

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO-ENFERMAGEM

ENF99003 – ESTÁGIO CURRICULAR

AS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

**UM ESTUDO DE CASO DE PACIENTES NUMA UNIDADE MASCULINA DO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO**

LISIANE DOS SANTOS SORIA

Porto Alegre, dezembro de 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO-ENFERMAGEM

ENF99003 – ESTÁGIO CURRICULAR

AS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

**UM ESTUDO DE CASO DE PACIENTES NUMA UNIDADE MASCULINA DO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO**

LISIANE DOS SANTOS SORIA

Professora Orientadora: Terezinha Ritter

Porto Alegre, dezembro de 1999

RECEBUE
1999
12/20/99
12/20/99

Agradecimentos

Agradeço as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para construção desta monografia.

Em especial, agradeço a meu namorado por ter suportado, ao meu lado, minhas tristezas, desabafos, reclamações e mesmo assim manteve-se firme e compreensivo junto a mim, torcendo para que este trabalho obtivesse sucesso.

Agradeço à minha orientadora por ter me ajudado a construir este trabalho e, em muitas ocasiões, ter iluminado minhas idéias.

Agradeço aos auxiliares do HPSP por terem colaborado para a coleta dos dados.

Agradeço ao Paulinho, da biblioteca da Escola de Enfermagem, por ter facilitado a minha vida muitas vezes em que precisei dos livros.

E, por fim, agradeço às Professoras Christine Wetzel e Eglê por terem esclarecido algumas dúvidas a respeito do trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
RESUMO	vii
INTRODUÇÃO.....	1
1 O OBJETO EM ESTUDO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
1.1 OBJETIVO	4
1.2 IDADE CLÁSSICA À ATUALIDADE.....	4
<i>Evolução histórica do asilamento.....</i>	<i>8</i>
<i>A comunidade de terapêutica</i>	<i>11</i>
<i>Psicoterapia institucional.....</i>	<i>12</i>
<i>Psiquiatria preventiva de setor.....</i>	<i>13</i>
<i>Psiquiatria preventiva.....</i>	<i>14</i>
<i>a antipsiquiatria</i>	<i>16</i>
<i>A tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana.....</i>	<i>18</i>
1.3 OS ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	20
1.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA PROPRIAMENTE DITA	28
1.5 FATORES QUE LEVAM À REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	30
2 O PERCURSO METODOLÓGICO	34
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	34
2.2 TÉCNICAS DE ESTUDO.....	35
2.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	37

3	COMPREENDENDO OS MOTIVOS DA REINTERNAÇÃO.....	38
3.1	A PARTIR DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS.....	38
3.2	A LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	41
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
	ANEXOS	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CEBES – Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

DINSAN – Divisão Nacional de Saúde Mental

EUA – Estados Unidos da América

FDRH – Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos

HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

MMM – Mário Matins Masculina

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PDI – Psiquiatria Democrática Italiana

REME – Movimento de Renovação Médica

RGS – Rio Grande do Sul

RESUMO

Este estudo de caso tem por objetivo analisar os motivos de reinternação dos pacientes na unidade MMM do HPSP, Instituição pertencente à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Frente às mudanças nas políticas de Saúde Mental do Brasil, em especial no RGS, que desencadeou um salutar e intenso questionamento ao modelo hospitalocêntrico, buscamos, na Reforma Psiquiátrica, os pilares que sustentam este trabalho.

As técnicas de estudo utilizadas foram pesquisa em prontuário, questionário fornecido aos familiares e checagem do sistema de referência e contra-referência dos municípios envolvidos. Assim, foi possível observar que as reinternações sofrem influências de diversas variáveis, muitas delas de difícil solução, por um lado, envolvendo questões sociais que fogem do âmbito de políticas de Saúde Mental. Por outro lado, com a Reforma Psiquiátrica, abre-se um longo caminho para resgatar a cidadania do doente mental e construir um novo modelo – que não o excludente – de atenção à loucura, mas principalmente de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da Saúde Mental de todo e qualquer cidadão brasileiro.

INTRODUÇÃO

A apresentação deste estudo levou à necessidade de definir quais as motivações e interesses que o determinaram e quais as dificuldades advindas.

Gostar-se-ia de expor que as questões levantadas no presente trabalho não são verdades absolutas, mas merecem importância, haja vista que são exposições concretas e dão margem à continuidade do assunto abordado, jamais com intuito de esgotar, ao contrário, estimular o interesse pelo objeto em estudo.

É importante mencionar o pouco tempo disponível para a sua realização, já que se trata de um amplo assunto, mas sem desconsiderar, apesar disso, a contribuição que o mesmo proporciona.

Esse estudo propõe a reflexão para além das respostas óbvias que, muitas vezes, elabora-se a partir do senso comum, desse modo, buscando respostas através de uma análise do contexto político, econômico, social e ideológico.

Em 1998, deu-se início ao estágio remunerado de enfermagem pela Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (FDRH), na unidade Mário Martins Masculina (MMM).

Ao longo desse estágio, foi possível observar as inúmeras reinternações dos mesmos pacientes. A partir de então, principiou-se o questionamento das suas causas. Após a formulação várias hipóteses isoladas, detectou-se que havia um contexto envolvendo essas reinternações, sem saber exatamente do que se tratava.

Em 13 de agosto de 1999, iniciou, no HPSP, um programa semanal de capacitação para os estagiários. Esse programa tem mostrados a ineficiência do atual sistema de saúde, comprovado pela incidência com que pacientes da Unidade MMM, do mesmo hospital, têm reinternado.

Nesse momento, percebe-se a dimensão que envolve a área de Saúde Mental, o que veio a culminar e reforçar ainda mais o questionamento sobre as reinternações, possibilitando uma oportunidade de realizar um estudo que abordaria essa problemática. Pensando-se, para tanto, na Reforma Psiquiátrica como o norte para a solução desse problema.

Faz-se necessário salientar que, através dos diversos autores citados, pôde-se compreender melhor a trajetória da Saúde Mental.

Na perspectiva de desenvolver o presente estudo, este foi dividido nas seguintes partes que, a seguir, são descritas:

Assim, no capítulo 1, apresenta é apresentado o objeto em estudo e a fundamentação teórica, discutindo conceitos, políticas de Saúde Mental, reformas e variáveis que influenciam à reinternação, como instrumento teórico para a compreensão da realidade.

No capítulo 2, é introduzido o percurso metodológico, a caracterização do local de estudo e, também, a análise dos dados coletados, constituindo este último como fator determinante para posteriores formulações.

No capítulo 3, é desenvolvida uma compreensão dos motivos de reinternação a partir das informações obtidas e faz-se uma abordagem de conceitos, contexto atual de reforma psiquiátrica para subsidiar considerações posteriores.

Nas considerações finais, é feito um alerta sobre a necessidade de mudanças culturais e sociais, que envolvem conceitos, valores e uma melhor qualidade de vida para todos os cidadãos.

1 O OBJETO EM ESTUDO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 OBJETIVO

Realizar um estudo de caso sobre reinternação psiquiátrica, através da revisão bibliográfica, das políticas de Saúde Mental, análise do prontuário, entrevista com familiares de pacientes e comparações de realidade com as diretrizes estabelecidas pela lei de Reforma Psiquiátrica.

1.2 IDADE CLÁSSICA À ATUALIDADE

A história da psiquiatria é a história de um processo de asilamento, é a história de um processo de medicalização social. Segundo Amarante (1994), o estudo das práticas e dos discursos em psiquiatria decorrem de uma preocupação com a análise e o questionamento das articulações historicamente existentes entre instituições sociais específicas e o universo das relações sociais.

A representação da loucura na Idade Clássica advém como existência nômade, através da “Nau dos loucos ou dos insensatos”.

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam os de seus muros, deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupo de mercadores peregrinos. Esse costume era freqüente, “particularmente na Alemanha (...) durante a primeira metade do século XV” (Foucault, 1978:09).

A percepção social de loucura na Idade Média encontra-se com uma idéia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária. O percurso arqueológico de Foucault permite acompanhar a partilha entre razão e loucura pela verdade.

Durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de hospedaria. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social.

O enclausuramento não possuía, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão. A preocupação com critérios médico-científicos – expressão do saber médico – não pertence ainda a tal período. A fronteira com que se trabalha encontra-se referida à ausência ou não de razão, e não a critérios de ordem patológica. A percepção ética organiza o mundo a partir disto que o iluminismo instaura, o primado da razão.

O grande enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituições médicas relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura. O trabalho como moeda simbólica ressignifica a pobreza: retira-a do campo místico, no qual é

valorizada, e inaugura-a enquanto negatividade, desordem moral e obstáculo à nova ordem. Dessa maneira, segundo Roberto Machado (1982), o grande enclausuramento se estabelece no cruzamento deste contexto, marcado pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza.

Durante a Idade Média, a percepção social da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração do conhecimento sobre loucura. O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de ‘proteção’ e guarda, como um jardim das espécies; diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas. Durante a segunda metade do século XVIII, a desrazão, gradativamente vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica.

Foucault, em o Nascimento da Clínica (Foucault, 1977), descreve a transformação do Hospital (etimologicamente hospedaria, hospedagem, hotel) em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médicos. O hospital torna-se assim, nas palavras de Foucault, *a priori* da medicina moderna.

A figura do médico clínico, surgida a partir de 1793, tem em Pinel sua principal e primeira expressão. A “tecnologia pineliana”, segundo Castel (1978), estabelece a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado. Ordenando o espaço e valendo-se das diversas ‘espécies’ de alienados existentes. Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a

divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos.

Castel caracteriza, em outro momento, a racionalidade desta medicina mental inaugural enquanto meramente classificatória. A essa não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença. “Portanto, racionalidade puramente fenomenológica, que se esgota em constituir nosografias” (1978:103-108). Dessa forma, o gesto de Pinel, ao liberar os loucos das correntes, não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental.

A obra de Pinel – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação e prática médica. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos da cidade. É a partir deste momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria – assim como outros saberes do campo social – passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Nesse contexto, a psiquiatria seguirá a orientação das demais ciências naturais, assumindo uma matriz eminentemente positivista. Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos, desse modo, intencionando um conhecimento objetivo do homem. Segundo Galende, naturalmente, ao ter tomado o modelo da medicina biológica como referência, a psiquiatria incorporou também seu modelo de causalidade, levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre organogênese versus psicogênese, enfermidade de origem endógena versus exogeneidade, inato versus adquirido (1983:56).

Evolução histórica do asilamento

Da criação do Hospício D. Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro, na praia Vermelha, em 1852, até a proclamação da república, os médicos não poupam críticas ao Hospício, excluídos que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico. O hospício deve ser medicalizado, isso é, deve ter em sua direção o poder médico.

Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de D. Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública. Logo, no mês seguinte, é criada a assistência médico-legal aos alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Este conjunto de medidas caracteriza a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente em casa ou no trabalho.

O período que se conclui em 1920, constitui uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria em que se destaca a ampliação do espaço asilar. Nesse período, no Rio de Janeiro, é criada a colônia de Alienados do Engenho de Dentro, são iniciadas as obras da colônia de Alienados de Jacarépaguá, e as obras do Manicômio Judiciário. Todo esse processo iniciado por Teixeira de Brandão encontrará em seu sucessor Juliano Moreira.

Ao retornar de viagem de estudos à Europa, Juliano Moreira é designado em 1903 para dirigir a assistência Médico-Legal aos Alienados. Com ele, há continuidade à criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca de legitimação Jurídico-política de psiquiatria nacional. Essa legitimação dá um passo importante com promulgação da lei nº 1132 de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos Alienados.

Juliano Moreira ocupa esta direção por 27 anos, até 1930, quando é destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas.

Em 1923, Gustavo Riedel funda a liga brasileira de Higiene Mental. Através desta liga, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do estado. A psiquiatria não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender a recuperação de “raças”, e a constituição de coletividades sadias.

Nos anos 30, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vem substituir a malarioterapia ou o descabido empirismo.

Em meados da década de 40 a psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente.

Na década de 50 se fortalece este processo de psiquiatrização, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos (antipsicóticos), que tem um efeito tranquilizante, produzindo reações mais lentas e um aparente desligamento do mundo externo, porém respostas mais adequadas a indagações ou estimulações.

O período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Assim, as reformas posteriores à reforma de Pinel procuraram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial.

Conforme a periodização estabelecida por Birman e Costa (1994), a respeito das psiquiatrias reformadas, organizamos os itens subseqüentes, observando a seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar, a psiquiatria preventiva de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar, por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

A comunidade terapêutica

Em 1946, T.H. Main denomina comunidade terapêutica o trabalho que vinha desenvolvendo em companhia de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham. Somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo e o delimita, com base em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico, inspirados no trabalho de Simom, Sullivan e Menninger. Com isso, o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação do dilema institucional asilar.

Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos, e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da 'função terapêutica' uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembléias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas. A carência de mão-de-obra - tanto técnica, especializada quanto auxiliar - pontua a urgência de esgotar todas as possibilidades existentes, sem as quais o hospital não poderia cumprir sua tarefa.

Psicoterapia institucional

A denominação ‘psicoterapia institucional’ é utilizada por Daumezon e Koechlin, em 1952, para caracterizar o trabalho que, anos antes, havia sido iniciado por François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, na França (Vertzman et al., 1992:18).

Com sólida orientação marxista e os apoios da *intelligenza* e da resistência francesa, Saint-Alban passa a ser o palco privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria. Esse movimento tem por objetivo primeiro, nas palavras do próprio Tosquelles, o resgate do potencial terapêutico do Hospital psiquiátrico, tal como pretendiam Pinel e Esquirol, para os quais “uma casa de alienados é um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil; é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais” (apud Fleming, 1946:43).

Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições tem características doentias e que devem ser tratados (daí a adequação do termo psicoterapia institucional de Daumezon e Koechlin). A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais.

Com a radicalização da influência psicanalítica a terapia volta-se prioritariamente para a instituição, já que, entende-se, é impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia (Fleming, 1976:45).

O objeto da psicoterapia institucional refere-se ao “coletivo” dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade.

Psiquiatria preventiva de setor

A psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior às experiências de psicoterapia institucional. Denominado “setor”, tal movimento inspira-se nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entram em contato com os manicômios franceses e reivindicam sua imediata transformação.

Tendo por princípio a visão de que a função do hospital psiquiátrico resume-se ao auxílio no tratamento, a psiquiatria de setor restringe a internação a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade. Seu surgimento está situado historicamente na França do pós-guerra, originado-se nos setores mais críticos e progressistas e terminando por ser incorporada, a partir dos anos 60, como a política oficial.

No entanto, a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão de abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação do serviço de prevenção e pós-cura.

Psiquiatria preventiva

A psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto da crise do organismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia Inglesa. A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos EUA, propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de ter descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas (antigo sonho dos alienistas, que recebia o nome de profilaxia), mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental.

Em 1955, nos EUA, é realizado um censo que denuncia as péssimas condições de assistência psiquiátrica, apontando para a necessidade de medidas saneadoras urgentes.

A apresentação do projeto de psiquiatria preventiva por Kennedy marca a adoção do preventivismo não apenas pelo estado americano, mas também pelas organizações sanitárias internacionais (OPAS/OMS) e, conseqüentemente, por inúmeros países do assim denominado terceiro mundo.

A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade.

As três ordens prioritárias da psiquiatria preventiva são:

1. Aquelas destinadas a reduzir (e não curar) numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a “sanidade mental” dos grupos sociais (prevenção primária);
2. Aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente (prevenção secundária);
3. Aquelas cuja finalidade é minimizar a deteriorização que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária).

O projeto de psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces, primárias e secundárias, evitem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, decretando, dessa forma, a obsolescência do hospício psiquiátrico. O conceito-chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecida a partir dos conceitos de adaptação e desadaptação social, provenientes da sociologia. Em outras palavras, saindo do terreno específico da psiquiatria, para pensar e conceituar as doenças mentais, Caplan lança mão de teorias sociológicas que versam sobre as relações entre os sujeitos e a sociedade, nas quais existem momentos, ou sujeitos, ou, ainda, segmentos mais ou menos adaptados, ou desadaptados às regras sociais, à convivência social.

Guardando as singularidades conceituais e práticas inerentes aos processos de construção dos vários modelos assistenciais, as propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização, que se tornam diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos,

projetos e propostas oficiais, ou mesmo “alternativas”. É importante atentar para o fato de que esta expressão, desinstitucionalização, surge nos EUA, no contexto do projeto preventista, para designar o conjunto de medidas de desospitalização. Desde então, um conjunto de formas de organização de serviços psiquiátricos é apresentado com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. A institucionalização/hospitalização ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de dependência do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao hospitalismo. Com isso, passa a haver uma correspondência direta entre desinstitucionalizar e desospitalizar, tornando-se mister operar mecanismos que visem a reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos (diminuir o tempo médio de permanência hospitalar, as taxas de internação e reinternações, aumentar o número de altas hospitalares) e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares (centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais etc.).

A antipsiquiatria

A antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contra cultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento hippie), com um grupo de psiquiatras - dentre os quais destacam-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. O consenso entre eles diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia. Aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa

patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de Comunidade Terapêutica e um lugar no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica.

Esta proposta de combate às estruturas hospitalares - que cristalizam o paciente no papel da doença mental, dependente e inválido - é uma experiência que permite a Cooper verificar que a percentagem de recaídas diminui de forma bastante expressiva em comparação aos métodos tradicionais.

Laing (1982) diz que a loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Crítica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do discurso, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podado.

A tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana

A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta relaciona-se com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento “político”: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribuições movimentos sociais em lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.

Essa prática que critica a psiquiatria tradicional tem início na década de 60, no manicômio de Gorizia, com um trabalho de humanização do hospital desencadeado por Franco Basaglia.

A experiência de Gorizia revela o nexos psiquiatria/controlado social/exclusão e, portanto, a conexão intrínseca entre os interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica social excludente e fundamenta três pilares da crítica de tradição basagliana: “e ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, e origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência” (Barros, 1994:60).

Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social.

O grande mérito do movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em Bolonha, em 1973, pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas

e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema das “técnicas de saúde mental”. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça.

“O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função das técnicas e intelectuais” (Amarante, 1994:61). A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas.

O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desintitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação de loucura e sua sedução à doença.

Basaglia chega a Trieste em outubro de 1971, onde dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros, operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. As cooperativas de trabalho constituem uma outra modalidade de cuidado/criação. Estas cooperativas, muito recentemente, receberam um

novo estatuto legal na região Friuli Venezia – Giulia, sendo redefinidas como empresas sociais.

O serviço de diagnose e cura (ou serviço de emergência psiquiátrica) tem um número de leitos muito menor do que os 15 previstos pela lei 180 – um total de oito, sendo quatro masculinos e quatro femininos. Este serviço funciona diuturno e atua coordenadamente com os centros de saúde mental, grupos-apartamento e cooperativas, para os quais funciona como apoio.

O movimento Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais simples para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição Basagliana, em todo o território italiano.

1.3 OS ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Franco Basaglia, após operar um processo de transformação no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, de 1961 a 1968, parte para os EUA em 1970, onde consolida a operação de um significado movimento epistemológico e político sobre a natureza das instituições e das doenças psiquiátricas. Após um ano de trabalho em Parma, Basaglia chega a Trieste em 1971 onde começa a verdadeira demolição do apenado manicomial.

Em suma a experiência de Trieste conduziu à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparelho da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando ser possível a constituição de um “circuito” de atenção que, ao mesmo tempo que oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que

necessitam de assistência psiquiátrica (Dell'Acqua, 1987). Nesse contexto, fundamentalmente pela repercussão que as experiências de Gorizia e Trieste assumem no cenário italiano, o partido radical propõe um referendun para a revogação completa da legislação psiquiátrica em vigor, vislumbrando com essa medida a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura. Por iniciativa do estado é constituída uma comissão de alto nível para estudar e propor a revisão da legislação em vigor. Basaglia não faz parte desta comissão mas, por sua liderança já reconhecida, suas idéias são parcialmente incorporadas ao texto da nova lei, que recebe seu nome, aprovada em 13 de maio de 1978.

A lei 186, na sua opinião, “a velha fórmula que justifica o internamento compulsório (... perigoso para si ou para os outros ou motivo de escândalo público...) é substituído por um artigo de lei que, por continuar dando ao médico a inteira responsabilidade do julgamento de periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação: apenas quando se está de acordo em que estas não existem torna-se obrigatório o tratamento de autoridade. Em outra abordagem Basaglia diz ainda que “após a Lei 180 deve desaparecer o Hospital Psiquiátrico. Não se deve mais construir hospitais psiquiátricos, e isso graças a um movimento e a alguns conceitos que nós elaboramos”.

A Lei 180 tem enorme e irrefutáveis méritos. Substitui a legislação de 1904, proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a sede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado.

Franco Basaglia vem ao Brasil pela primeira vez em 1975. Ele retorna em outubro de 1978 para participar de um simpósio de psicanálise, no Rio de Janeiro, onde provoca enormes polêmicas e singulares momentos de reflexão.

Em 1979, Basaglia retorna ao Brasil para uma série de Conferências, palestras, encontros e debates. O quadro político é bem outro, pois a “distensão política”, agora denominada “abertura”, torna-se um patrimônio público. Na área da saúde mental, são registradas várias iniciativas de denúncias quanto à política nacional de saúde mental e quanto à política privatizante de assistência psiquiátrica por parte da previdência social.

As visitas de Basaglia são motivo de grande mobilização, principalmente entre os técnicos mais jovens, que vêm a ser a principal força de trabalho dos serviços psiquiátricos públicos e privados. A aprovação da lei 180 é recebida com entusiasmo por essa nova geração de técnicos brasileiros que encontram nela, ou melhor, nas práticas sociais que a precederam e a desenvolveram, um horizonte objetivo de lutas para a transformação psiquiátrica. Seria redutor ou errado dizer que a linha iniciada por Basaglia tenha sido a única a informar os movimentos de transformação de prática psiquiátrica no Brasil, mas pode-se afirmar sem sombra de dúvida que tem sido a mais importante para aqueles que se empenham na verdadeira transformação da instituição psiquiátrica.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a “Crise da DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAN, todas no RJ, deflagram uma greve, em abril de 1978. A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por 3 médicos, onde

denunciam irregularidades da unidade, levando ao público a situação própria do mesmo. Este ato acaba mobilizando profissionais de outras unidades e recebe apoio do Movimento de Renovação Médica (Reme) e Cebes. Assim nasce o MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental), que denuncia a falta de recursos das unidades e a conseqüente precariedade das condições de trabalho, refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacional, cujo objetivo é se constituir em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica.

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista, críticas à cronificação do manicômio, ou seja, um conjunto ainda indefinido de reivindicações.

Em outubro de 1978, realiza-se o 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Este evento fica conhecido como o “Congresso da Abertura”, pois, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria. Previsto para ser um encontro de técnicos, termina por ser tomado pela militância dos movimentos.

O documento final elaborado pela Associação Psiquiátrica da Bahia, pertencente ao MTSM, tem como temas principais, desde a denúncia da psiquiatrização, às reivindicações por melhorias técnicas. Enfim os principais aspectos dizem respeito à política privatizante de saúde e às distorções à assistência advindas desta política.

Em janeiro de 1979, ocorre o 1º Congresso Nacional dos trabalhadores em saúde mental, que chega à conclusão de que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde

está vinculada à luta dos demais setores sociais. Nesse momento, há um redirecionamento do MTSM, em que passam a merecer maior destaque os aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica em detrimento aos aspectos corporativos.

No 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Salvador-BA, em agosto de 1980, o MTSM e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) experimentam um distanciamento devido a posturas diferenciadas em relação ao processo democrático. São abordadas ainda questões trabalhistas, defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, revisão da legislação penal e civil pertinente ao doente mental através de CPI no Congresso Nacional.

O MTSM caracteriza-se por seu perfil não-cristalizado institucionalmente, também caracterizado por ser múltiplo e plural, bem como o primeiro movimento em saúde com participação popular. Mais recentemente, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, outra expressão da MTSM.

Com a implantação da co-gestão (convênio estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social – MPAS – e o de Saúde – MS -), o Estado passa a incorporar os setores críticos de Saúde Mental.

Em maio de 1980, por meio de resolução da Comissão Internacional de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), os secretários gerais do MS e MPAS resolvem constituir um grupo de trabalho interministerial (GTI), cujas tarefas são estudar e recomendar medidas necessárias à reorganização e reformulação técnico-administrativo, para a implementação e reequipamento das unidades psiquiátricas da DINSAN. Nesse mesmo ano, as unidades da

DINSAN são transformadas em unidades gestoras, podendo assim praticar atos autônomos de gestão orçamentária e financeira.

Sob esse contexto, as metas no que dizem respeito às instituições psiquiátricas buscam a superação do manicômio e a busca de uma solução “territorial” para assistência em saúde mental.

No auge da co-gestão, é criado o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), e especificamente no plano da assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital é elemento secundário. Respeitando o preconizado pelo plano no que diz respeito à descentralização da assistência, regionalização do sistema de saúde e hierarquização dos serviços.

Em setembro de 1985, é realizado o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste devido à necessidade de repensar a assistência à saúde mental. Seu objetivo era definir uma política de saúde mental para a região e aperfeiçoar as ações integradas de saúde mental em um sistema único de saúde, visando a formulação da política nacional de saúde mental.

O relatório dos Estados configura o caráter predominante hospitalocêntrico e privado das internações, demonstrando que a implementação dos planos (Co-gestão, Conasp) não alcançou resultados objetivos no que diz respeito à transformação da assistência psiquiátrica. Sendo assim, apontou-se para a necessidade da regionalização, da hierarquização, da integração, inter e intra-institucional. Como estratégias, pretende-se reduzir o número de leitos psiquiátricos, transformando-os em recursos extra-hospitalares (hospital-dia, lares protegidos, etc.) e em leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

O 1º Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro ocorre em outubro de 1986. O objetivo deste encontro é o de provocar os debates para a I Conferência Estadual de saúde mental. O evento insere-se na linha geral das discussões e como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília DF, em março de 1986 e, incorpora as decisões desta Conferência, dentre as quais a implantação da Reforma Sanitária, e a criação de um sistema único e público de saúde.

A 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro realiza-se em março de 1987, tendo como tema central a política nacional de saúde mental e a Reforma Sanitária. Esta Reforma considera que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. Propõe, ainda, a redução progressiva dos leitos manicomiais públicos e o não credenciamento de leitos privados. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental realiza-se em julho de 1987, em desdobramento a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Entre as recomendações importantes desta Conferência estão:

- A orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito de não só redirecionar suas práticas, mas também de combater a psiquiatrização do social;
- A necessidade de participação da população;
- A priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais.

Na segunda metade dos anos 80, dá-se a trajetória marcada pela noção da desinstitucionalização.

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que sai do campo técnico-assistencial para se tornar um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Nesse momento, passa a prevalecer o entendimento da noção de desinstitucionalização em sua dimensão mais propriamente antimanicomial. No campo teórico-conceitual, é a influência Basagliana que propiciará a ruptura mais radical nas estratégias e princípios do MTSM daí em diante.

Paralelamente a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), o MTSM realizou algumas reuniões para discutir os rumos e as estratégias do movimento. No documento final destes encontros, refletia-se nitidamente o caráter de renovação do movimento, quando já chamava atenção para a necessidade de desatrelamento do aparelho do Estado. O lema então consolidado, “por uma sociedade sem manicômios”, é a mais forte expressão dessa nova estratégia e desta ruptura epistemológica e política.

O 2º Congresso Nacional do MTSM, em Bauru-SP realizado em dezembro de 1987, inaugurou uma nova etapa, em que alguns outros eventos vieram a se somar na consolidação da tendência que então se iniciava. O 1º Encontro do Fórum Internacional de Saúde Mental e Ciências Sociais tendo como tema a psiquiatria democrática italiana; o 1º Encontro, Italo-Brasileiro de Saúde Mental; em 1990, a Conferência “Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región”, promovida pela OPAS/OMS em Caracas com a participação de

muitos brasileiros e que reafirmou alguns dos princípios da estratégia de desinstitucionalização.

Enfim, a nova etapa, inaugurada na primeira CNSM e consolidada no congresso de Bauru, repercutiu em muitos outros âmbitos. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção como: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que surgiu após o fechamento da casa de saúde Anchieta do município de Santos-SP, devido à constatação de maiores barbaridades.

No campo jurídico-político, com a grande repercussão – inclusive na grande mídia – da experiência iniciada em Santos, assim como em decorrência dos resultados, objetivos desta primeira desmontagem de uma estrutura manicomial e sua substituição por uma proposta de atenção territorial em saúde mental, foi apresentado, em 1989, o projeto de Lei nº 3657/89, do Deputado Paulo Delgado (PT-MG).

1.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA PROPRIAMENTE DITA

No final da década de 80, o projeto de lei, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, provocou enorme polêmica, ao mesmo tempo em que os temas da loucura e manicômios invadem parte do interesse nacional. Nesse projeto, regulamentavam-se os direitos do dente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos não manicomiais de atendimento (Delgado, 1989).

Estimulados pelo projeto de Lei Federal nº 3.657/90, de Paulo Delgado, outros Estados elaboram e aprovam projetos de lei com o mesmo propósito, sendo o do Rio Grande do Sul o pioneiro, seguido por outros estados como: Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte.

Foi a partir do projeto de lei Federal, que até hoje não foi aprovado pelo Congresso Nacional, que se produziu efeitos em vários outros locais, propiciando a proliferação de debates e considerando o tema como uma questão social importante, envolvendo fatores políticos e sociais.

Em particular, no RGS, após um longa caminhada de debates, discussões, Conferências Municipais de Saúde Mental e articulação com os vários segmentos de sociedade para uma transformação da instituição psiquiátrica, a Lei da Reforma Psiquiátrica é aprovada por unanimidade pela Assembléia Legislativa do RGS em 30.06.92, sancionada sem vetos pelo governador do Estado como Lei Estadual, nº 9.716 de 07 de agosto de 1992, publicada no diário oficial. Esta lei não trata apenas do que propõe a Lei Federal, vai além, incorporando questões como cidadania, participação da comunidade em conselhos estaduais e municipais e amparo aos pacientes asilares (Anexo A).

Obviamente, a discussão concreta da implantação da reforma psiquiátrica é muito mais ampla, não dependendo apenas da aprovação desta lei, e sim de vários fatores políticos, econômicos e sociais que iremos discutir ao longo deste trabalho.

1.5 FATORES QUE LEVAM À REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Holmes e Salomon (1980) classificam, quatro grupos de variáveis, que levam à internação psiquiátrica: Características não psiquiátricas do paciente, fatores institucionais, características do pessoal que realiza a admissão e outros fatores de avaliação clínica.

O primeiro grupo de variáveis, engloba, os seguintes itens: internamento anterior, estar acompanhado e por quem e variáveis demográficas.

As questões de reinternação psiquiátrica têm preocupado diversos autores e profissionais. Tal fato tem sido interpretado, pelos estudiosos não-organicistas, como decorrência do uso de psicofarmacos como terapêutica única, na medida em que atuam apenas sintomaticamente sem atingir as verdadeiras causas dos problemas e ocorrendo melhoras apenas transitórias. O paciente com internação anterior tem mais chance de ser admitido, independente do quadro apresentado. Outros comportamentos, como ameaças de agressão e suicídio, são diferencialmente tratados segundo se aborde ou não a reinternação.

A probabilidade de ser internado diminui, quando o indivíduo dispõe de recursos próprios que lhe permitam tratamento em outras modalidades assistenciais.

Os diversos estudos realizados nessa área têm apontado para o fato de que a atitude do acompanhante, favorável ou contrária à admissão em hospital psiquiátrico, é o fator que provavelmente mais pesa na decisão. As pesquisas demonstram que, quando o paciente é encaminhado pela polícia, a probabilidade de ser internado é de cem por cento e encontra-se a menor probabilidade quando o paciente recorre só e espontaneamente.

No segundo grupo de variáveis, são encontrados itens que incluem nº de leitos disponíveis, dia da semana, hora do dia e políticas institucionais. Os interesses de organização refletem as decisões do pessoal que admite. As pesquisas mostram que o paciente é mais provavelmente admitido quando há leitos vagos, à noite e no fim-de-semana.

No terceiro grupo de variáveis, encontram-se as características do pessoal que admite. Algumas pesquisas, nessa área, indicam que quanto maior a experiência profissional do psiquiatra menos favorável a internação ele será; de modo que os psiquiatras mais velhos tendem a desacreditar mais a internação que os mais jovens.

O quarto grupo inclui: funcionamento social, capacidade de assumir responsabilidades, situação ambiental, ausência de suporte familiar e social e grau de sofrimento. Verifica-se que a tendência a internar é consideravelmente maior naqueles casos em que não existe suporte (os chamados “casos sociais”) e onde a desorganização do comportamento impede o atendimento dos requisitos contidos nos principais papéis sociais.

Segundo Cerqueira (1984), a assistência ao doente mental ainda é centrada no hospital, onde 85% das internações são pacientes crônicos. Por sua vez, a escassez de recursos humanos e institucionais para atendimento a pessoas que necessitam de assistência psiquiátrica, nos diferentes níveis, agravaria este problema.

Silva e Stefanelli (1991) perceberam na literatura brasileira e pelas discussões com profissionais de enfermagem do Brasil, que os familiares, quando indagados sobre os motivos que os levaram a procurar reinternação para um dos seus membros, responderam que “ele piorou”. Quando perguntada ao familiar o que poderia ter ocasionado esta piora, em geral a

resposta foi “parou de tomar os remédios”, “não sei como lidar com seu comportamento”, “estou cansado”.

Os fatores ambientais e sociais contribuem de maneira decisiva na reinternação do paciente. Se o ambiente familiar não acolher este doente e o rejeitar ficará muito difícil sua reinserção ao lar. Da mesma forma os amigos também influem. Essas pessoas doentes precisam do meio social para o aprendizado de como se relacionar novamente em comunidade, já que isto só se aprende em contato com o ambiente.

Jones (1972) comenta sobre a grande responsabilidade dos familiares para com um de seus membros doentes, mas assinala que eles dificilmente compreendem a doença, assumindo comportamento hostil em relação ao paciente, forçando-o a internações repetidas.

Outro fator importante apontado pelo estudo de Silva e Stefanelli (1991) é o fato dos familiares e pacientes não estarem sendo devidamente orientados para superar as dificuldades que advirão do novo período de convivência.

Em outro estudo realizado por Carmo (1981), a mesma constatou em seu estudo que 66,6% das famílias de sua população não receberam orientação sobre o paciente e 78,8% dos pacientes não receberam qualquer orientação sobre si mesmo. Estes resultados chamaram a atenção do pesquisador, uma vez que a percentagem da orientação foi centrada em “ter uma ocupação e voltar ao hospital quando começar a piorar o seu estado” (no caso das pacientes) e “tomar remédio certo”, no caso dos familiares.

Carmo, conclui que a equipe de saúde orienta a família e o paciente, porém sem saber se as informações prestadas são as que eles gostaram de receber.

Silva e Stefanelli (1991), preocupados com esses aspectos, se propuseram a realizar um estudo com enfermeiras, de culturas diferentes, de dois hospitais psiquiátricos e de um serviço psiquiátrico dentro de um hospital geral, sobre os fatores que elas referem como causa de reinternação dos pacientes, no Peru, Brasil e Colômbia.

Como comentários finais e conclusão deste estudo pode-se citar:

- A falta de orientação ao paciente e familiares é apontada como um dos principais fatores determinantes de reinternações de doentes mentais.
- A enfermeira tem de receber na sua formação bagagem de conhecimentos que a capacite a orientar os pacientes e seus familiares.
- Desenvolver orientações a grupos de familiares e pacientes – não só na internação, como nos ambulatórios.
- Mudança na política da instituição foi citada muito pouco, quase que sem significância.

Sem dúvida, a relevância do tema concernente à reinternação psiquiátrica é inquestionável. Embora estes estudos tenham sido realizados há anos, parecem, à primeira vista, bem atuais. Confirmar ou não este pressuposto é o que pretendemos de alguma forma no estudo que segue.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo realizou-se no Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado na Av. Bento Gonçalves nº 2460, bairro Partenon, POA/RS, caracterizado como uma instituição pública Estadual.

A coleta de dados foi realizada especificamente na Unidade Maria Martins Masculina, que se caracteriza por prestar assistência exclusiva a pacientes em estágio agudo de doença e que estejam em idade adulta. Esta unidade tem capacidade para atender no máximo 33 pacientes.

Possui uma equipe multidisciplinar composta de: 2 médicos psiquiatras, 1 médico clínico geral, 1 a 4 médicos residentes, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 3 auxiliares no turno da manhã, 3 auxiliares no turno da tarde, 2 auxiliares no turno da noite a, 2 auxiliares na noite b e 2 auxiliares na noite c, um secretário, 2 funcionários do serviço de limpeza, um estagiário de terapia ocupacional, 1 a 4 estagiários de psicologia e 1 a 3 estagiários de enfermagem.

O horário de funcionamento é de 24 h e a entrada do paciente na Unidade ocorre via serviço de admissão do Hospital, onde é feita a triagem, o 1º atendimento e a baixa administrativa do paciente.

O perfil dos pacientes é diversificado, com diferentes diagnósticos e variadas condições sócio-econômicas-culturais. O objetivo deste serviço é tratar a fase aguda da doença e, conseqüentemente, favorecer seu retorno à comunidade e ao convívio social.

2.2 TÉCNICAS DE ESTUDO

Entrada em campo.

Neste estudo, a entrada no campo ocorreu há um ano através de um estágio realizado pela Fundação de Desenvolvimento e Recursos Humanos, o que facilitou a realização deste trabalho.

Após um primeiro contato com uma das integrantes da comissão de ética do HPSP, onde foram explicados os trâmites para a realização deste estudo e fornecido um formulário que continha algumas perguntas referente à pesquisadora, a orientadora e ao presente estudo. Após preenchidos os formulários, entregue o projeto de monografia à comissão de ética e desenvolvido com sua aprovação, deu-se início ao presente estudo de caso realizado na unidade Mário Martins Masculina cuja população a ser estudada são os pacientes masculinos com variadas doenças mentais e faixa etária, provenientes de Porto Alegre e região metropolitana, bem como interior do estado. Foram dedicados 30 dias para a coleta de dados e 80 para a realização de todo o estudo.

A metodologia utilizada para a realização deste estudo de caso:

- Revisão bibliográfica.
- Pesquisa em prontuários de 7 pacientes que reinternaram.
- Questionário com 7 familiares desses mesmos pacientes, dos quais um reside no interior do estado, dois residem em Porto Alegre e quatro na região metropolitana de Porto Alegre (Anexo B).
- Checagem do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência.

Foi solicitado ao familiar ou responsável um termo de consentimento conforme modelo em anexo. Os dados de identificação dos pacientes serão mantidos em sigilo conforme exigência ética (Anexo C).

Foram excluídos da população aqueles que se recusaram a responder o questionário ou não tiveram família ou responsável pela sua reinternação.

A checagem se deu por uma visita à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde foram buscadas informações sobre a existência e funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

Essas informações foram comparadas com as coletadas através do questionário respondido pelos familiares a respeito do funcionamento de uma Unidade Sanitária que tenha oferecido atendimento em Saúde Mental próximo de sua casa.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados, fez-se um levantamento das informações referentes ao motivo da reinternação que constaram no prontuário e um cruzamento destas com as informações oriundas das respostas dos familiares ao questionário.

Após, foram estabelecidas articulações entre estes dados e os referenciais teóricos deste estudo, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

3 COMPREENDENDO OS MOTIVOS DA REINTERNAÇÃO

3.1 A PARTIR DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

Nesse momento, será realizada uma descrição dos motivos que levaram os pacientes, objeto deste estudo, à reinternação, segundo informação dos prontuários e familiares.

No prontuário número um do pacientes residente em Viamão, a reinternação ocorreu devido a delírios do paciente. No questionário da entrevista isso se confirma, aparecendo também conduta inadequada do pacientes, do tipo “sair e caminhar pela rua”.

No prontuário número dois, do paciente residente em Nova Hartz, a reinternação ocorreu devido a uma Ordem Judicial e rejeição da comunidade local e no questionário da entrevista isso se confirma, acrescentado de conduta inadequada, em que o familiar acredita que a internação irá melhorar a relação do paciente com as pessoas.

Ao ser verificado o prontuário número três, de outro paciente residente em Viamão, foi mencionado conduta inadequada (não come, não dorme), não aceitação da medicação, agressividade e delírios. Já no questionário o motivo da reinternação foi a suspensão das drogas por fanatismo religioso, causando problemas no convívio familiar.

No prontuário número quatro, do paciente residente em Porto Alegre, os motivos são: agressividade, uso de drogas e a não aceitação da medicação. Já no questionário da entrevista, apenas o uso de drogas não é citado.

No prontuário cinco, a reinternação do paciente também residente em Porto Alegre, foi voluntária e os motivos são: risco de suicídio intenso, não consegue dormir e agressividade. Já a mãe relata que está muito cansada para cuidar do paciente e confirma o risco de suicídio, acrescentando que na clínica onde o paciente reside, o mesmo não recebia as medicações corretamente e por isso o paciente também começou a apresentar convulsões.

Verificando o prontuário número seis, do paciente residente em Alvorada, os motivos da reinternação foram: agressividade, uso de bebida alcoólica e não uso da medicação. Já no questionário da entrevista se confirma a agressividade e se acrescenta o aparecimento de convulsões.

No último prontuário, o número sete, de outro paciente residente em Viamão, a reinternação foi devido à agressividade e não uso da medicação, confirmando-se no questionário da entrevista os dois itens.

Em relação à segunda pergunta do questionário da entrevista os achados foram os seguintes: das 7 familiares entrevistados, cinco responderam que o paciente continuou o tratamento em uma unidade sanitária sendo que destes, um referiu dificuldade para conseguir consulta e outro vai ao posto consultar apenas para pegar a medicação. Somente dois pacientes não continuaram o tratamento, um por se recusar e outro porque fazia acompanhamento através de convênio.

Foi confirmada na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a existência de unidade sanitária com atendimento em Saúde Mental nas cidades onde residem os respectivos pacientes.

Somente os pacientes residentes em Porto Alegre indicaram o endereço das Unidades Sanitárias com atendimento em Saúde Mental (Anexo D): Unidade de Saúde da Galeria Malcom.

Através da análise dos dados do presente estudo observamos que a internação não está sendo efetiva quanto à orientação ao tratamento pós alta. Embora a maioria faça acompanhamento ambulatorial, em um dado momento há um co-fator que impede a adesão ao tratamento.

Nota-se que a região metropolitana de Porto Alegre não corresponde à demanda exigida, fazendo com que Porto Alegre absorva esta demanda.

Embora tenha sido inexpressiva a rejeição da comunidade para com o paciente, consideramos importante citá-la.

E por fim, a família em diversas situações não sabe manejar seu doente, recorrendo em primeira instância à instituição psiquiátrica. A partir das observações acima, reafirmamos a importância de uma rede de serviços que preste cuidado integral ao doente mental que acompanhe e não apenas lhe preste cuidados em sua fase aguda, exclusivamente em hospital psiquiátrico, mas através de serviços que subsidiem a promoção em saúde mental e o tratamento o mais próximo possível de sua comunidade. Que sejam desenvolvidos programas de orientação a familiares de como cuidar o seu doente, que a equipe conheça o meio em que

essa família vive para que corresponda aos reais interesses da comunidade. Para que tudo isso se concretize é preciso um processo de conscientização da sociedade em geral.

Em “A História da Loucura”, Foucault (1978) demonstra que nem a doença mental nem a psiquiatria existiram desde sempre, mas que são objeto e saber datados historicamente.

Seguindo a linha de raciocínio de Foucault, desejamos deixar esta mensagem para reflexão de uma possível mudança social neste contexto.

3.2 À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para compreendermos em maior profundidade a realidade concreta que encontramos, é preciso confrontá-la com os princípios e diretrizes que norteiam a política atual de Saúde Mental, com base na lei de Reforma Psiquiátrica.

No momento atual, vivencia-se uma mudança do saber e prática psiquiátrica. Muitos projetos inovadores surgem nesse contexto para reconstruir um saber que até então centrava-se no saber médico e construído no interior da instituição, ou seja, de um hospital psiquiátrico.

Hoje não se pensa apenas em humanizar o cuidado e a instituição. Tenta-se ir além e, assim, construir novas práticas de assistência que realmente produzam resultados à nível de Saúde Mental. Tenta-se desconstruir essa ideologia hospitalocêntrica, especialmente a manicomial que anula o indivíduo, desrespeitando seus direitos básicos de cidadania, tolhendo sua liberdade, desenvolvendo nele hábitos grotescos e antisociais próprios de um indivíduo institucionalizado. Em troca, oferece-lhe tão somente tratamento centrado na prática médica, ou seja, do diagnóstico e tratamento dos sintomas causados pela condição de doente mental.

Para Basaglia a institucionalização é: “O complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, ..., determinam nele uma progressiva perda de interesse, através de um processo de vazio emocional” (Amarante, 1996, p. 89).

Reforma Psiquiátrica

Houve uma grande conquista a partir do projeto de Lei Federal de Paulo Delgado (1989), em vários estados do Brasil. No Rio Grande do Sul, a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, notamos que se ampliam o debate público em torno do assunto loucura, na época muito difundido pela imprensa. Na atualidade, há movimentos oriundos do movimento dos trabalhadores em Saúde Mental que assumem um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico e incorporam seu discurso a noção de desinstitucionalização e a luta pela cidadania, esta última como uma luta geral.

No Brasil, é defendida a desinstitucionalização como desconstrução, que significa, segundo Leonardis (1987), “um percurso complexo de desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica”, e por ser um processo, ao mesmo tempo prático e teórico, induz transformações no campo do saber e das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o movimento pela Reforma Psiquiátrica expressa um crescimento teórico e político, o qual ultrapassa a busca de soluções exclusivamente técnicas e administrativas, como já foi citado ao longo do trabalho, para chegar a soluções envolvendo os campos político, cultural e social.

Entende-se, também, que não basta a aprovação de uma lei para que haja uma mudança verdadeira, embora considera-se um marco histórico, um grande avanço da Saúde Pública. Propiciando um modelo de atenção em Saúde Mental que vise ao doente como um ser holístico, merecedor de um atendimento integral, proporcionando a prevenção, a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde mental, objetivando dessa maneira uma maior permanência na comunidade.

Também, é preciso uma mudança de conceitos sobre a loucura, uma mudança de paradigmas construídos ao longo da história sobre a doença mental, pois é o coletivo que constrói novas formas de agir e pensar.

Nessa perspectiva, há de se reportar à crítica sobre o saber médico e medicalização da loucura, mas é de suma importância entendermos que de nada adianta uma mudança de

conceitos, da prática e do saber médico, a ampliação de serviços extra-hospitalares e redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos se nada for feito no que se refere às condições sociais de vida geradoras de sofrimento psíquico.

As mudanças sociais esperadas para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica não poderão ocorrer, enquanto a população não puder conquistar uma melhor qualidade de vida e possuir recursos suficientes para atender suas necessidades básicas. Como manter na família e no grupo social um indivíduo doente e “improdutivo” se os que estão com saúde e estão “produzindo” mal conseguem sobreviver? São estes problemas sociais geralmente os maiores responsáveis para que a família pressione a Instituição a acolher o seu paciente, mesmo quando a intensidade dos sintomas talvez não o exija.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BEZERRA JR., Amarante. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Brasil-América (EBAL), 1992.
- BOTEGA, Neury José (org.). *Serviços de Saúde no Hospital Geral*. Campinas: Papyrus, 1995.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. Lei de Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que padecem de sofrimento psíquico. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 1562, p. 15-17, 10 ago. 1992.
- ROCHA, Rurh Myluis, BATMANN, Mecilda, KRITZ, Sônia. *Enfermagem em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Senac, 1996.
- SILVA, M. C. P., STEFANELLI, M. C. *Revista Paulista de Enfermagem*, n. 1, v. 10, p. 21-28, 1991.
- TSU, Tânia. *A Internação Psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.
- WETZEL, Christine. *Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS*. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), São Paulo, 1995.

ANEXOS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

ANEXO 01: Lei Estadual no. 9.716/1992

"LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA PROTEÇÃO AOS QUE PADECEM DE
SOFRIMENTO PSÍQUICO"

Da Reforma Psiquiátrica

Art. 1o. - Com fundamento em transtorno em saúde mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5o. Inc LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2o. - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variada dos serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3o. - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos e privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.

Parágrafo 1o. - É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais.

Parágrafo 2o. - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

Art. 4o. - Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo 1o. - Estas unidades psiquiátricas deverão contar com área e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no "caput" não poderão ultrapassar de 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos, por unidade operacional.

Parágrafo 2o. - Para fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art 5o. - Quando da construção de hospitais gerais nos Estados, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6o. - Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido em Lei, nos termos do Art. 199 da Constituição Federal.

Art. 7o. - A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da Lei Federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes a competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observando o caráter articulado e integrado do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo 1o. - Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, o estabelecido nesta Lei.

Parágrafo 2o. - As Secretarias Estadual e Municipais de Saúde disporão de um ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem respectivamente, aos Conselhos Estadual e Municipais de saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Art. 8o. - Os recursos assistenciais previstos no Art 2o. desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sendo competência dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9o. - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único - As Prefeituras Municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de Conselhos Comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS

Art. 10 - A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

Parágrafo 1o. - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a proceder, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

Parágrafo 2o. - A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins da formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 11 - O Ministério Público realizará vistorias



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

Art. 11 - O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art 12 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 - A Secretaria Estadual da Saúde, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários à sua regulamentação.

Art. 14 - Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 15 - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 16 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

QUESTIONÁRIO

1 – Qual foi o motivo da internação?

2 – O paciente continuou o tratamento em uma Unidade Sanitária?

Sim Indique a Unidade Sanitária (Posto): _____

Não Por quê? _____

Assinatura: _____

Data:

TERMO DE CONSENTIMENTO

Este estudo tem por objetivo realizar um estudo de caso sobre reinternação psiquiátrica, através da revisão bibliográfica, das políticas de Saúde Mental, análise do prontuário, entrevista com familiares de pacientes e comparações de realidade com as diretrizes estabelecidas pela lei de Reforma Psiquiátrica.

Eu fui informado e esclarecido a respeito do objetivo deste estudo e concordo em participar livremente dele. Fui esclarecido a respeito da opção de interromper a minha participação no estudo a qualquer momento, assim como me foi garantido sigilo em relação a meus dados de identificação. Concordo com a publicação dos resultados obtidos desde que seja mantido o anonimato dos que dele participaram.

Nome e assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ___/___/___