

O ESTADO DE S. PAULO

GERAL

SAÚDE MENTAL

Lei dos manicômios nasce em meio a críticas

Pronta para ir à sanção presidencial, legislação prevê fim dos hospitais psiquiátricos

LUCIANA MIRANDA

A lei que pretende acabar com manicômios, aprovada semana passada pela Câmara e aguardando sanção presidencial, preocupa especialistas e portadores de distúrbios mentais. Os psiquiatras alertam para a necessidade de as mudanças serem graduais. Para entidades representativas de pacientes, a lei é insuficiente e incapaz de humanizar o atendimento.

O relator do projeto na Câmara, deputado Paulo Delgado (PT-MG), definiu o texto como um "modelo de transição cauteloso", que não oferece risco de desospitalização imediata. Segundo ele, o doente permanecerá em casa ou em abrigos e o tratamento será ambulatorial.

"Essa lei é uma piada, pois não estipula sanções para quem a descumprir", afirma Luiz Barros, fundador do Projeto Fênix Associação Nacional Pró-Saúde Mental. Com 48 anos, Barros é portador de distúrbios mentais desde os 24, já passou por dez internações e viu de perto os problemas do atendimento psiquiátrico. "A lei não garante nada ao paciente e desconsidera questões importantes de direitos humanos."

Para Barros, o mais importante entre esses direitos é o consentimento livre e informado do paciente. Isso significa que ele deve decidir se fará o tratamento oferecido, depois de estar ciente dos prós e contras. "Isso é frequentemente desrespeitado, dando espaço para abusos", denuncia. O direito está previsto em declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre assistência à saúde mental.

Também está prevista no documento da ONU a existência de comissões revisoras para os casos de internação contra a vontade do paciente. Barros explica que, enquanto a ONU determina que as comissões sejam independentes e imparciais, uma resolução do Conselho Federal de Medicina prevê que sejam formadas por médicos do próprio hospital. "É como colocar a raposa para tomar conta do galinheiro", diz. "Na Inglaterra, por exemplo, as comissões têm até membros da comunidade."

Inspiração – A lei de extinção dos manicômios inspira-se no modelo italiano, que não

deu certo. A Itália fechou seus manicômios, mas não criou condições de moradia e acompanhamento ambulatorial para os pacientes. "Perderam o controle de muitas pessoas que foram parar nas ruas", diz Valentin Gentil Filho, professor titular de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). "O risco de ocorrer o mesmo aqui no Brasil é grande."

Outro problema apontado pelo psiquiatra é a falta de investimento em hospitais psiquiátricos de qualidade. Enquanto os manicômios são usados como asilos onde as famílias abandonam seus doentes, os hospitais são instituições de saúde para internações de no máximo 30 dias, durante crises agudas.

Prevenção – Omissa sobre investimentos em hospitais psiquiátricos, a lei deixa a decisão a cargo de cada Estado. O problema é que seis Estados – Rio Grande do Sul, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná, Minas e Ceará – e o Distrito Federal já fizeram sua lei proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos. Para ele, o tratamento psiquiátrico tem de oferecer uma rede complexa de serviços de saúde, incluindo leitos em hospitais psiquiátricos e ambulatoriais, além

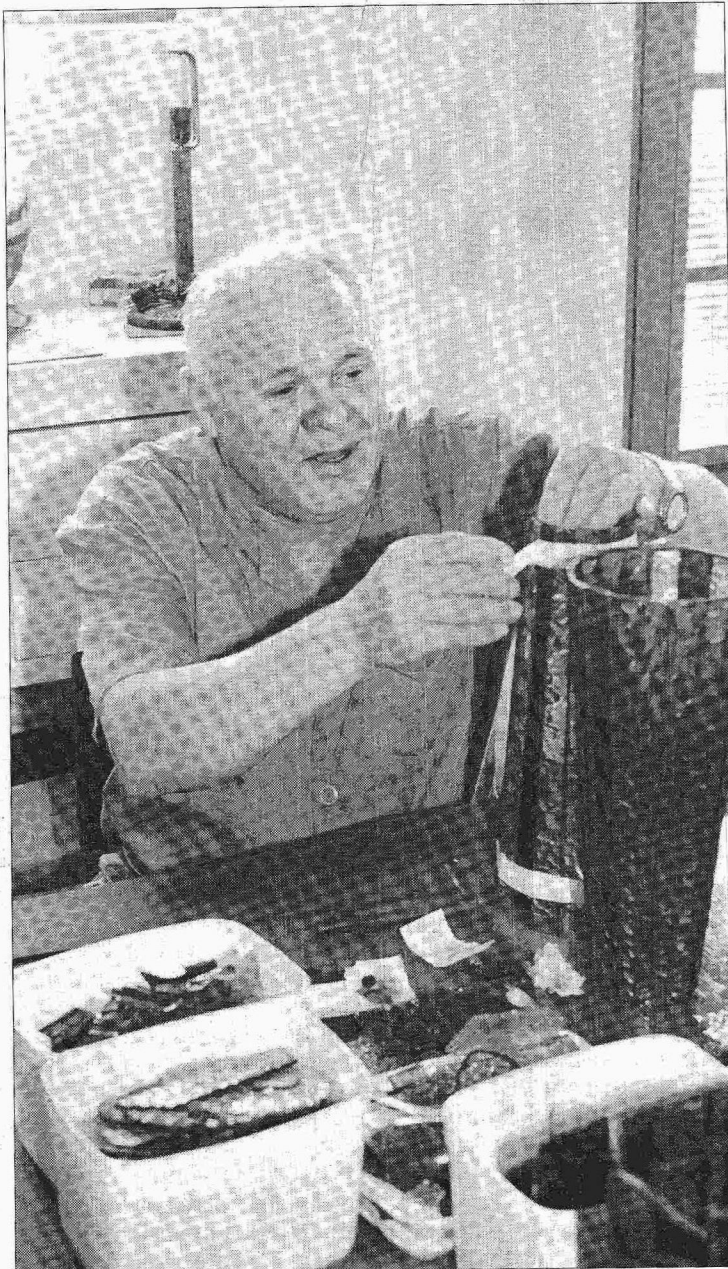
do fim de procedimentos desumanos – como prevê a lei.

As críticas à nova lei não significam, no entanto, a aprovação do atual modelo. Valentin Filho defende,

entre outras coisas, maior investimento em prevenção – o que é viável por causa dos avanços da moderna psiquiatria. Existem remédios capazes de reverter sintomas de esquizofrenia, por exemplo. Esses medicamentos deveriam estar disponíveis na rede pública de saúde, opina o professor.

Além disso, diversas instituições estão realizando experiências bem-sucedidas de mudança do modelo de internação e atendimento. O Hospital Psiquiátrico Pinel, na capital, está investindo em um trabalho de reintegração dos pacientes na sociedade. Na prática, isso significa permitir que alguns pacientes circulem no hospital, que alguns morem sozinhos, em casas dentro da área da entidade e que façam passeios.

No Instituto Cândido Ferreira, em Campinas, que investiu no atendimento extra-hospitalar, o trabalho é mais avançado: alguns moram em casas perto da entidade. Os resultados da experiência têm sido animadores, agradando a médicos e aos próprios ex-internos.



Queiroz trabalha com vitrais: renda, ajuda em casa e auto-estima

Marie Hippenmeyer/AE



No Programa Convívio, Pinel tenta estimular ressocialização

PONTOS PRINCIPAIS

■ O Estado deve desenvolver uma política de saúde mental, dar assistência e promover ações para os portadores de transtornos psíquicos. Ela deve contar com a participação da família e da sociedade. O atendimento deve ser feito em entidades ou instituições que prestem esse tipo de tratamento.

■ Qualquer modalidade de internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Mesmo assim, o tratamento deve ter a finalidade de promover a reinserção social do paciente. Além disso, a internação deve oferecer assistência integral ao por-

tador de transtornos psíquicos (serviços médicos, assistência social e atendimento psicológico ocupacional, entre outros).

■ A internação psiquiátrica involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas. A alta também deve ser informada. O término da internação involuntária deve ocorrer por solicitação escrita de familiar, responsável legal ou especialista a cargo do tratamento.

■ Não é permitida a realização de pesquisas científicas sem consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal.