uma função intelectual que vai desde a observação e disciplinarização até a inserção de novas máquinas e planejamentos globais na empresa.

644

O saber não só é inseparável do poder, como é parte do exercício do Estado; ele é administrado pela escola que por

sua vez está atenta ao fenômeno de classe que a funda e que a justifica. Ou seja, os AIEs e o Estado mesmo se explicam na produção como exploração de classe e nas práticas sociais como práticas de reprodução das classes.

O trabalho manual é radicalmente separado do trabalho intelectual e esta separação não é apenas um efeito da apropriação, digamos, material do saber ao lado da apropriação do trabalho e das mercadorias, mas uma forma de manter o trabalhador esvaziado do saber já que este o potencializaria politicamente. Exercer, então, a dominação de classe é ainda mais que canalizar o saber para um plano de produção que favorece a classe dominante, é também hipotencializar politicamente as classes dominadas esvaziando-as de saber. O Estado capitalista é um mestre nestas tarefas.

Neste sentido, as terapias médicas e psicológicas se explicam como um saber apropriado - e até mesmo enigmatizado - e que na prática tem significados políticos explícitos de dominação social. É por isto que a crescente medicalização e psicologização da vida social faz parte do crescimento dos poderes médico e psicológico na vida social. Isto reflete a nova estrutura e o novo tipo de inserção dos AIEs médico e psicológico nos trabalhos de realização do efeito ideológico de sujeito nos indivíduos e de controle e racionalização desse sujeito num espaço de produção constantemente renovado.

645

É evidente que com isto não apenas se despolitiza o conjunto da sociedade como se desloca a questão social, por excelência, para um nível abstrato-fantasmal de questões psicológicas. Além, é esta em parte a razão da existência das psicologias-na sociedade burguesa, a outra sendo a narcicística exclusão dos negros, anãozinhos, velhos e doentes de todos os tipos dos

méritos e das qualidades dos brancos patrões do mundo. Para isto, basta ler os clássicos da psicologia nos fins do século XIX e no século XX, como mostrou Deleuze, bem como numerosos outros críticos dos discursos pseudo-científicos da psicologia e seus mecanismos terapêuticos.

Assim, a articulação que acreditamos existir entre as formas econômicas e políticas de inserção do Brasil na economia capitalista mundial - nesta última etapa do imperialismo - com as reformulações dos AIEs no período entre 1955 e 1975 não é uma constatação achataada. E não é porque exige de nós certo reconhecimento histórico diferencial que as ideologias globais, de tipo nacionalista, desenvolvimentista, populista, reformista e autoritária deste longo período significaram como projeto de Brasil e como forma de encarar o agente social. Trata-se de um período em que se vai da euforia e desorganização para a contenção e reestruturação do aparelho do Estado. O que significa dizer que se passa do uso genérico e muito impreciso dos AIEs e em particular do aparelho médico, psiquiátrico e psicológico, para um uso "consequente" e mais preciso. Visando sobretudo a força de trabalho direta, que logrou engajar-se na proletarianização - visto que grandes massas brasileiras estão marginalizadas deste processo - e exigia do Estado u'a manipulação física e psicológica. Manipulação aliás que pouco devia às formas de "massageamento" ideológico das grandes metrópoles, visto que o capitalismo brasileiro - embora excludente e brutal - foi imposto já sob técnicas e planejamento similar ao do grande capitalismo monopolista americano e europeu.

646

Esta "redireção" ideológica dos agentes sociais neste processo intencional de capitalização gera não apenas uma psicologização negativa, isto é, encarregada de encanotear a luta de

classes e a exploração, mas também se faz através de uma psicologia positiva - digamos assim - realizadora de certo efeito ideológico do sujeito que ideologicamente lembra o agente social típico do capitalismo desenvolvido.

Neste contexto, os AIEs fazem uma certa leitura dos desvios psicológico-ideológicos, onde a doença mental - e outras formas de "ruído" - são contabilizadas, excluídas-incluídas e servem, na forma de um mostruário público institucional para reforçar a validade preventiva e não preventiva da psicologização da vida social.

Constroi-se assim um painel de medidas ideológico-repressivas de fragilização política dos agentes sociais e com isto um plano de envolvimento e de dependência destes agentes pelos AIEs e particularmente pelo AIE médico-psicológico. O Estado, muito mais compromissado e até mesmo imerso na produção - reprodução ampliada do capital - aciona diferentes dispositivos que vão desde a ampliação e reformulação do AIE médico até a inchação de certo discurso psicológico que o subsidia.

Neste contexto - é preciso insistir - a doença mental não é apenas detectada como ruído na produção, mas é também um instrumento ideal de ameaça e de medo que predispõem o agente social às manipulações psicológicas.

Neste quadro, o Estado se constitui num esteio para as teorizações psicológicas da sociedade, tanto quanto num meio material e institucional de psiquiatrização da medicina geral, como complemento efetivo de seu controle crescente do corpo. Eis por que a aliança jurídico-médica dos conselhos da reformulação do Estado (século XVII europeu e século XIX no Brasil) - e gerou novas estruturas ideológicas de Estado, volta a se fortale-

cer no momento de outra e mais profunda reformulação deste aparelho.

A prisão, a psiquiatria, o sanitariano, as escolas médicas, os manicômios, a escola como um todo estão no coração dos projetos de aprimoramento do Estado burguês, como instrumento de apoio a uma produção de riqueza onde o trabalhador é vítima por que historicamente "saudável" e vítima - eventual - por que louco ou subversivo.

Política de Saúde Mental e Conjuntura de 1955 a 1975

Ainda que as "questões de saúde" tenham estado presentes no discurso oficial em todas as etapas da vida brasileira, a inclusão do item saúde nos planos nacionais de desenvolvimento vai se dar quando, segundo Pena (1977), já se tem em mente um futuro industrial e urbano para o Brasil. O primeiro ensaio de plano centralizado no Brasil não por acaso ocorre no Estado Novo quando este perfil urbano-industrial começa a se delinear e ainda aí o item saúde só aparece indiretamente.

Segundo Pena, os planejadores vêem na saúde um domínio prioritário, digno de esforços concentrados da parte do Estado, a partir deste momento. A saúde é também considerada como fazendo parte do interesse coletivo, situada portanto além dos particularismos de classe ou grupo, como aliás o Estado de então que pretende se colocar acima das classes, podendo então implementar um projeto que ainda que da burguesia deve aparecer como de toda nação. Neste sentido, os organismos de saúde do Estado visam sobretudo a extinção das endemias, a organização de companhias sanitárias e o controle das doenças contagiosas.

A divisão entre público e privado neste domínio faz parte dos planos a partir do plano SALTE, o primeiro a incluir o item saúde, durante o governo Dutra. No entanto, Pena distingue algumas tendências nos usos diferentes de importância atribuídas à saúde. Nos primeiros tempos da planificação e da industrialização a motivação da orientação dada a este setor teria um caráter nitidamente econômico. Entretanto - e ligar diretamente a política de saúde à conjuntura econômica da época, estes



objetivos se teriam transformado, adquirindo contornos mais difusos, abelando para uma política de "desenvolvimento social", "mais um arêndice de caráter ideológico do que propriamente uma parte essencial de um projeto de desenvolvimento global".

Já Luz (1979), em seu trabalho sobre "As Instituições Médicas no Brasil", procura avaliar as estratégias de hegemonia do Estado e a mudança no papel das instituições médicas nos períodos 60/64 e 68/74, tentando demarcar na área da saúde, como a passagem a um outro modelo de acumulação e as novas formas de intervenção do Estado se traduzem a nível de política para as instituições envolvidas.

60/64 e 68/70 seriam dois períodos que, configurando duas conjunturas opostas em muitos pontos, assistem a transformações nas instituições médicas, peças importantes do projeto de hegemonia do bloco no poder na formação social brasileira.

O primeiro período, marcado pelo chamado populismo, é descrito como uma conjuntura de crise no Estado, colocada pela impossibilidade de um desenvolvimento industrial capitalista independente ou nacional, e de crise nas instituições, que se manifesta nas instituições médicas nos diversos discursos em lata, nos projetos institucionais alternativos propostos.

O segundo período, que Luz denomina conjuntura institucional, configuraria historicamente as instituições médicas de forma nítida. É o período em que "são emitidas as normas mais importantes para a atuação institucional que se opera no saber e na prática médica de âmbito da sociedade, por um ente, como também os movimentos sociais que respondem a esta atuação coletiva e são emitidos, é emitida, a legislação deste período. Por outro lado, o modelo de política econômica que entra em plena vigência nestes

sete anos.

Assim, se em 60/64, as temáticas na área da saúde são o combate às endemias e epidemias, a generalização da atenção médica, a descentralização dos serviços, a regulamentação da assistência e o planejamento das atividades de saúde, refletindo o lapso de organização do poder institucional que caracteriza a deterioração crescente do estado populista, no período 63/70 as temáticas serão as da racionalização, produtividade, crescimento, desburocratização, descentralização e, no fim do período, a da participação. 1974 marcará ainda mais algumas destas tendências e possibilitará alguns avanços.

§ § §

Na área da saúde mental, ainda que o nascimento da instituição psiquiátrica tenha sido marcado, no Rio de Janeiro, pela criação do hospício, também estudada por Machado, iniciando uma fase de "exclusão" do chamado doente mental, é só em 1941, e mais uma vez não por acaso, que se dá a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, numa tentativa de sistematizar esta assistência.

Algumas outras datas vão marcar ainda a trajetória que assume a chamada assistência psiquiátrica. Em 1953 o Ministério da Saúde engloba os serviços federais de assistência aos psicopatas. Na década de 60 a Previdência Social assume crescentemente a assistência psiquiátrica, que será a partir de 63 objeto de grande preocupação, de inúmeros diagnósticos e de algumas propostas: a da Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria, 1963, e a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, de 1971.

Indicaremos, ao fim, o papel desempenhado no tempo e no espaço, o significado dos serviços destinados ao isolamento dos cha-

dados inatos uma notável coincidência entre a proliferação de serviços psiquiátricos e o curso do crescimento e desenvolvimento das comunidades urbanas nas várias regiões. Franco da Rocha e Pacheco da Silva, em 1934, já dizem que "o número de psicose aumentou consideravelmente em São Paulo com o desenvolvimento da população."

Para T. A. L. ... "a distribuição geográfica das instituições hospitalares psiquiátricas parece servir como índice de características sociais das locais onde aparecem. Não se trata de simples teste de necessidade advinda da maior incidência de doenças mentais. Exprime principalmente a atitude da população das diversas comunidades face ao doente mental, a sua maior ou menor tolerância". Mas não só da população ou das comunidades, e sim também das autoridades públicas e dos profissionais ligados à área. Pode-se observar que as cidades onde aparecem primeiro as enfermarias e hospícios psiquiátricos foram justamente as que tiveram papel mais significativo na história política e econômica do país. A manutenção ou crescimento destes serviços acompanha a importância da região ou sua decadência. Assim ocorre no Rio de Janeiro, onde das enfermarias psiquiátricas em santas casas passou-se à criação de asilos, e onde vão se encontrar grande parte dos hospitais, leitos e postos até hoje. (Anexos 1, 2 e 3)

Em 1955, percebe-se uma conjuntura em que o projeto industrialmente se encontra definitivamente consolidado e onde um Plano de metas onde se reflete um caminho para a sociedade brasileira economicamente internacionalmente e especialmente concentrada, onde os recursos por longo tempo foram aliadas do pacto dominante, tendo como cenário a população subordinada que tinham

no pacto populista. A saúde não é setor prioritário, mantem-se os programas de assistência médico-hospitalar, controle de doenças, etc, que cumprem sua função de manter em funcionamento a força de trabalho, numa sociedade onde a assistência médica é privada e cara. A existência de um exército industrial de reserva de grande porte, o estilo excludente de desenvolvimento e a manipulação política das massas torna possível esta política de saúde precária.

No Rio de Janeiro, Nobre de Melo (1956), preocupado com a correlação entre insanidade psíquica, desorganização social e urbanização propõe um levantamento sobre a questão no então Distrito Federal. Preocupado em estabelecer qual a órbita da psiquiatria social, a partir desta correlação, vai procurar nas diferentes seções topográficas e culturais da cidade, as diversas características de formação, cultura e sistema de vida que nos diversos grupos sociais confirme seus pressupostos.

Dois fatos fundamentais parecem ter ficado estabelecidos, diz ele: 1º a incidência de afecções mentais na comunidade urbana diminui do centro para a periferia; 2º as áreas de mais elevada incidência apresentam características ecológicas semelhantes, isto é, são áreas de população densa, de baixo nível econômico e de intensa desorganização social. (Anexos 4 e 5)

Nobre de Melo sucube-se das inúmeras dificuldades para realizar seu levantamento, a falta de disponibilidade deles a falta de confiabilidade dos existentes, mas chama a atenção para a importância de levantamentos como este, inexistentes, para um planejamento regional da assistência.

Na década de 60, vários diagnósticos, a nível nacional agora, estão feitos e sua preocupação com a correlação

REVISÃO DE DOCUMENTOS

insuficiência patológica e desorganização por assumir de forma centralizada e mais notória.

Diagnóstico da Assistência Psiquiátrica: tendências atuais

Procurando responder à pergunta sobre a incidência das doenças mentais no Município do Rio de Janeiro, no período entre 1965 e 1975, deparamo-nos com a lamentosa inexistência de dados que permitam responder à questão. Assim, resta-nos a alternativa de recolher uns poucos trabalhos que tentam, a partir de dados em sua maioria hospitalares, dar conta do que ocorreu e em que proporção.

Os levantamentos realizados em 1965, completado por outro em 1970, Laís Carneira (1962) revela que neste quinquênio houve uma melhoria da eficiência do hospital psiquiátrico no Brasil, no sentido estatístico, às custas do hospital privado. Aparenta que é nesta modalidade hospitalar que se constata o aumento de população internada, enquanto o hospital público estaciona. Nos resultados que este aumento não se deve a diagnósticos de psicose, que são os que requerem clinicamente internação. Carneira mostra que os internados o são por diagnóstico de neurrose e alcoolismo, o que ele classifica como internações desnecessárias. (Anexo 6)

Assim, em 1965, nos hospitais particulares, as entradas por neurrose eram 5.136, passando a 15.766, em 1970. Neste mesmo ano, o autor recolhe de um trabalho realizado por Senouira e Assis de Sámo, no Rio, a informação de que o tempo médio de permanência dos neuróticos e alcoolatras em hospitais contratados pelo INPS, era de 59,2 dias e 64,4, respectivamente, confirmando as "internações desnecessárias", pois tais diagnósticos não requerem mais de uma semana de hospital.

Carneira considera que a razão desta distorção é a existência de serviços ambulatórios, o que fuga as internações. É importante considerar, no entanto, a base central de-

fundada pelo Ministério da Saúde e da Previdência no que diz respeito ao diagnóstico da assistência psiquiátrica no país. Serenamente também sugere a insatisfação de número e qualidade dos profissionais de psiquiatria e enfermagem no atendimento ao paciente, onde a prevalência da política de "mais leitos" implicava um abandono do atendimento ambulatorial, voltado para a família e o grupo de origem do paciente, permitindo-lhe um retorno mais rápido ao convívio social.

Esta "política de mais leitos" duplicou no Rio de Janeiro, no período de 1965 a 1970, o número de hospitais. Nos demais estados brasileiros, surgem neste período 73 novos hospitais (Anexo 7). Assim, o percentual de internados em relação à população geral é maior na cidade do Rio de Janeiro, ou seja, aí é o lugar onde mais se interna, seguida da cidade de São Paulo e do Estado do Rio. Nas cidades de São Paulo e Rio está a metade da população interna e apenas 23,5% da população geral. (Anexo 8).

Em 1965, o hospital particular (conveniado com a Previdência Social), apresenta de um modo geral uma capacidade maior de não reter doentes, o que sugere ao autor uma maior "eficiência" em relação ao hospital público. Segundo Gentille de Mello, "...de acordo com as normas aprovadas em 1969, ficou estabelecido que não será obrigatório para as empresas conveniadas a prestação de serviços aos beneficiários que tenham necessidade de reabilitação profissional; aos portadores de doenças que, após 120 dias, seja em internados ou internados, de tratamento sob regime de internação, não estiverem em condições de voltar ao trabalho ou de continuar o tratamento em ambulatório. Preferiu-se



(...) que os tuberculosos, desde o diagnóstico, pudessem a ser tratados pelos serviços da Previdência Social (...) O que ocorreu com a tuberculose repetiu-se com as doenças mentais de cujo tratamento as empresas convenientes estão também desobrigadas." Ou seja, através dos convênios a Previdência Social não apenas financia parcialmente a chamada "medicina de empresa", como também vem arcando com parcelas crescentes das atividades médicas mais complexas, lentas, que se tornam necessárias no atendimento aos empregados cobertos pelos convênios.

Assim, conforme investigação de Oliveira Araújo e colaboradores (1973), parece confirmar-se o caráter especial e restrito das atividades médicas que interessa às empresas manter sob seu controle. Não há interesse na atenção e assistência ao trabalhador portador de doença de recuperação lenta ou improvável e que, além disso, implica em tratamento de custos elevados. Interessam apenas as atividades de recuperação rápida, mesmo que apenas sintomática, de seleção e de controle, por exemplo, do absentismo, conforme a pesquisa sugere. No caso específico das doenças mentais, a Previdência Social funciona como um agente de repasse, pois, não possuindo hospital psiquiátrico próprio, compra diárias, através de uma política de compra de serviços no setor privado.

Em 1970, mostrou Cerqueira, deve-se a causas psiquiátricas a maior porcentagem (13,6%) de auxílios-doença na Secretaria de Seguros Sociais do INPS. Nesta parcela, o grupo mais numeroso era o de auxílio por "psiconeuroses". Este grupo constituía em 1968, 69,2% das matrículas nos ambulatórios de psiquiatria; 59,4% das concessões de auxílio-doença; 15,1% da incidência de primeiros internamentos nos hospitais particulares e 5,1% da prevalência de pacientes sobre a população internada. As mesmas

psiconeuroses concorriam com 4,64% do total das primeiras internações. em 1965, enquanto em 1970 já chegavam a 13,8%, sendo 6,6% na rede pública e 10,7% na particular. (Anexo 9 )

Em 1970 realizou-se o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde são tirados princípios que deveriam nortear a assistência psiquiátrica na Previdência Social. Registram-se alguns destes princípios, no sentido dos efeitos que terão posteriormente. São eles:

1º. A saúde mental é um direito do homem. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

2º. Os serviços de assistência psiquiátrica devem se integrar na rede de recursos de saúde da comunidade.

3º. Privilégia-se a formação de equipes terapêuticas multi-profissionais.

4º. Privilégia-se a prestação de serviços de caráter preventivo, desde o nascimento até idade adulta e velhice.

5º. Estimula-se a criação de um ambiente terapêutico comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização e o uso abusivo do leito hospitalar.

6º. Propõe-se estimular a assistência domiciliar, via visitantes sanitários, bem como a criação de unidades de emergência como formas de permitir a redução do volume de internações e a permanência do paciente internado. Tais unidades de emergência devem se destinar a dar cobertura à crise psicopatológica, devendo para isto a permanência do paciente não ultrapassar 72 horas.

Ademais, propõe-se uma reformulação da assistência psiquiátrica, onde a rede de serviços ambulatoriais deve ser estruturada, como forma de corrigir as distorções apresentadas: dos 363 mil habitantes da população aplicados na assistência

psiquiátrica em 1973, a quase totalidade (95,34) foi destinada a serviços hospitalares, ficando apenas 3,25 para a assistência ambulatorial. (Anexo 10)

Também a Associação Brasileira de Psiquiatria, criada em 1971, promoverá uma ação global, comunitária, na prestação de serviços na área de saúde mental. Vários congressos são realizados, onde a tônica principal das discussões está nos chamados "aspectos sociais da psiquiatria", ainda como apontada as publicações na área. A universidade é lembrada para a formação de pessoal qualificado que vá implementar esta nova ótica.

Cercadura (1972), também mostra que a situação distorcida encontrada na cidade do Rio de Janeiro (ex-Estado da Guanabara) passa a ser mais discutida, constatando-se que este município não gasta nada em saúde mental, tendo sua assistência paga pelos outros estados (cerca de 3.000 doentes). Propõe-se que o Rio de Janeiro comence a atender ambulatorialmente sua população.

Também em 1972, é assinado pelo Ministro da Saúde e pelo Diretor da Oficina Interamericana de Saúde o Acordo para a execução de um programa de saúde mental no Brasil, com vigência até 31 de dezembro de 1974. Entre seus objetivos encontramos:

1. a formulação de um plano nacional de saúde mental incorporado ao plano nacional de saúde;
2. a modernização dos hospitais psiquiátricos do país, adaptando seu funcionamento às técnicas modernas;
3. extensão à área rural da assistência e prevenção psiquiátricas;
4. estabelecimento de serviços comunitários de saúde.

de, nos quais se oferecem alternativas de tratamento. Deve ser dada ênfase especial à instalação de ambulatórios, serviços psiquiátricos nos hospitais gerais, casas de saúde e oficinas protegidas;

5. Apoio e orientação a estudos de outras especialidades, principalmente psicologia clínica, enfermagem psiquiátrica, tratamento social psiquiátrico e prevenção psiquiátrica.

Ainda no Congresso de 1970, além do diagnóstico apresentado por Carneiro, outros assuntos vêm à pauta que tornam mais nítida a situação da assistência psiquiátrica na Previdência Social no Brasil. Aponta-se também para a precariedade, se não total inexistência, de critérios de avaliação das condições de prestação dos serviços, dos critérios relacionados com a rede hospitalar particular, da qualidade técnica do atendimento dado, etc.

Documento da Previdência de 1974 aponta alguns dados:

1. volume de internações no Brasil se eleva, dando-se ênfase à institucionalização (97% dos recursos financeiros vão para a hospitalização e 3% para ambulatórios);
2. a rotatividade dos leitos contrasta com o elevado número de readmissões (eis aí uma das explicações para a eficiência do hospital particular conveniado);
3. os leitos de psiquiatria estão mal distribuídos: 71% estão na região sudeste onde, por sua vez, se encontra 40% da população apensa;
4. os gastos com assistência em leitos psiquiátricos representam cerca de 90% do total de gastos na assistência médica da Previdência, enquanto que 30 milhões de emendas são gastos

com o pagamento de auxílios e indenizações dos beneficiários e seus dependentes. Considera-se que tal fato representa negativamente sobre a força de trabalho muito inibida, bem como representa em 1972 gastos num valor superior a 2.600.000.000,00.

Diante deste quadro, diz ser urgente e necessário reformular e, especialmente, "mudar mentalidades". Assim, a partir do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a Previdência designa um grupo de trabalho que deverá apontar os rumos desta reformulação e ainda bem como estabelecer rotinas para sua implementação. Este grupo cria o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que é aprovado pela Secretaria de Assistência Médica do IMS, através da Orientação de Serviço de 19 de julho de 1973 (SAM 304.3).

Neste Manual alguns princípios são firmados, de modo a orientar o que de fato se procura alcançar: dar maior e melhor uso aos recursos extra-hospitalares e, conseqüentemente, alcançar maior eficácia no atendimento psiquiátrico em geral. Vejamos algumas de suas formulações, que indicam o novo rumo desejado:

"1. O paciente deve ser visto dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito constantemente a influências favoráveis e desfavoráveis de seus relacionamentos interpessoais e ambientais.

2. O distúrbio psiquiátrico é visto como episódico no ciclo natural de saúde e doença do indivíduo.

3. O propósito da internação psiquiátrica é fazer o paciente voltar o quanto antes à sua vida habitual.

4. A internação psiquiátrica é um acidente na vida do indivíduo, devendo ser limitada ao estritamente necessário.

5. O programa assistencial deve ser universal, abrangendo os diferentes grupos etários, o homem, indo desde o diag-

nóstico e tratamento precoce até a reabilitação e prevenção.

6. O tratamento sempre que possível deve ser conseguido na própria comunidade e de acordo com suas necessidades.

7. Ênfase e prioridade devem ser dadas ao desenvolvimento de recursos e técnicas extra-hospitalares, de pronta intervenção, diagnóstica e tratamento intensivo, de modo a recuperar rápido a saúde do doente, garantir a capacidade para o trabalho e evitar a internação hospitalar.

8. Deve-se evitar a internação de pacientes que pela primeira vez buscam tratamento.

9. Deve-se evitar a internação em hospitais com mais de 500 leitos (macro-hospitais).

10. Os pacientes que após a utilização de recursos terapêuticos não mostraram reajustamento social serão enquadrados como crônicos.

11. Enfatiza-se o enfoque multi-profissional e o trabalho em equipes, sendo a medicação, os tratamentos físicos e outros, secundários e complementares à ação do pessoal. Enfatiza-se a relação equipe-paciente, onde a equipe básica é o psiquiatra, o assistente social e o enfermeiro."

Também no âmbito do Ministério da Saúde realiza-se um diagnóstico da situação da saúde mental, através da DINSAM, que propõe diretrizes programáticas para a reformulação da assistência nesta área. É importante lembrar que o Decreto-Lei 200, de 1963, sobre a Reforma Administrativa, define para cada ministério a política de um máximo possível de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível produtivo. Assim, por que a proposta de um plano integrado de Saúde Mental? Observa-se que as razões são diferentes das dadas para outras áreas pelo

diagnóstico da Previdência Social. São elas:

1. Implantar um novo modelo de prestação de serviços psiquiátricos em âmbito nacional, baseado nos princípios da teoria dos sistemas, que execute uma política de acordo com as normas da psiquiatria preventiva.
2. A magnitude do problema, expressa nos altos níveis de prevalência, nos vultosos custos diretos e indiretos e no reflexo sobre a população economicamente ativa.
3. Pelos dados trazidos do diagnóstico feito pela Previdência em 1975, que indicam:
  - a) os afastamentos por neurose subiram para 8,3% em ambos os sexos;
  - b) a epilepsia cresceu para 1,9% (1,8% no ano anterior);
  - c) o alcoolismo crônico, somado à psicose alcoólica, subiu para 2,0%;
  - d) as doenças mentais em conjunto aumentaram para 17,3% contra 16,0% em 1974. São responsáveis por 17,3% dos auxílio-doença concedidos e por 31,4% dos benefícios em manutenção;
  - e) e, finalmente, 99.070 benefícios foram iniciados no ano de 1975.
  - f) As neuroses predominam no Nordeste, no Sul, sendo menos importantes no Norte e Centro-Oeste;
  - g) o número de duração de afastamento, em dias, foi de 453, nas casos de esquizofrenia, 453 nas epilepsias e de 250 no alcoolismo;
  - h) a natureza significativa da demanda, com multiplicidade de problemas, tais como: alcoolismo, dependên-

cia de drogas, delinqüência juvenil, dificuldades no aprendizado em crianças e adolescentes, distúrbios conjugais, doenças do trabalho, doenças diversas, enfermidades psicossomáticas."

Por outro lado, constatou-se a inexistência de dados resultantes de inquéritos epidemiológicos, sendo-se que recorrer, para uma aproximação, à amostra hospitalar e dos ambulatórios do Brasil e às estatísticas da OMS para a América Latina, onde a prevalência esperada foi de 13' e a curada (pelo dados hospitalares e ambulatoriais) foi de 0,4'. Nota-se ainda a acentuada diferença entre a prevalência estimada (13') e a demanda atendida, que está em torno de 1,3'.

Assim, o diagnóstico da DMSM continua que a assistência psiquiátrica no país se baseia fundamentalmente no atendimento hospitalar, sem apoio de serviços extra-hospitalares, sem participação comunitária, com cronificação das doenças, seja por longos períodos de internação - 119 dias nos hospitais públicos em 1970 - seja por frequentes readmissões, embora com menor tempo de permanência - 49,4 dias nos hospitais particulares conveniados.

Em 1973, foram cadastrados 337.066 leitos hospitalares, sendo 27.146 (23%) destinados à assistência psiquiátrica e, apesar do número de leitos estar de acordo com os padrões recomendados, sua distribuição é distorcida, havendo grande concentração nas capitais, em macro-hospitais e em certas regiões. Na região sudeste estão concentrados 71,42% dos leitos psiquiátricos do Brasil.

Também cadastrados na DMSM existem 225 ambulatórios psiquiátricos no Brasil, cuja maioria absoluta concentrados nos grandes centros urbanos, estando só na região sudeste 50%



dos mesmos, com um número reduzido de atendimentos. Como exemplo, observa-se que em 1975, no IITS, o número de consultas foi de 2.058.843 e que com uma concentração de todos os atendimentos por ano este número deveria ser de 21.640.000 consultas.

No que diz respeito aos gastos, observa-se que eles assumem cifras bem altas, tendo, em 1976, o IITS gasto, só nos hospitais contratados, a cifra de Cr 1.217.730.309,00 em todo país. Isto representa: 5,51% das despesas da Secretaria de Assistência Médica; 1,561% da receita total da Previdência e 1,737% da receita das contribuições.

Feito este diagnóstico, o que propõe o Plano Integrado de Saúde Mental?

"Estabelecer um sistema de proteção e recuperação da saúde mental baseado principalmente no atendimento extra-hospitalar, com a participação da família e da comunidade, atuando com prioridade em termos preventivos desde a fase pré-natal." Devido à escassez de recursos humanos e financeiros, o plano objetiva atender o meio escolar e familiar, implantando atividades de prevenção primária. Como estratégia, propõe que se aproveite estruturas e serviços já existentes, onde as ações da Unidade de Saúde Mental se integrem às atividades da Unidade Sanitária, da maternidade, do hospital geral ou especializado.

A prevenção secundária é considerada prioritária pela alta prevalência estimada e pelos "recursos tecnológicos eficazes" de que a psiquiatria dispõe. A prevenção primária será dirigida àquelas grupos considerados de maior "risco": crianças, adolescentes, gestantes, velhos e famílias desestruturadas ou marginalizadas. A prevenção terciária deve visar reabilitar ou interromper hábito de uso de drogas. Propõe-se que desde já se pro-

cure transferir o hospital em agente terapêutico, visando a-  
bolir, posteriormente, o sistema de colônias fechadas, substitu-  
indo-as por comunidades estruturadas em regime de cooperativas  
agrícola e artesanal.

Quanto aos recursos, propõe-se o remanejamento pro-  
porcional de até 30% dos recursos aplicados no hospital, para  
os serviços extra-hospitalares; venda à Previdência Social dos  
novos serviços, quando o atendimento for coberto por esta enti-  
dade e co-participação obrigatória de recursos dos estados, mu-  
nicipais e autarquias.

Finalmente, o PISM define a cobertura a ser dada à  
população e o número de atendimentos previstos para o período  
1977-1980.

População do país - 100.000.000 habitantes

Prevalência estimada de doentes mentais - (13%) - 13.000.000

População não filiada ao INPS - 50.000.000 habitantes

Prevalência estimada de doentes mentais na população não fi-  
liada ao INPS - 9.000.000

Número de doentes a ser atendido, não vinculados ao INPS - 4.500.000

Concentração de Atendimentos (2 ao ano) 9.000.000 atendimentos

Cobertura no final do Projeto (30% dos doentes a serem atendi-  
dos) - 3.600.000

Assim, o Projeto Integrado de Saúde Mental é, na ver-  
dade, segundo Alberto Magalhães (1974) "um projeto com caracte-  
rísticas de uma pesquisa operacional em larga escala", que de-  
scende em sua montagem a teoria do sistema e sua teoria como obje-  
tivo principal criar as bases experimentais para a implantação  
de um sub-sistema de saúde mental racionalizado, integrado ao  
Sistema Nacional de Saúde, cuja função na assistência extra-hospi-

talar, atuando em níveis de prevenção primária e sobretudo secundária, com a participação da família e da comunidade.

Assim, e considerando a clientela não filiada à Previdência, o PIMM, define os seguintes grupos prioritários:

1. Psicóticos
2. Alcoolistas
3. Epiléticos
4. Neuróticos graves
5. Alterações mentais em deficientes mentais
6. Egressos

A escolha desta população alvo se basearia nos seguintes princípios de metodologia de planejamento aplicada à área de saúde mental:

- elevado índice de prevalência
- vulnerabilidade à tecnologia disponível
- interesse evidente da comunidade.

## CONCLUSÕES

Como mostra Singer, a pergunta sobre a incidência das doenças mentais é antiga e antiga também a reclamação sobre a inexistência de dados que permitam responder a esta pergunta, ou sobre sua pouca confiabilidade. Por outro lado, a constatação do aumento desta incidência não pode deixar de ser associada a uma concepção de doença mental cada vez mais abrangente, a um número cada vez maior de agentes e estabelecimentos encarregados de sua detecção e controle.

Na década de 50 a doença mental ainda é no Brasil, em grande parte, uma preocupação dos psiquiatras e, em pequena escala do Estado, através do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Os diagnósticos se fazem em escala regional, nos grandes centros urbanos.

A década de 60 vê crescer o interesse do Estado pela doença mental. Fazem-se diagnósticos do estado de saúde mental da população, mas sobretudo da assistência psiquiátrica, cuja abrangência é nacional.

As ineficiências diagnosticadas na organização da assistência, passando ao primeiro plano, vão desembocar nas exigências de uma racionalização que traz no seu bojo tanto a privatização da assistência quanto a tentativa ou a proposta de arregimentação de um número maior e mais diversificado de agentes e de instituições que venham participar desta tarefa. Como diz M. Mannoni, todos diagnosticam, até mesmo o porteiro e os planos de saúde. apela à escola, à família, à comunidade.

669

Focando pelo ângulo da racionalização e redução das ineficiências na assistência psiquiátrica a questão da saúde

mental pode parecer um poço sem fundo, um problema sem solução, afinal a ineficiência dos planos do Estado é já anedótica. Mas ela não é um poço sem fundo quando se pensa que, no dia a dia, é esta mesma organização psiquiátrica que define o que é doença, quem deve diagnosticá-la, como tratá-la e até mesmo como produzi-la.

Uma dor de cabeça contínua e intensa, irritabilidade, explosividade, violência contra o cônjuge e filhos, confusão de juízo, insônia, falta de apetite, choro fácil, vontade de abandonar tudo, vontade de morrer, componentes de uma queixa já monitorada nos questionários do INATPS, podem significar insatisfação, pressão, conflito, traduzidos a nível de um corpo. Sampaio e Lessa, no entanto, mostram como a partir destas queixas e das respostas que se dá a elas - através sobretudo - se cria uma doença padrão que permite a uns sobreviver e a outros mascarar a luta de classes.

### Bibliografia

- Cernuschi, L., Um quinquênio de Assistência Psiquiátrica no Brasil. Documento de Trabalho para Mesa Redonda sobre Psiquiatria Social. II Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Pelo Horizonte, 1972.
- Costa, J. P., História da Psiquiatria no Brasil, Ed. Documentário, Rio, 1976.
- Faz, M. E., As Instituições Médicas no Brasil, Ed. Graal, Rio, 1979.
- Machado, R. et al., A Denegação da Renda, Ed. Graal, 1978.
- Medeiros, T. A., A Organização da Assistência Psiquiátrica no Brasil, Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio, 1973, mimeo.
- Pelo, L. G., Assistência Médica no Brasil, CEBES-Hucitec, 1970.
- Pagalhões, A. D., Diretrizes Programáticas de Saúde Mental, CENSAF, 1975, Documento preliminar, mimeo.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. A Assistência Psiquiátrica no Brasil, 1975.
- Ministério do Trabalho e Previdência Social. Orientação de Serviço nº 304.3 de 19/7/73. DMS - Secretaria de Assistência Médica.
- Ministério da Saúde. Plano Integrado de Saúde Mental, CEBES, 1977, mimeo.
- Nobre de Melo, A., As Afecções Mentais nas Comunidades Urbanas, IUPERJ, 1956.
- Oliveira Araújo et al., O Complexo Médico Previdenciário, IUPERJ, Rio, 1973.
- Rea, M. J., Dilema por Dilema Nacional de Desenvolvimento, Revista Saúde, nº 16, 1977.

RECEBUEMOS AQUI O SEU DOCUMENTO

Sampão, J.J. e Bezerra, J.B.S., Como Melhorar nossos Operá-  
- ou, Revista Médica, Rio 2, n.º 13, 1970.  
Silva, M., A. A., e Histopatologia, com Patologia e a Farmacologia Médica,  
Inst. de Patol., UNB, 1979, 1100.  
Singer, P et al., Doenças e Causas, Faculdade Universitária, Rio,  
1978.

ANEXO I.  
 SEQUÊNCIA HISTÓRICA DO CUMPRIMENTO DAS TAREFAS PARA INCREMENTO  
 DE DOENTES MENTAIS NOS VÁRIOS PONTOS DO TERRITÓRIO NACIONAL

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1800-1830?	Rio de Janeiro	Enfermarias do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
	Recife	Enfermarias do hospital S. Pedro de Alcântara
	Salvador	Enfermarias do Hospital S. Cristovão
	Porto Alegre?	Enfermarias do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
	S. Luis	Enfermarias do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
1817?	S. João Del-Rei (MG)	Enfermaria no Hospital da Santa Casa de Misericórdia
1831	S. Paulo	Cadeias Públicas: separação dos loucos
1841	Rio de Janeiro	Asilo Provisório (em casa situada no terreno onde se construía o Hospício de Pedro II)
1852	S. Paulo	Hospício Provisório de Alienados
	Rio de Janeiro	Hospício de Pedro II
1860	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Dr. Eiras
1864	S. Paulo	Hospício de Alienados (Ladeira da Tabatinguera)
	Olinda-Recife	Hospício da Visitação de Santa Isabel
1 1865	Belém	Enfermaria do Hospital de Caridade
	Belém	Hospício de Alienados (Vizinhança do Hospital dos Lázaros)

Fonte: ... A. A.



ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1874	Salvador	Asilo de S. João de Deus.
1875	Paraíba	Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia.
1878	Niterói	Enfermaria do Hospital de São João Batista
1883	Recife	Hospício de Alienados (Tamirineira)
1884	Porto Alegre	Hospício S. Pedro
1886	Fortaleza	Asilo de Alienados de S. Vicente de Paula (Porangaba)
1890	Rio de Janeiro	Colônias S. Bento e Conde Mesquita (Ilha do Governador)
1891	Macciô	Asilo Santa Leopoldina
1892	Belém	Hospício de Alienados (Marco da Legua)
1893	Paraíba	Asilo do Hospital Santa Ana (Cruz do Peixe)
1894	Manãus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba (SP)	Hospício de Alienados
	Niterói	Pavilhão no Hospital de S. João Batista
1898	S. Paulo	Hospício do Juqueri
1903	Barbacena (MG)	Hospital Colônia
	Curitiba	Hospício H.S. da Luz (Campo do Aú)
1904	Barra do Pirai (RJ)	Colônia de Alienados de Vargem Alegre

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
?-1905?	Terezina	Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia
-	Cuiabá	Enfermaria do Hospital da Misericórdia
1905-1941?	Terezina	Hospital Psiquiátrico Arco <u>li</u> no Abreu
	Cuiabá	Asilo de Alienados
	S. Luis	Hospital Colônia Nina Rodrigues
	Cachoeiro do Itapemirim (ES)	Asilo Deus, Cristo e Caridade (Espírita)
1911	Rio de Janeiro	Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres)
	Natal	Hospício de Alienados (no Antigo Lazareto da Piedade)
1918	S. Paulo	Atendimento Médico no Recolhimento das Perdizes (Posto Policial)
1921	Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo
	Rio de Janeiro	Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia de Jacarepaguá (para homens)
1927	Oliveira (MG)	Hospital Colônia
1928	Paraíba	Hospital Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers
1929	Barbacena (MG)	Manicômio Judiciário
1931	Barreiros (Pe)	Hospital Colônia (para homens)

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÕES
1933	S. Paulo	Hanicômio Judiciário
1936	S. Paulo	Hospitais de Psicopatas da Penha e de Perdizes
	Fortaleza	Casa de Saúde particular (Drs. Ficanço e Vândio Ponte)
	Racifo	Sanatório Racifo
1938	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
1940	Aracaju	Hospital Colônia Bronides de Carvalho
1942	Florianópolis	Hospital Colônia de Santa Ana
1943	Salvador	Sanatório Bahia
	Rio de Janeiro	Centro Psiquiátrico Nacional (Engenho de Dentro)
1944	Vitória	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora)
	Ribeirão Preto (SP)	Hospital Psiquiátrico Santa Tereza
1940-1950	Maceió	Hospital Colônia Portugal Ramalho
	Goiânia	Hospício de Alienados
	Aracaju	Hospital Colônia Adauto Botelho
1954	Vitória	Hospital Colônia Adauto Botelho (Caracica)

TABELA 2  
POPULAÇÃO DOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO E DAS MICRORREGIÕES ONDE SE LOCALIZAM HOSPITAIS PSÍQUIÁTRICOS. (1970)

EST.	POPULAÇÃO	MICRORREGIÕES	POPULAÇÃO	% POP. NAS MICRORREG. EM REL. AO EST.
AM	955 394	Médio Amazonas	585.474	61,0
PA	2 161 316	Belém	633 749	31,0
MA	2 957 576	S. Luís	325 070	10,8
PI	1 680 954	Terezina	363.616	21,6
CE	4 366 970	Fortaleza Cariri	1 281 264	29,3
RN	1 552 158	Natal Salinaíra	645 328	41,6
PB	2 384 615	Litoral Agreste da Borborém	846 782	35,5
PE	5 166 554	Recife Vale do Ipojuca Mata Seca Mata Úmida	3 233 314	62,6
AL	1 589 605	Maceió	344.361	21,7
SE	901 618	Litoral Sul	280 662	31,1
BA	7 508 779	Salvador Feira de Santana Cacauíra Planalto do Con- quista Corredeiras do S. Francisco	2 765 750	36,8

Fonte: IBGE, C.D.A.

EST.	POPULACAO	M. MICROREGIOES	POPULACAO	% POP. NAS MICROREG. EM REL. AO EST.
MG	11 427 574	Pelo Horizonte Montes Claros Uberlândia Uberaba Siderúrgica Divinópolis Formiga Rojiana Campos da Mantiqueira Planalto Alto do Rio Grande Juiz de Fora Mata de Caratinga	5 139 425	44,7
ES	1 600 305	Vitória	396 374	24,1
RJ	8 998 857	Metropolitana Itaperuna Açucareira de Campos Cantagalo Três Rios Vale do Paraíba Serrana Vassouras e Barra do Pirai Bacias do S. João e Macacu	8 663 693	96,3
SP	17 775 869	Grande S. Paulo Planalto de Franca Alto Noroeste de Aracatuba		

EST.	POPULAÇÃO	MICROREGIÕES	POPULAÇÃO	% POP. NOS MICROREG. EM 1970 DO EST.
		S. José do Rio Preto Ribeirão Preto Alta Noroeste de Penápolis Bauru Araraquara Encosta Ocid.da Mantiqueira Alta Paulista Rio Claro Campinas Estâncias Hidro minerais Alta Sorocabana de Pres.Prudente Alta Sorocabana de de Assis Serra de Botucatu Açucareira de Pi racicaba Sorocaba Jundiaí Vale do Paraíba Baixada Santis- ta	14 706 261	82,7
PR	6 936 743	Curitiba Norte Novo de Londrina Norte Novo de Maringá Norte Novissi mo de Paranavai	2 163 150	31,2

EST.	POPULAÇÃO	MICROREGIÕES	POPULAÇÃO	% POP. NAS MICROREG. EM REL. AO EST.
SC	2 903 360	Florianópolis Colonial de Joinville Carbonífera	765 510	26,4
RS	6 670 382	Porto Alegre Fumicultora de Santa Cruz do Sul Santa maria Lagoa dos patos Litoral Oriental da Lagoa dos Pa- tos	2.607 237	39,1
MT	1 600 194	Baixada de Cuiabá Pastoril de Cam- po Grande	407 110	25,4
GO	2 941 107	Mato Grosso de Goiás Sudeste	1 257 393	42,8
DF	538 351		538 351	100,0

Fonte: SOUSA, L. R. (262)

ANEXO 3  
 LOCALIZAÇÃO DOS PSICÓTIPOS E DAS MICROREGIÕES ONDE SE LOCALIZAM SEUS  
 PONTOS PSICOMÉTRICOS. (1979)

EST.	MICROREGIÕES	POP.	MUNIC.	POP.	% POP. DOS MUNIC. EM REL. ÀS MICROREGI.
AM	Médio Amazonas	538 418	Manaus	312 160	53,0
PA	Belém	670 398	Belém	633 749	94,5
MA	S. Luis	325 070	S. Luis	265 595	81,7
PI	Teresina	363 738	Teresina	220 529	60,6
CE	Fortaleza	1 038 041	Fortaleza	859 135	33,2
	Cariri	243 223	Crato	71 157	29,3
RN	Natal	470 331	Natal	260 567	55,4
	Salinheira	174 997	Mossoró	97 381	55,7
PB	Litoral	489 782	João Pessoa	221 484	45,2
	Agreste da Bor- borema	357 900	Grande Campina	195 974	54,9
PE	Recife	1 730 421	Recife		
			Olinda		
			S. Lourenço da Mata	1 351 360	78,1
	Vale do Ipojuca	529 926	Caruaru	142 898	26,9
	Mata Seca	450 753	Igarapé	51 621	11,5
Mata Úmida	522 209	Barreiros	28 868	5,5	
AL	Maceió	344 381	Maceió	263 583	76,5
SE	Litoral Sul	280 668	Aracaju	183 903	65,5
BA	Salvador	1 195 942	Salvador	1 007 744	84,3
	Feira de San- tana	511 112	Feira de Santana	187 460	36,7

Fonte: IBGE, 1980, p. 11.



EST.	MICROREGIÃO	POP.	MUNIC.	POP.	% POP. DOS MUNIC. EM REL. AO MICROREG.
	Planalto da Con-		Vitória da		
	quista	318 872	Conquista	125 901	39,5
	Cacaueira	631 531	Ilhéus		
			Itabuna	221 147	35,0
	Corredoiras do		Joazeiro	61 629	56,9
	S. Francisco	1 08 293			
MG	Belo Horizonte	1 645 918	Belo Horizonte		
			Vespasiano	1 247 442	75,8
	Montes Claros	418 097	Montes Claros	116 164	27,9
	Uberlândia	369 315	Uberlândia		
			Ituiutaba	189 123	51,2
	Uberaba	157 022	Uberaba	124 848	79,5
	Siderúrgica	425 418	Ipatinga	47 979	11,3
	Divinópolis	198 867	Divinópolis	80 343	40,4
	Formiga	277 510	Oliveira	26 503	9,6
	Hogiana	190 273	S. Sebastião do Paraíso	28 571	15,0
	Campos da Man- tigueira	281 103	Barbacena	73 905	26,3
	Planalto	390 133	Pouso Alegre	39 141	9,8
	Juiz de Fora	427 794	Juiz de Fora		
			Matias Barbo sa	247 292	57,8
	Mata de Caja- zeiras	178 121	Leopoldina	41 337	23,2
ES	Vitória	386 374	Vitória		
			Cariacica	234 725	60,8
RJ	Metropolitana do R. Janeiro	7 082 404	Rio de Janeiro Niterói		

EST.	MICROREG.	POP.	MUNIC.	POP.	% POP. DOS MUNIC. EM REL. ÀS MICROREG.
			Itaboraí		
			Itaguaí		
			Magé		
			Paracurbi		
			Nova Iguaçu		
			Petrópolis		
			S. João de Meriti		
			S. Gonçalo	6 184 687	91,6
	Itaperuna	131 178	Itaperuna	60 573	15,2
	Açucareira de Campos	487 010	Campos		
			Macaé	384 565	79,0
	Cantagalo	71 356	Carmo	11 706	16,4
	Três Rios	98 836	Três Rios	56 018	56,7
	Vale do Pa- raíba	408 908	Barra do Piraí		
			Barra Man- sa		
			Volta Redon- da	286 164	70,0
	Serrana	163 638	Nova Fribur- go		
			Teresópolis	163 638	100,0
	Vassouras e B. do Piraí	117 855	Mendes, Piraí	36 892	31,3
	Bacias de S. João e Maca- cu	102 507	Rio Bonito	34 465	33,6

EST.	MECROREG.	POP.	MUNIC.	POP.	% POPULADO MUNIC. EM RE- LAÇÃO ÀS MECROREG.
SP	Grande S. Paulo	8 137 401	S. Paulo		
			Diadema		
			Ferraz de Vascons.		
			Franco da Rocha		
			Mariporan		
			Mauá		
			Santo André		
			Ribeirão Pi- res	6.631 453	81,5
	Planalto de Franca	149 565	Franca	93 613	52,6
	Alta Neroses. de Araçatuba	334 559	Araçatuba	108 658	32,5
	S. José do Rio Preto	245 398	S. José do Rio Preto	121 960	49,7
	Ribeirão Preto	373 249	Ribeirão Preto	212 300	56,9
	Alta Neroses.de Penapolis	147 613	Penapolis		
			Birigui	69 399	47,0
	Bauru	376 001	Bauru		
			Lins	177 685	47,3
	Araraquara	333 856	Araraqua- ra	100 466	30,0
	Encosta Oc. da Mantiq.	216 578	Pinhal	27 107	12,5
	Alta Paulis- ta	296 848	Garça		
			Marília		
			Tupã	187 903	63,3
	Rio Claro	124 260	Rio Claro	78 130	62,9

EST.	REGIÃO	POP.	MUNIC.	POP.	% POP. DOS MUNIC. EM 1950. AS MICROREGIÃO.	
SP	Campinas	773 767	Campinas			
			Araras	430 061	55,6	
	Estâncias Hi- drominerais	133 544	Itapero			
			Itabira	70 378	52,7	
	Alta Sorocaba		Pres. Pru- dente	105 403	24,6	
	Alta Sorocabina de Assis	169 115	Palmital	20 663	10,6	
	Serra de Botuca- tu	217 213	Botucatu	51 941	23,9	
	Açucareira de Piracicaba	240 661	Piracicaba	152 626	63,5	
	Sorocaba	391 381	S. Roque Sorocaba	212 996	54,4	
	Jundiaí	240 139	Jundiaí Várzea Pau- lista	178 992	74,5	
	Vale do Paraíba	638 832	Cruzeiro S. José dos Campos	194 183	28,2	
	Baixada Santis- ta	667 770	Santos	346 096	51,8	
	PR	Curitiba	820 766	Curitiba Piraquara	629 683	76,7
	Norte Novo de Londrina	685 697	Londrina Rolândia	276 452	40,3	
Norte Novo de Maringá	329 239	Maringá Mandaguacu	151 879	47,9		
Norte Novíssimo Paranavaí	336 456	Paranavaí Londrina	76 684	22,8		

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
 SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

EST.	MICROREGIONES	POP.	MUNIC.	POP.	% POP. DOS MUNIC. EN REL. AS MICROREG.
SC	Florianópolis	268 148	Florianópolis		
			S. José	180 990	67,5
	Colonial de Joinville	224 434	Joinville	126 095	56,2
	Carbonífera	273 013	Criciúma	91 451	29,8
RS	Porto Alegre	1 548 052	Porto Alegre		
			S. Leopoldo	949 875	61,4
	Fumicultora de Santa Cruz do Sul	247 690	Santa Cruz do Sul	36 806	25,0
	Santa Maria	237 569	Santa Maria	156 929	66,0
	Lagoa dos Patos	423 961	Pelotas	208 017	49,0
	Litoral Oriental da Lagoa dos Patos	149 965	Rio Grande	116 827	77,9
MT	Baixada Cuiabana	201 063	Cuiabá	100 865	50,2
	Pasteril de Campo Grande	206 047	Campo Grande	140 366	68,1
GO	Mato Grosso de Goiás	1.099 011	Goiânia		
			Anápolis	486 176	44,2
	Sudeste	158 382	Palmas	1 504	0,9
DF	Brasília	538 351	Brasília	538 351	100,0

Total — 13 231 (27)

Zona	População	Centro Epidemiológico Nacional			Laboratório de Referências de O. S.			Saneamento — Patógeno			Total Geral		
		Número de Casos	% de caso zona	% dos casos em relação à população	Número de Casos	% de caso zona	% dos casos em relação à população	Número de Casos	% de caso zona	% dos casos em relação à população	Número de Casos	% de caso zona	% dos casos em relação à população
Zona Sul	Centro 84 644	389	9,80	105	97	13,70	0,113	57	17,50	0,068	1043	9,85	1,14
	Sul 453 365	1332	13,78	0,27	180	13,70	0,029	109	10,60	0,044	1711	13,65	0,37
	Norte 340 639	1009	14,33	0,30	103	10,40	0,030	70	13,00	0,006	1320	17,20	0,33
Sudeste	1 227 132	6803	10,04	0,44	477	27,70	0,039	64	16,20	0,005	6019	10,80	0,47
Total	1 077 800	2803	10,00	—	837	17,00	—	396	10,00	—	10391	10,00	—

Fonte: Ministério da Saúde

Sinaliza- ção Estação	Alocações	Mecânicas	%										Distribuição das normas dentro da zona	%			
			de extra trabalho em determinadas zonas											de excessão de extra trabalho em determinadas zonas			
Tempo de trabalho	C.M.D.	Operários	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina	Trabalho de rotina
Centro de trabalho	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Trabalho de rotina	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

ANNEX 1

TABLE 1

Summary of the Distribution of the Income of the Population in the Republic of the Congo

Category	Sex	Number	Income (CFA francs)	Percentage of Total Income
Men	All	11,177	1,177	11.77%
	+	5,588	588	5.88%
	-	5,589	589	5.89%
Women	All	11,177	1,177	11.77%
	+	5,588	588	5.88%
	-	5,589	589	5.89%
Total	All	22,354	2,354	23.54%
	+	11,177	1,177	11.77%
	-	11,177	1,177	11.77%

Source: Data from the 1960 Census of the Republic of the Congo. The figures are based on the 1960 Census of the Republic of the Congo, which was conducted by the National Institute of Statistics and Demography. The figures are based on the 1960 Census of the Republic of the Congo, which was conducted by the National Institute of Statistics and Demography.



Classe 2

Produtos e serviços de higiene pessoal e beleza, exceto cosméticos, em embalagens individuais, para uso doméstico, em geral

Código	Descrição				Quantidade				Valor
	1	2	3	4	1	2	3	4	
200	20	00	00	00	200	00	00	00	200,00
201	20	00	00	00	201	00	00	00	201,00
202	20	00	00	00	202	00	00	00	202,00
203	20	00	00	00	203	00	00	00	203,00
204	20	00	00	00	204	00	00	00	204,00
205	20	00	00	00	205	00	00	00	205,00
206	20	00	00	00	206	00	00	00	206,00
207	20	00	00	00	207	00	00	00	207,00
208	20	00	00	00	208	00	00	00	208,00
209	20	00	00	00	209	00	00	00	209,00
210	20	00	00	00	210	00	00	00	210,00
211	20	00	00	00	211	00	00	00	211,00
212	20	00	00	00	212	00	00	00	212,00
213	20	00	00	00	213	00	00	00	213,00
214	20	00	00	00	214	00	00	00	214,00
215	20	00	00	00	215	00	00	00	215,00
216	20	00	00	00	216	00	00	00	216,00
217	20	00	00	00	217	00	00	00	217,00
218	20	00	00	00	218	00	00	00	218,00
219	20	00	00	00	219	00	00	00	219,00
220	20	00	00	00	220	00	00	00	220,00
221	20	00	00	00	221	00	00	00	221,00
222	20	00	00	00	222	00	00	00	222,00
223	20	00	00	00	223	00	00	00	223,00
224	20	00	00	00	224	00	00	00	224,00
225	20	00	00	00	225	00	00	00	225,00
226	20	00	00	00	226	00	00	00	226,00
227	20	00	00	00	227	00	00	00	227,00
228	20	00	00	00	228	00	00	00	228,00
229	20	00	00	00	229	00	00	00	229,00
230	20	00	00	00	230	00	00	00	230,00
231	20	00	00	00	231	00	00	00	231,00
232	20	00	00	00	232	00	00	00	232,00
233	20	00	00	00	233	00	00	00	233,00
234	20	00	00	00	234	00	00	00	234,00
235	20	00	00	00	235	00	00	00	235,00
236	20	00	00	00	236	00	00	00	236,00
237	20	00	00	00	237	00	00	00	237,00
238	20	00	00	00	238	00	00	00	238,00
239	20	00	00	00	239	00	00	00	239,00
240	20	00	00	00	240	00	00	00	240,00
241	20	00	00	00	241	00	00	00	241,00
242	20	00	00	00	242	00	00	00	242,00
243	20	00	00	00	243	00	00	00	243,00
244	20	00	00	00	244	00	00	00	244,00
245	20	00	00	00	245	00	00	00	245,00
246	20	00	00	00	246	00	00	00	246,00
247	20	00	00	00	247	00	00	00	247,00
248	20	00	00	00	248	00	00	00	248,00
249	20	00	00	00	249	00	00	00	249,00
250	20	00	00	00	250	00	00	00	250,00

Fonte: Sistema Nacional de Cadastro Nacional (SISNAC, 1995). Conversões: 10%.





PREVIDENCIA SOCIAL  
ASSISTENCIA PSIQUIATRICA  
ORÇAMENTO DE DESPESA (em Cr\$ 1.000)

Quadro 2  
ORÇAMENTO DA ASSISTENCIA PSIQUIATRICA

INSTITUIÇÃO	ANO				% Sobre o Total
	1970	1971	1972	1973	
INPS	196.826	227.108	271.888	337.681	8,00
IPASE		16.523	18.857	27.691	10,84
SASSE			1.570	2.219	13,03
TOTAL			292.309	367.591	

Quadro 3  
ORÇAMENTO DE DESPESAS EM HOSPITAL

INSTITUIÇÃO	ANO				%
	1970	1971	1972	1973	
INPS	181.231	211.123	263.711	325.611	97,00
IPASE	12.821	15.671	17.821	25.997	95,06
SASSE	829	1.252	1.356	1.990	88,33
TOTAL	194.881	228.046	282.888	353.608	96,80

Quadro 4  
ORÇAMENTO DE DESPESAS DE AMPULATORIO

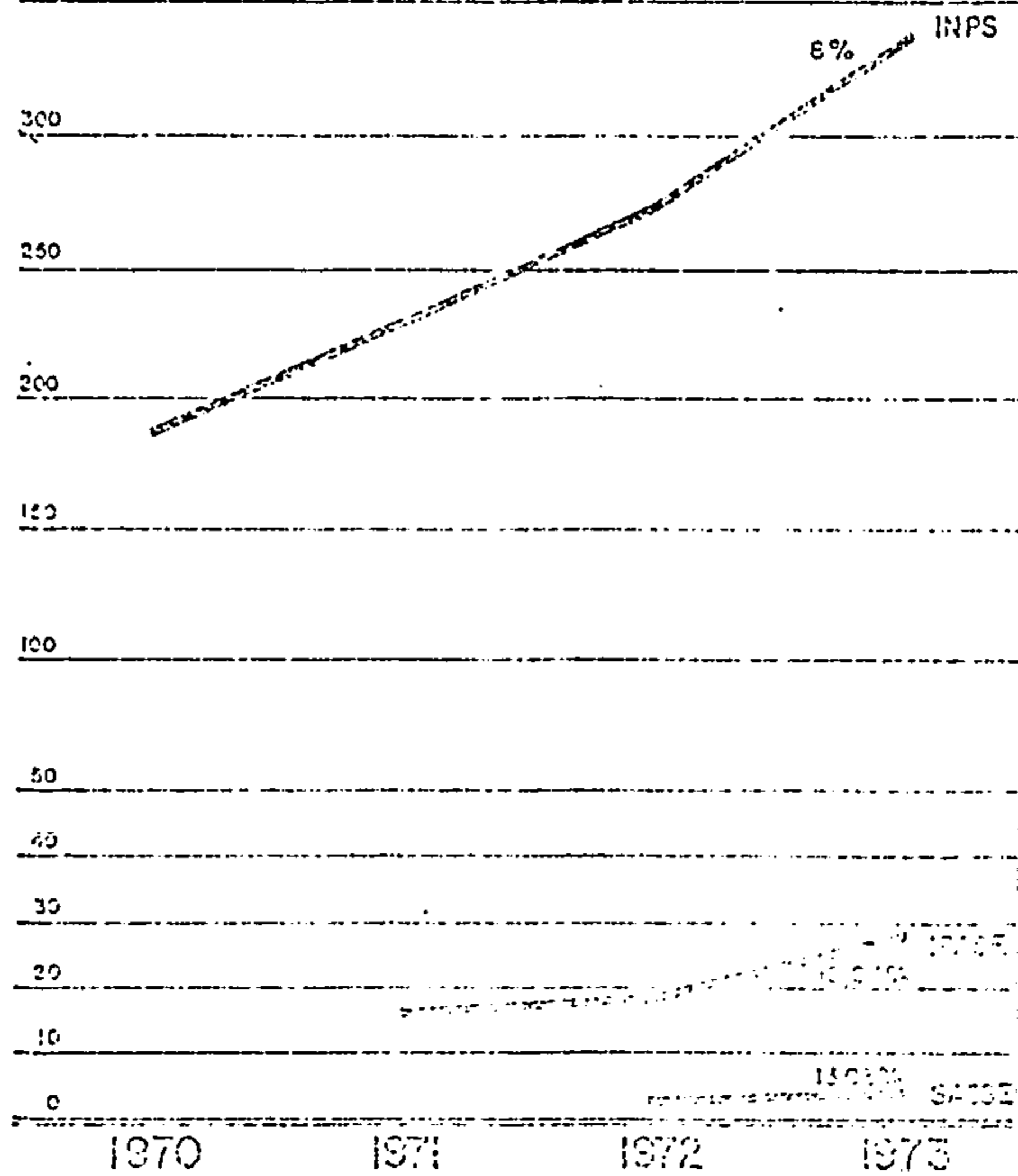
INSTITUIÇÃO	ANO				%
	1970	1971	1972	1973	
INPS	5.095	6.832	8.157	10.070	3,40
IPASE		852	1.625	1.331	4,91
SASSE			181	270	11,07
TOTAL			9.963	11.671	3,29

Fonte: F. M. 1.71.

MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE SERVIÇOS MÉDICOS

ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA  
ORÇAMENTO DE DESPESAS

Cr\$ MIL



Fonte: SEM - MPAS - 1974

FIGURA 5 - SÃO INDICADOS OS TOTAIS EM Cr\$ E OS PERCENTUAIS QUE REPRESENTAM AS DESPESAS DE ASSISTENCIA PSIQUIATRICA SOBRE AS DESPESAS MÉDICO-ASSISTENCIAIS DA INSTITUIÇÃO

693

FIG. 5