

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UM MAL NECESSÁRIO? DISCUSSÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

PSYQUIATRIC HOSPITAL: IS IT NECESSARY? DISCUSSIONS ABOUT THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC RENOVATION

Maria Helena de Toledo Zerwes, Mariana Eleonora Pereira Cunial * Fabiana Sue Matuo,
Renata Aparecida Serrano Uson * Simone Marumo, Tammy Hentona Osaki *
Dra. Vânia Barbosa do Nascimento **

RESUMO

Nas últimas décadas, vários setores da sociedade têm se preocupado com o problema das instituições psiquiátricas e muitos países têm pensado novos projetos para modificar a assistência psiquiátrica. No Brasil, a Lei no 10216 de abril de 2001, da autoria do deputado Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Várias perguntas surgem quando se examina o processo da reforma psiquiátrica brasileira. Por meio de pesquisa bibliográfica, entrevistas e dados oficiais das condições dos hospitais e outros setores de atendimento ao doente psiquiátrico, procurou-se compreender o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, ora em curso no país, diante das condições efetivas para que a reforma e, em particular, a lei de Paulo Delgado possam ser cumpridas sem que haja prejuízo ainda maior dos doentes psiquiátricos.

Palavras-chave: manicômio; instituição psiquiátrica; desospitalização; psicofarmacologia; reforma psiquiátrica

ABSTRACT

During the last decades, society has been concerned about the problems of the mental institution. Many countries have been searching for new projects to modify psychiatric assistance. In Brazil, Law 10216 April 2001, from Paulo Delgado, dispose about protection and new rights to mental illness patients. Questions arise when we examine this process. With bibliographic research, interviews and official data of the conditions of psychiatric hospitals, we tried to understand the process of renovation, that is in course in Brazil, to reassure that the law can be followed without any other losses to the psychiatric patients.

Key words: asylum; psychiatric institution; desospitalization; psychopharmacology;

INTRODUÇÃO

A doença mental e as instituições de tratamento têm passado por várias etapas ao longo da história da humanidade. Na Antiguidade pré-clássica, a doença mental era considerada como sendo uma consequência da intervenção sobrenatural. Na Grécia Antiga, existiram os primeiros abrigos para doentes físicos e mentais. Somente no século IV a.C., surgem as primeiras instituições dedicadas unicamente aos doentes mentais, localizadas em Jerusalém e Bizâncio (Kaplan 1999). Nos mil anos seguintes, ordens religiosas ordenavam que se isolasse e tratasse adequadamente esses enfermos. No final do século XIII e início do XIV, podia-se observar abuso, negligência e contenção desses pacientes. Eles eram inadequadamente vestidos, mal alimentados, acorrentados em celas ou porões e ocasionalmente apresentados em público para a diversão. No século XVII haviam hospitais para todos os tipos de excluídos, ou seja, doentes mentais, mendigos, criminosos, inválidos e portadores de doenças venéreas.

Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, revolucionou os cuidados institucionais quando libertou cerca de 50 pacientes das correntes e porões do hospital de Paris. Os asilos foram então substituídos pelos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. O tratamento, segundo Pinel, deveria ser de reeducação do alienado, ensinando-os o respeito às normas, desencorajando-os de assumir condutas inconvenientes, estimulando a disciplina dos doentes e o seu contato constante com o médico.

A primeira era biológica da psiquiatria hospitalar moderna foi anunciada pela descoberta de uma etiologia

* Alunas do 3º ano do curso de Medicina da FMABC

** Profa de Saúde Coletiva do curso de Medicina da FMABC e orientadora do trabalho

orgânica para alguns transtornos mentais no início do século XX. Após a Segunda Grande Guerra, os programas hospitalares foram influenciados por conceitos de psiquiatria social e comunitária, salientando valores democráticos e igualitários. A disponibilidade de medicamentos para diminuir a desorganização psicótica e para facilitar a recuperação dos pacientes, graças a explosão dos antipsicóticos e antidepressivos, mudou substancialmente a forma, bem como, o tempo das internações.

Nas últimas décadas, vários setores da sociedade têm se preocupado com o problema das instituições psiquiátricas e muitos países têm pensado novos projetos para modificar a assistência psiquiátrica. Surgiram movimentos sociais e científicos preocupados com melhores condições de vida e direitos civis desses pacientes (Brenner, 1999). A Lei italiana de 1978, fez crescer esse movimento que passou a ser chamado de antimanicomial, e que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos. No Brasil, a Lei nº10216 de abril de 2001, da autoria do deputado Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse projeto estabelece duas diretrizes: tem como objetivo a progressiva extinção dos hospitais e de número de leitos, uma vez que a lei prevê a internação somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e a internação compulsória deve ser submetida a uma série de restrições legais, uma vez que o tratamento deverá visar sempre a reintegração do paciente ao seu meio.

A reforma psiquiátrica brasileira parte de uma crítica contundente ao princípio de exclusão e isolamento social do paciente, e com ela surge a perspectiva de um novo paradigma clínico. “O modelo assistencial brasileiro estava ultrapassado, anacrônico, incompatível com os conhecimentos atuais, o atendimento é hospitalocêntrico, manicomial, ineficaz, cronificador e desumano, pois está defasado da moderna psiquiatria”, diz Dr Valentim Gentil, do Instituto de Psiquiatria da USP. Entretanto, continua Gentil, discutir o fechamento do manicômio e conduzir a questão como se o problema da psiquiatria fosse somente os psicóticos crônicos que habitam esses manicômios, não é o bastante. A prevenção e a implantação de atendimento ambulatorial não vem merecendo a devida atenção..... “pouco se sabe sobre o destino dos pacientes hospitalizados que perderam seus lugares em função dos mais de 30.000 psiquiátricos que foram fechados nos últimos 10 anos..... “seria novo avanço contar com hospitais psiquiátricos regionais, modernos, horizontais, em espaço aberto, humanitários e tecnicamente capacitados” (Gentil 2001). Cristina Miranda, professora da URFJ, afirma que “deve-se e pode-se cuidar bem dentro e fora do hospital psiquiátrico” (Miranda, 1998, p. 437). Pesquisadores da Fiocruz, sugerem que “pacientes mais graves teriam sido negligenciados durante o processo de desinstitucionalização” (Lima, 1999, p. 22). Alexandre Nogueira, professor de psiquiatria da Universidade do Piauí, reage ao projeto de Delgado intensamente quando afirma que “quanto à proposta de desospitalização, podemos levantar uma contraproposta, a *hospitalização*, isto é, a transformação dos hospícios em verdadeiros

hospitais, nos quais a psiquiatria até pudesse mas não necessariamente devesse ser a principal especialidade, porém funcionando de forma integrada às demais” (Nogueira e Morgado, 1998, p. 624).

Por outro lado, Elisabete Mângia, em sua tese de doutoramento de 2000, afirma que há a necessidade de novos estudos sobre a questão, e situa o problema das instituições psiquiátricas em um complexo jogo de forças sociais que ainda mantém ativa as formas de exclusão social como característica do asilamento psiquiátrico (Mângia, 2000). Jairo Goldenberg, por sua vez, aborda o projeto do centro de atenção psicossocial e do hospital dia que vem desenvolvendo novas propostas de tratamento, ensino, pesquisa e reabilitação (Goldberg 1992). De acordo com Dr. Gilberto, professor da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, o hospital geral, quando adequado para tanto, pode ter leitos psiquiátricos, pois o paciente precisa da estrutura hospitalar em algumas situações de internação. Segundo o Dr. Gilberto, estar no Hospital Geral e não no Psiquiátrico, “diminui o estigma do paciente, melhora o atendimento e impede a internação crônica”. Estudos de Simone Alonso apontam para a necessidade de intensificação do atendimento ao grupo familiar, orientações aos pacientes concedendo-lhes informações sobre a doença e seus sintomas, a medicação e seus possíveis efeitos colaterais, e sobre a possibilidade de tratamento além da internação (Alonso, 2000). Maria Cecília Scatena, na sua tese de livre docência, afirma que “os resultados revelaram que todos os sujeitos referem que a vida melhorou após a alta hospitalar” (Scatena, 2000).

Várias perguntas surgem quando se examina o processo da reforma psiquiátrica brasileira. Há realmente um descompasso entre a política de saúde mental e os avanços da psiquiatria moderna? O que é desospitalização e que consequências esse novo passo traz para o doente e sua família? A rede de hospitais gerais, rede ambulatorial, serviços de emergência na área de saúde mental, hospitais-dia e outros, terão condições de suprir as necessidades de tratamento e acompanhamento para esses doentes?

Dentro deste contexto procuramos investigar e analisar a função do hospital psiquiátrico no tratamento da doença mental. Portanto, o objetivo principal deste trabalho é uma tentativa de compreender o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, ora em curso no país, diante das condições efetivas para que a reforma psiquiátrica e, em particular, a lei de Paulo Delgado possam ser cumpridas, sem que haja prejuízo ainda maior dos doentes psiquiátricos.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi utilizada basicamente a pesquisa bibliográfica obtida através de revistas científicas, artigos da Internet, livros e teses específicas.

Realizou-se ainda entrevistas com professores da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, para situar a problemática.

Além disso, para melhor fundamentar a análise,

optou-se por buscar dados oficiais sobre a realidade da Saúde Mental na Região Metropolitana de São Paulo. Utilizou-se, para tanto, o TABNET do DATASUS e dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As funções do hospital psiquiátrico, de acordo com Kaplan e Sadock, professores de Psiquiatria da Universidade de Nova Iorque, são as de proteger os pacientes contra a possível destruição de si mesmos, de suas casas e de seus empregos; simplificar a existência destes proporcionando-lhes proteção contra fatores ambientais que precipitaram ou agravaram a doença; e oferecer cuidados de apoio, contatos pessoais, conselhos psiquiátricos e oportunidades de expressão (Kaplan, 1999, p. 2909).

O tratamento hospitalar do doente mental deve envolver um grupo multidisciplinar de profissionais da saúde mental. Psiquiatras cuidando da psicoterapia e medicação; enfermeiros responsáveis pelos cuidados pessoais e interação do paciente; psicólogos para a avaliação e tratamento de deficiências cognitivas; assistentes sociais para as relações com a

família e terapeuta ocupacional promovendo desenvolvimento de habilidades ocupacionais ou não ocupacionais. Cada um deles devendo abordar elementos das dificuldades do paciente, como auto conceito, relacionamentos interpessoais, pensamento e cognição, funcionamento emocional, regulação dos impulsos e adição, habilidades adaptativas e relacionamentos familiares.

Entretanto, apesar dos diversos manuais de Psiquiatria insistirem na eventual necessidade de internação do paciente psiquiátrico, surgiu, nas últimas décadas o movimento de reforma deste paradigma, que se convencionou chamar de *desospitalização* que prioriza o atendimento desses pacientes de forma extra-hospitalar. O que motivou e possibilitou que esse movimento viesse à tona, foi o real contexto em que se encontravam os demais países e o Brasil no que diz respeito tanto a saúde mental quanto a situação social das últimas décadas. O mau atendimento dos pacientes no hospital psiquiátrico, a defesa dos direitos humanos e o surgimento dos psicotrópicos, foram de fundamental importância para o processo da desospitalização.

No Brasil, a situação de superlotação e abandono de pacientes nesses hospitais sempre foi deplorável. Era comum se “encontrar macro hospitais com até 15.000 doentes, sem instalações e equipe adequadas” advertem Ana Lúcia Macedo e Maria da Glória Maron, psicólogas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Para elas, as condições de higiene e atendimento tornavam-se cada vez mais precárias e na ausência de tratamento eficaz, a grande maioria dos doentes só podiam evoluir para a deterioração. Mais ainda, elas sugerem que com a reforma psiquiátrica surge a perspectiva da construção de um novo paradigma clínico. Parafraseando as autoras, isso se produz de modo simples através de atos como eliminar os meios de contenção dos pacientes, reconstruir a relação do indivíduo com seu próprio corpo, restituir o seu direito à palavra, abrir portas, produzir relações, ou seja, atos que superem o caráter de controle e segregação social do doente. Elas vão ainda mais longe quando

afirmam que “ a simplicidade dessas mudanças ajuda a compreender que a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico”. Ainda de acordo com as autoras, a terapêutica utilizada pelo CAPS, se constitui no acompanhamento da trajetória de cada paciente, problematizando no interior do próprio campo terapêutico questões relativas à moradia, lazer e trabalho (Macedo e Maron, 1997, p. 210).

Antes da era da psicofarmacologia moderna, não havia outra alternativa para o doente psiquiátrico a não ser a internação. Na década de 50, os antipsicóticos ainda eram administrados com cautela, nos hospitais, pois não se conhecia muito bem a dose eficaz e de menor risco de efeitos colaterais, que eram muitos. No decorrer da década de 60, a segurança e a experiência adquiridas, levaram ao uso de doses mais elevadas. Na década de 80, com a descoberta da Clozapina, houve uma evolução no tratamento, já que esta droga não desencadeava efeitos colaterais indesejados, entre eles reações extrapiramidais, que eram frequentes com o uso das outras drogas. Após a Clozapina, o tratamento feito de forma adequada no primeiro episódio da doença, possibilitava a remissão dos sintomas em proporção considerável de pacientes. Após o primeiro episódio, o nível de resposta mudava e cerca de 25% dos pacientes apresentavam melhora acentuada, 50% uma melhora parcial e 25% tinham ausência de melhora. Na década de 90 novos antipsicóticos como a Risperidona e a Olanzapina foram desenvolvidos e eram melhor tolerados pelos doentes. O resultado do advento dos antipsicóticos de última geração, sobre os serviços de saúde mental, foi muito positivo pois houve um aumento considerável do índice de altas hospitalares em função da grande melhora dos sintomas e da maior facilidade de tratamento em casa. Segundo Luiz Paulo Bechelli, os benefícios alcançados foram apreciáveis e os riscos envolvidos aceitáveis. Proporção elevada de pacientes puderam receber alta hospitalar com a possibilidade de voltar a convivência familiar. Para ele, o tratamento passou a ser realizado em nível ambulatorial, a não ser os casos crônicos mais graves que ainda necessitavam de internação (Bechelli, 2000, p. 136-137).

Na interpretação de Benjamim Sadock, renomado psiquiatra da Universidade de Nova Iorque, a desinstitucionalização, mais do que um objetivo de tratamento psiquiátrico, visou a questão dos direitos civis. Para ele, os anos 60 foi uma época onde os sistemas sociais passavam por fortes movimentos em direção à liberdade, direitos individuais e a busca da remoção das restrições governamentais. Isso ficou evidenciado nos movimentos pela defesa dos direitos civis, pela liberdade sexual, pela revolta dos jovens contra as normas estabelecidas e pelas revoltas causadas pela discriminação racial e econômica. Sadock continua seu argumento admitindo que a redução na utilização dos hospitais para esses pacientes, fez surgir uma série de serviços alternativos para o auxílio ao tratamento, que vão desde casas de apoio, hospitais-dia, centros de atendimento psicossocial, unidades de reabilitação até o atendimento mais consciente da própria família do doente.

No entanto, apesar das perspectivas parecerem tão favoráveis a desospitalização, as reformas psiquiátricas,

tanto no Brasil quanto no restante do mundo, ainda enfrentam dificuldades e o debate continua tão polêmico quanto antes. Para Sadock, a desinstitucionalização implementada nos Estados Unidos, foi um fracasso. Apesar dos novos programas e novas drogas, a maioria das pessoas com doença mental tem hoje menos opção de tratamento do que antes. Segundo o autor, muitas cidades não podem arcar com as despesas para esse novo e abrangente sistema de apoio, e no final pacientes com doenças mentais severas são abandonados nas ruas ou são mantidos em lugares inapropriados e inconvenientes, causando uma maior preocupação da população em geral e dos familiares (Sadock, 2000, p. 3187-3188).

Se isto é verdade para um país como os Estados Unidos, o que se pode dizer sobre um país como o Brasil. Cristina Miranda, afirma que “nem sempre temos estado capacitados para atender a estas demandas tão ampliadas em uma realidade brasileira de poucos e mal aplicados recursos e de muitas dificuldades, como por exemplo, uma casa para morar, mesmo para quem, em princípio, não vivenciou uma crise de sofrimento psíquico de tal ordem que teve que ser internado em uma instituição psiquiátrica” (Miranda, 1998, p. 437). Essa opinião é compartilhada por Lucia Lima, que afirma que “em um país pobre, com alto nível de desemprego, com uma política habitacional claramente insuficiente, uma população de rua crescente e originada principalmente nos altos índices de pobreza e miséria, e uma política de saúde que aponta para a privatização, a discussão sobre moradias para pacientes crônicos assume uma dimensão ética que não pode ser escamoteada sob a pena de condenarmos ao abandono” (Lima, 1999, p. 26).

As dificuldades que a reforma vem enfrentando para se efetivar decorrem do medo dos profissionais de perder seu poder, no medo do abandono por parte das famílias e na falta de decisões políticas voltadas para o real interesse dos doentes mentais. Segundo o Dr. José Cássio, professor da disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, “a doença mental não é um acontecimento isolado, mas é para toda a vida, implicando a família e a sociedade”. O tratamento através da internação prolongada realmente dificulta a reintegração dos pacientes no seu meio de origem, mas simplesmente desospitalizar não significa que esse mesmo paciente vai ter o convívio com a sua família e a sociedade. Isso ocorre porque a medida em que progride a doença mental de um indivíduo, aumenta a chance de manifestação de rejeição por parte da família. Prof. José Cássio enfoca, também, a importância do humanismo para se quebrarem preconceitos da família e da sociedade. Para ele, é necessário muito trabalho e muita explicação para que isso aconteça. Quando o doente pode ser tratado com fármacos e se integrar, mesmo que parcialmente, ao mundo em que está inserido, é mais fácil a sua aceitação. No entanto, psicóticos e indivíduos catatônicos são mais difíceis de serem aceitos em uma sociedade capitalista e competitiva, que busca quase sempre uma integração do tipo produtivo que muitas vezes o doente não é capaz de atingir. De acordo com Adelgício de Paula, foi constatado que a presença de um membro psicótico no ambiente

familiar altera significativamente a dinâmica da família e atua como um fator de desorganização do grupo. “O transtorno esquizofrênico, por não ter uma definição etiológica precisa, gera, comumente, um mal estar culposos que, na maioria das vezes, recai na figura materna, quase sempre eleita para arcar com as lacunas domésticas” acrescenta o autor (Paula, 1999, p. 379).

Em relação aos medicamentos, várias dificuldades se apresentam. A primeira dificuldade que se apresenta é a manutenção do tratamento. A irregularidade no comparecimento às consultas e a propensão a abandonar o tratamento estão entre os principais motivos de preocupação. Diversos fatores podem interferir nessa decisão. Quanto ao paciente, o tipo de psicopatologia que ele apresenta e suas consequências como por exemplo o grau de desorganização, a possibilidade de idéias persecutórias, sintomas negativos e déficit cognitivo, pouca compreensão de sua doença, não sentir-se doente, ou sentir-se bem e achar que não necessita mais da medicação, são temas frequentes que podem interferir na manutenção do tratamento. Outros fatores também devem ser levados em consideração: problemas de ordem financeira, uso de álcool ou/ e drogas pelo doente, os efeitos colaterais indesejáveis do remédio, a falta de apoio familiar ou seja, alguém que supervisione a dose e os horários da medicação, um relacionamento médico-paciente precário devido à distâncias entre as consultas, são todos fatores importantes e que devem ser pensados quando se manda um doente mental para casa.

Quanto a isso, Bechelli afirma que foi demonstrado que 48% dos doentes em acompanhamento ambulatorial não tomavam a medicação. Mesmo em pacientes hospitalizados, segundo ele, sob controle supostamente rigoroso, 20% falhavam em tomar toda a medicação prescrita. Bechelli também salienta o fato de que não dispomos de sistema de reembolso para despesas de medicamento pelos seguros de saúde e que o custo mensal desses novos medicamentos é bastante elevado, portanto somente pequena parcela da população está em condições de arcar com os custos dessa despesa, limitando o seu emprego (Bechelli, 2000, p. 144).

No entanto, o mais grave é o que aponta o Dr. Valentim Gentil no editorial para a Revista Brasileira de Psiquiatria: “recentes portarias (MS286, 14/8/2000 e 347 de 21/9/2000) submetem a consulta pública à esdrúxula proposta de que pacientes com esquizofrenia crônica e gravemente incapacitados recebam 20-40mg de haloperidol ou 1g de clorpromazina por 36 semanas, seguido de seis meses de 400-800mg de tioridazida, antes de poderem ser tratados com a clozapina (...) Os portadores de outras psicoses, mesmo que tolerem mal os neurolépticos convencionais ou apresentem discinesia tardia não terão seus tratamentos reembolsados (...) Propostas antiéticas como essas não resistem sequer a análises de economia em saúde, dados os custos da iatrogenia induzida pelas altas doses de neurolépticos convencionais” (Gentil, 2001). Com essa afirmação pode-se concluir que de nada adianta novos fármacos, se a população que frequenta a rede pública não pode ter acesso a eles com facilidade, tendo que percorrer um caminho imposto pelo governo, que nem sempre será o melhor para o paciente.

Em relação às políticas de saúde muitos problemas são apontados. Uma boa assistência psiquiátrica integrada e abrangente não é barata e não poderá ser obtida somente com o fechamento dos leitos manicomial. Na Região Metropolitana do Estado de São Paulo, de um total de mais de 10.000 leitos disponíveis dos meses de abril a novembro de 1992, verifica-se que de agosto até março de 2001, este número foi reduzido para aproximadamente 6.500, sendo que houve um aumento significativo na população total da região. (Vide Tabela 1).

Tabela 1 Região Metropolitana de São Paulo / Rede Hospitalar SUS

	1992	2000
População total	15.651.181	17.559.031
Numero de Leitos	10.732	6.935
Leito/mil hab.	0,69	0,39

Fonte: DATASUS

Entretanto, a rede ambulatorial do SUS, não parece estar acompanhando a lógica da nova política de saúde mental. Embora os dados disponíveis sejam bastante precários, pode-se facilmente observar que a relação entre o número de postos de saúde e consultórios de 1998 e de 2001 vem caindo, enquanto seria de se supor que devesse estar aumentando, uma vez que tantos leitos hospitalares foram fechados (vide tabela 2).

Tabela 2 Região Metropolitana de São Paulo Rede Ambulatorial SUS

	1998	2000
Postos de Saúde	26	23
Consultórios	7.017	6.756

Fonte: DATASUS

Nota-se que houve um aumento de Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral desde julho de 1998 até fevereiro de 2001, de 52 para 71. Embora esses dados possam parecer suficientes em relação ao crescimento da população nesse período, fica difícil, somente com os dados disponíveis, se esse aumento realmente abrange todas as necessidades, uma vez que são dados gerais e não dizem respeito somente a especialidade Psiquiatria. O mesmo acontece em relação aos Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial, CAPS/NAPS, que teve aumento de 5 para 12 no período já citado (vide tabela 3).

Tabela 3 Região Metropolitana de São Paulo/ Rede Ambulatorial SUS

	1998	2001
Unidade Hospitalar Geral	52	71
Núcleo de Atenção Psicossocial	5	12

Fonte: DATASUS

Dados da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, indicam que na região Metropolitana do Grande São Paulo, estão se desenvolvendo novas formas de atendimento para a saúde mental, como programas CAPS/NAPS, Ambulatórios Específicos, Unidades Básicas de Saúde, Oficinas e Lares Abrigados (vide tabela 4).

Tabela 4 Região Metropolitana de São Paulo/ Fonte: SES-CSRMGSP/2000

CAPS/NAPS	10
Ambulatório SM	25
CS/UBS	117
Oficinas	1
Lares Abrigados	9
Moradores	40

Fonte: Conselho Estadual de Saúde, 2000

Todavia, percebe-se que apesar dos números demonstrados, a saúde mental na Região Metropolitana de São Paulo, ainda está longe de atingir uma meta ideal, para que se possa pensar, seriamente, em livrar o doente mental dos hospitais.

CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica é uma realidade e a desospitalização vem melhorando a assistência aos pacientes em vários aspectos, dentre eles um tratamento mais humano, uma maior perspectiva de re-socialização e o crescente uso de modernos neurolépticos que causam uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos. No entanto, como afirma Lúcia Lima “a preocupação em desinstitucionalizar os pacientes não pode se traduzir em desassistência nem deve ter como justificativa principal a diminuição dos custos monetários para o tratamento” (Lima, 1999, p. 26).

É preciso estarmos sempre atentos para os riscos de uma mudança massiva nas políticas de tratamento da doença mental, sem que compreendamos os custos, benefícios e os problemas éticos e morais envolvidos nas mesmas. Infelizmente, os grandes centros urbanos nem sempre possuem serviços adequados para atender a demanda crescente. Corre-se o risco de assistirmos um aumento de moradores de rua, muitos destes pacientes mentais, sem

esperança de reabilitação, alienados de suas famílias e sem perspectiva de apoio do sistema. Eles freqüentemente saem dos hospitais, ou mesmo de casas de apoio porque se sentem bem momentaneamente. Mas a maioria não consegue emprego para retornar a uma vida normal.

No sentido de atingir uma psiquiatria social, responsabilidades têm que ser repartidas entre os membros da sociedade. A participação cada vez maior da comunidade como um todo deve ser estimulada. Um plano de atendimento global do doente exige a presença de representantes do governo, participantes da comunidade, profissionais da área da saúde, e mais importante a presença dos pacientes e suas respectivas famílias, uma vez que eles é que têm o conhecimento real das necessidades das pessoas portadoras de doenças mentais.

Não basta fechar hospitais psiquiátricos. É preciso exigir que hajam condições adequadas nos hospitais que já existem. É preciso ampliar as redes de atendimento extra-hospitalar. É preciso buscar formas de envolver profissionais e familiares na luta pelo bem-estar do doente, e por fim, formalizar campanhas que visem acabar com o preconceito geral que envolve as palavras “doença mental”.

Está nas nossas mãos o poder de mudar uma história milenar, de desumanidade desrespeito e descaso ao paciente mental, que vai contra a essência da ética médica. É só agir!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALONSO, Simone Granado - Falando sobre Re-internação Psiquiátrica: a Voz dos Pacientes Dissertação de Mestrado para USP, São Paulo, 2000, resumo.
2. BECHELLI, Luiz Paulo de C. - “Impacto e Evolução do Emprego dos neurolépticos no tratamento da Esquizofrenia” *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, RJ, vol. 49, maio de 2000.
3. BRENNER, M. Kollet e al - “Mudanças na Clientela de Internados em Hospital Psiquiátrico”, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol.48, set. 1999.
4. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - Ata da Reunião da Comissão Técnica de Políticas de Saúde, 8/6/2001, São Paulo
5. DATASUS - Dados sobre a Rede Hospitalar, Internações Hospitalares, Média de Permanência de Internação e óbitos durante a internação, na especialidade Psiquiatria, dados de mar/nov de 1992 e agosto 2000 a abril 2001.
6. FOLHA DE SÃO PAULO - “Asilo a Razão” editorial 2001
7. FOUCAULT, Michel - “A casa dos loucos” in Microfísica do Poder Ed. Graal, 6 ed. 1986 cap. VII
7. GENTIL, Valentim - “A Lei Delgado e o Futuro da Assistência Psiquiátrica” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 21, jan/mar de 1999

- Comentário - "Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma Lei Melhor?" Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 23, mar de 2001, Editorial.
8. GOLDBERG, Jairo Idel - *Doença Mental e as Instituições: a Perspectiva de Novas Práticas*, Dissertação de Mestrado para USP, São Paulo, 1992, resumo.
9. KAPLAN, Harold - "Papel do Hospital Psiquiátrico no Tratamento da Doença Mental" in *Tratado de Psiquiatria*, 6 ed., vol. 3, Porto Alegre, 1999.
10. LIMA, Lúcia Abelha e al - "Questões de Bioética no Contexto da Reforma Psiquiátrica" *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 48, jan 1999.
11. LOPES, M. H. Itaquí - "Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos" Porto Alegre, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 2000
12. MACEDO, Ana Lucia e MARON, M. G. - "A Clínica e a Reforma Psiquiátrica: um Novo Paradigma?", *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 46, abr 1997.
13. MÂNGIA, Elisabete Ferreira - "Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: a constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria" Tese de Doutorado para USP, São Paulo, 2000, resumo.
14. MIRANDA, Cristina Maria Loyola - "Internação Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial" *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 47, set 1998.
15. NOGUEIRA, Alexandre Barbosa e MORGADO, Anastácio - "Reforma Psiquiátrica brasileira: Dois projetos de lei" *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol 47, dez 1998.
16. PAULA, Adelgício de - "Estudo sobre rejeição familiar do psicótico: dinâmica familiar do paciente esquizofrênico" *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol 48, agosto de 1999.
17. SADOCK, Benjamin J. - "Hospital and Community Psychiatry" in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. II, 7 ed. 2000.
18. SCATENA, Maria Cecília Moraes - "Saindo do Hospital Psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares protegidos", Tese de Livre Docência, Ribeirão Preto, USP, 2000

Endereço para correspondência: Maria Helena de Toledo Zerwes : Rua Aristides da Silveira Lobo, n 57 Jd Prudência SP / Cep 04648-180 tel 011 55247666

LEI Nº 10.216 DE 16 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO