

**Unidade
Psiquiátrica
no Hospital
Geral
do HSPE de
São Paulo**



Nossas atividades no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) de São Paulo podem ser enquadradas no que se chama Unidade Psiquiátrica (UP) no Hospital Geral (HG). Desde 1964, quando foi criado o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, eram estas as diretrizes: encarar os distúrbios mentais do ponto de vista médico, e portanto estudar e tratar as pessoas que sofrem tais alterações em instituições médicas, com conceitos e recursos elaborados pela medicina e disciplinas adjuvantes; praticar a psiquiatria ao lado dos outros ramos da medicina; sem omitir as características específicas da psiquiatria e a associando a outras especialidades médicas dentro do hospital geral.

Achamos importante mencionar esses princípios que situam nossa visão da psiquiatria. Falando de hospital geral, é claro que incluímos também o ambulatório, para todas as especialidades que abriga. O serviço psiquiátrico, como os outros, não significa apenas enfermaria, ou “internação”, nem justifica o qualificativo “hospitalocentrismo”, usado de maneira tendenciosa.

Sempre nos orientamos para um atendimento primordialmente ambulatorial, reservando a internação somente para as fases ou formas de manifestação da doença que a tornavam indispensável. Parte integrante da psiquiatria são patologias que nunca necessitariam de internação, nem para estudos, nem para tratamento. Mas mesmo o diagnóstico de grandes alterações “psicóticas” funcionais ou orgânicas não exige sempre, ou automaticamente, internação. Desde o início das atividades no HSPE, a internação limitava-se a uma entre dez pessoas tratadas no ambulatório, e constituía uma fase na evolução da terapia. Outras instituições informavam, nos anos 70, percentagens menores de internações em relação ao tratamento ambulatorial – até 1 internado para 15-17 tratados no ambulatório. Tais dados eram para nós um objetivo a alcançar, mas não podemos afirmar que o conseguimos. O serviço tinha também vagas para hospital-dia (HD), funcionando entre 8 e 16 horas, ao lado dos 40 leitos para internação de 24 horas diárias.

•••

O atendimento ambulatorial não é realizado em função do diagnóstico. Não exclui, por exemplo, esquizofrenia, PMD, toxicomanias. O critério de escolha entre ambulatório e enfermaria é o estado do paciente e sua aderência ao

**CAROL SONENREICH,
GIORDANO ESTEVÃO
e LUIS DE MORAES
ALTENFELDER SILVA
FILHO** fazem parte
do Serviço de Psiquiatria
e Psicologia Médica do
Hospital do Servidor
Público Estadual “F.M.O.”
– São Paulo – SP.

tratamento, a possibilidade de ser tratado na residência, as condições de vida. O HD implica a vinda diária ou somente alguns dias por semana. Para tanto tem de ser levado em consideração, também, o fato de o paciente poder vir sozinho ou acompanhado.

A eficácia do tratamento no HD era debatida em vários estados, e ainda é. Há autores que a consideram igual à internação completa (Sledge, 1996); outros a constatarem em apenas 55% (Creel, 1990) ou 39% (Kluiter, 1992) dos casos. Tais números demonstram a dificuldade de eliminar as divergências da avaliação apenas quantitativamente. Nos inícios da nossa atividade, entre maio e dezembro de 1966, tratamos no HD 140 pacientes: 38% permanecendo entre 1-5 dias; 20% entre 10 e 30 dias; 4 mais de 30 dias. A média de internação foi de 33 dias, e a duração máxima de 140 dias. Foram transferidos 6,4% para outras clínicas do HSPE e 26% para hospitais psiquiátricos conveniados.

Não temos dados para comparar, por unidades nosológicas, os efeitos obtidos no HD e na internação completa. Mas a observação e o seguimento dos casos justificam a prática do HD.

Pesquisas confiáveis mostraram que em certos casos, especialmente nas famílias caracterizadas pela “alta expressão emocional”, a permanência no lar, depois da internação, não é desprovida de desvantagens. As recaídas e as reinternações são às vezes proporcionais ao número de horas vividas na família: mais de 35 horas por semana passadas no lar apareceram como fator condicionante de recaída (Vaughan et al., 1984; Wig et al., 1987). Atendimento dado à família influencia favoravelmente as proporções desse aspecto de risco. Os dados estatísticos demonstram que o HD pode ser preferível ao atendimento domiciliar, ambulatorial. O impacto da presença do ex-internado sobre a saúde dos membros da família, especialmente crianças, não é estudado suficientemente, talvez por causa das dificuldades que tal pesquisa comporta. Mesmo sem números, o contato com o paciente e os circunstâncias determina, em certos casos, a opção para HD, sem impor

o recurso à internação completa.

Ambulatório, enfermaria, hospital-dia, oficina abrigada de trabalho são elementos das atividades da Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral. Trabalhamos nesta base desde 1965. Não foi possível, como imaginávamos e desejávamos nos anos 60, dispensar totalmente as internações em instituições psiquiátricas, portanto os convênios entre HSPE e tais instituições. O número de leitos da nossa enfermaria não satisfaz as necessidades da população atendida.

O atendimento dos pacientes com distúrbios psíquicos é realizado por uma equipe composta de médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, atendentes, assistentes sociais (os últimos pertencendo ao Serviço Social do HSPE). Recorremos à colaboração de médicos de outras especialidades no quadro de interconsultas, como também aos laboratórios de análises, de imagem, aos serviços auxiliares da instituição.

Os membros da equipe do serviço não têm atividades “inespecíficas”, não fazemos todos um pouco da mesma coisa. O objetivo é o tratamento do mesmo doente, não separamos pelo diagnóstico pacientes “psiquiátricos” de “psicológicos”. A psicoterapia é praticada tanto pelos médicos quanto pelos psicólogos, em função mais dos conhecimentos, habilidades e interesses pessoais do que pelo currículo da faculdade.

A existência da equipe de trabalho, a responsabilidade pessoal de cada um dos seus ativistas, não significa de modo algum a intenção de desmedicalizar os conceitos e as práticas do tratamento psiquiátrico.

Nos 35 anos de atividade tivemos várias vezes dificuldades, desentendimentos entre os membros da equipe. Nunca provocados por posições ou interesses entre as “especialidades”; sempre de caráter pessoal. Nem tivemos que recorrer a arbitragens externas, ou a psicoterapias, como outras instituições relatam.

A atividade da UP no HG enfrenta dificuldades, principalmente devido a preconceitos ou pouca compreensão por parte dos outros especialistas que trabalham no mes-

mo hospital. Inicialmente o nosso serviço tinha sido instalado num prédio separado, no qual tínhamos como vizinhos somente a clínica do câncer e anatomia-patológica. Para obter lugar no corpo principal do hospital, em 1985, foi necessário aceitar um espaço muito menor, e enfrentar a rejeição da parte de certos colegas. Houve até um abaixo-assinado das mães contra o projeto de situar a psiquiatria ao lado da pediatria.

Atualmente nossos leitos são frequentemente ocupados por pacientes que, do ponto de vista psiquiátrico, não precisariam de internação, mas que ficam esperando uma vaga na cirurgia ou outras clínicas. A duração das internações psiquiátricas é maior do que em outros serviços, o que, às vezes, pode criar leves problemas administrativos. Os pacientes psiquiátricos não ficam acamados o tempo todo, e no HG falta espaço para movimentação, exercícios, passeios, dos quais os hospitais psiquiátricos especializados em geral dispõem.

São inconvenientes compensados pelas vantagens que encontramos na atividade no HG, ao lado das outras clínicas médicas e cirúrgicas. Em primeiro lugar, permitindo caracterizar mais a psiquiatria como ramo da medicina, de onde decorre nossa maneira de conceber, estudar e tratar o doente mental.

O trabalho terapêutico realiza-se em conjunto com atividades de pesquisa clínica, de ensino, de divulgação. Desde 1971 o serviço recebe residentes e estagiários de psiquiatria, aprimorandos e estagiários de psicologia e terapia ocupacional. Organizamos programas de pós-graduação (mestrado e doutorado), aprovados em 1988 pelo Conselho Federal da Educação, mas que ainda não conseguiram classificação para financiamento oficial.

As atividades de ensino e estudos clínicos são intimamente associadas com as terapêuticas. Pela sua própria natureza, não chegam a criar o distanciamento entre prática e pesquisa, às vezes identificado nas atividades psiquiátricas atuais (Buston et al. 1998; Andreasen, 1998).

Várias vezes apresentamos e comentamos nossas atividades (*Boletim Científico*

HSPE, 1965; *Estudos sobre a Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral*, Iamspe, 1967; *Psicoterapia Grupal*, Iamspe, 1966). Com certeza a difusão dessas publicações foi precária, já que um grande número de trabalhos brasileiros sobre o tema ignora nossas atividades. Nem os artigos tratando o assunto na revista *Temas*, que publicamos desde 1971, são conhecidos pelos colegas que dedicaram sua atenção ao funcionamento do HD, das UP em HG no Brasil. No número 52 de *Temas* publicamos mais um artigo expondo nossas atividades, no contexto nacional (Sonnenreich e Estevão, 1996).

Apareceram na literatura publicações sobre atividades de HD, de UP em HG, no Rio de Janeiro, Porto Alegre, Ribeirão Preto e Campinas, com informações sobre outros centros no Brasil e até Niamey, Samoa Ocidental, Zaire. Os autores respectivos não mencionam nossas atividades. Deduzimos que não fizemos um esforço suficiente para informar, ou participar de uma troca de experiências que poderia ser interessante.

FONTES QUE SUGEREM NOSSA PRÁTICA

Ao lado das observações clínicas e do estudo do saber psiquiátrico, certos elementos marcaram nosso pensamento ao escolher a atividade da UP no HG. Qualificamos esta opção como uma posição doutrinária, cujas fontes nos parece necessário indicar.

O hospital psiquiátrico foi criado para estudar e tratar as doenças mentais, desde que estas se tornaram tema médico específico, e a psiquiatria se constituiu como ramo, disciplina específica dentro da medicina, assumindo um nome próprio e passando a ser matéria de ensino de uma cátedra universitária.

As alterações físicas e mentais foram, faz muito tempo, encaradas de um ponto de vista “médico”.

Os neo-sumerianos, no fim do terceiro milênio a.C., tinham uma farmacopéia. Na

Babilônia de Hamurábi, no século XVIII a.C., existia uma escola médica orientada por uma deusa. Os livros *Vedas* (1500 a.C.) associavam doenças com deuses, demônios, pecados, mas usavam ervas curativas (Sendrail, 1980).

A lei mosaica (Misna, 500 a.C. e 200 d.C.) considera o perturbado mental irresponsável, se provocar lesões corporais no outro. O matrimônio entre dois perturbados não era permitido. Mas, como todas as doenças, era Deus quem as provocava ou curava.

A medicina hipocrática estudava as alterações mentais ao lado das físicas, sem uma separação definida. Mente e corpo são entidades isoladas no pensamento grego, mas achamos difícil verificar tal distinção na medicina clássica. Vejamos um só exemplo de aforismo hipocrático: “As moléstias da primavera são: mania, melancolia e distúrbios epilépticos, sangramento, amigdalite, coriza, rouquidão, tosse, lepra, dermatites e erupções cutâneas que, em geral, resultam em ulcerações, nódulos e moléstias artríticas” (*Aforismos*, Seção III, 20).

Talvez nem a mitologia seja tão categoricamente dualista, não separando tanto o divino do humano, o material do espiritual, quanto se fez depois do sucesso do pensamento de Descartes. Os “hospitais” clássicos, em Epidauro e outros locais, usavam remédios, higiene, procedimentos psicológicos, para tratar pacientes com distúrbios orgânicos e mentais, do fígado e da melancolia, por exemplo. Hipócrates, o “pai da medicina”, recomendava preces e sacrifícios para agradar aos deuses.

Ao longo da história, os médicos, conforme o mandato social que lhes era atribuído, sempre tiveram seu ponto de vista sobre as alterações mentais encaradas como doenças. É comum falar da “idade das trevas”, durante a qual a religião, as crenças teriam tomado conta dos distúrbios de conduta e relacionamento, e imposto silêncio, neste campo, à visão médica. Achamos errado e parcial este modo de ver. Durante a Idade Média, ao lado das condenações religiosas, demonológicas, das condutas não-aceitas, encontramos interpretações “naturais”, pro-

postas médicas para as mesmas situações. Também em plena Idade Média, nos séculos X-XII, são citados casos de irresponsabilidade por causa de doença mental, assim como na Antigüidade com os romanos, nos códigos de Teodósio (408-450) e de Justiniano (523-565).

As idéias e propostas de Rhazes (860-930), Avicena (980-1037), Averoes (1126-1198), Maimoniades (1135-1204) eram conhecidas na Europa inteira.

Hildegarde de Bingen, a mística no século XI, via a melancolia como possessão demoníaca, mas recomendava a terapia galênica, conforme a tradição grego-latina. As posturas científicas e místicas se misturavam, como, mais tarde, nas Américas, onde médicos-feiticeiros tratavam as doenças físicas e mentais com plantas e rituais. Até na Justiça da Idade Média aparecem crimes inimputáveis por causa de doença.

Depois da Renascença, quando o misticismo e a ignorância da Idade Média tinham cedido o lugar ao pensamento racional, científico, as “bruxas” continuavam sendo processadas e executadas. Entre 1576 e 1600, o juiz Nicolas Rémy, de Nancy, condenou entre duas mil e três mil bruxas. Jean Wier contava, no século XVI, 7.409.127 diabos. Vallesius (1587) achava possível que doenças de todo tipo, inclusive melancolias e epilepsias, pudessem ser provocadas por causas naturais, sem a participação de demônio algum. Em 1587, Perrine Sauceron, presa como bruxa, era devolvida ao marido com a recomendação de ser tratada por médicos. Um licantropo condenado à morte em 1598 era enviado ao Hospital Saint Geramin des Près para um tratamento que lhe permitiria reconhecer novamente Deus.

A loucura, no século XVII, passava progressivamente a ser vista como doença de causas naturais, para a qual os tratamentos médico e religioso se juntavam, incluindo hidroterapia, banhos, infusões, sangrias, helebora (Quetel e Morel, 1979).

A Idade Média talvez não tenha deixado muitas informações com respeito ao tratamento dos distúrbios mentais, mas o que

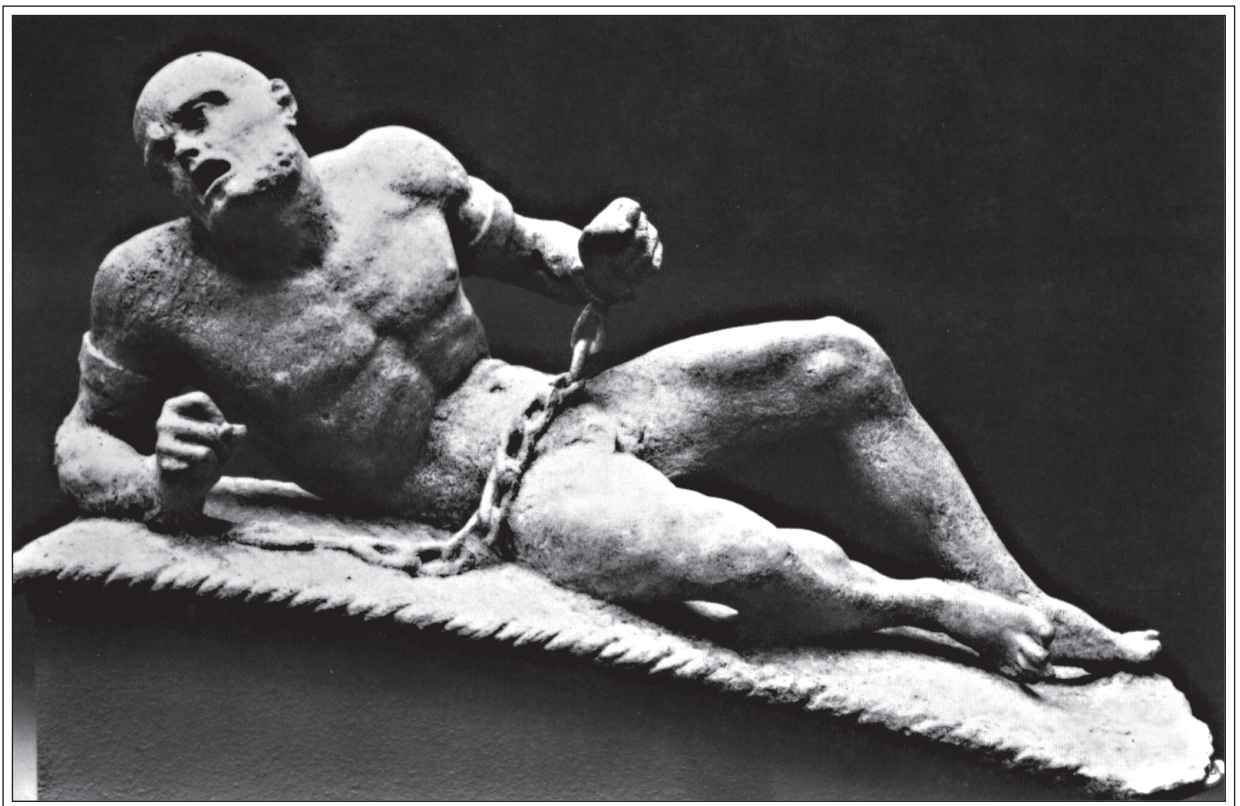
podemos saber não mostra um hiato entre a Antigüidade e a época pós-Renascença.

É curioso ver que autores notáveis ainda repetem o chavão “idade das trevas”, e insistem numa cronologia rigorosa das “épocas” de pensamento médico. Não é razoável falar de um escurecimento total do pensamento científico durante a Idade Média, nem de uma separação cronológica rigorosa de períodos históricos de visão religiosa ou médica, dos distúrbios mentais (Sonnenreich e Friedrich, 1993). Fazer tal separação, com base em informações parciais, incompletas, talvez tenha levado certos autores a negar a existência biológica da doença mental. A psiquiatria serviria à intenção da burguesia de “calar a boca” de pessoas que se rebelavam contra as “autoridades”. As vozes daqueles que diziam “verdades” precisavam ser reduzidas ao silêncio, e para isso servia o rótulo de doente mental e o isolamento dos rebeldes em manicômios. (Como se o regime burguês não tivesse prisões, cadeias, cadafalsos para quem o incomodasse!)

Em nome desse tipo de interpretações “históricas”, alunos de Foucault (1977) chegaram a lamentar que Pierre Rivière fosse considerado doente mental por psiquiatras que pretendiam lhe negar o direito à palavra, expressão da revolta camponesa. A pena de morte teria sido preferida, por tais autores, ao perverso jogo psiquiátrico, que tentava (aliás, sem êxito) transformar o protesto de Rivière em expressão da loucura (Sonnenreich e Bassit, 1979).

Na mesma linha podemos situar as posições tomadas contra Pinel, também acusado de querer inventar a “loucura”, para desvalorizar a palavra de profetas que contestavam os padrões burgueses de pensamento. A liberação dos doentes seria uma mera lenda para tais autores. Mas, lenda ou não, o ato que simboliza a manifestação da visão psiquiátrica foi contado de um modo que evidencia a oposição entre o médico Pinel e o político Couthoun, representante do governo revolucionário, em 1783. Deniker e Olié (1998) relatam o encontro no Bicêtre, inspirados em R. Sémelaigne

*Obra de Caius
Gabriel Cibber
retratando
a loucura*



(1888) e Scipion Pinel (1836). Couthon receia que “perigosos inimigos do regime” estejam escondidos entre os internados. Para tirá-los dos cadeados, como o médico Pinel e o chefe dos vigilantes Poussin propõem, seria necessária uma vistoria por parte das autoridades, cujo representante adverte: “Cidadão, você ficou louco mesmo, para querer liberar tais animais?”. Pinel responde: “Cidadão, tenho a convicção de que estes alienados parecem intratáveis porque estão privados de ar e de liberdade”. Conclui então Couthon: “Faça o que quiser, mas receio que você é vítima da sua presunção!”.

Com certeza, pelo menos uma parte das interpretações falsas da história da psiquiatria é aceita por aqueles que se apresentam como salvadores das pessoas que os psiquiatras querem enquadrar, privar da palavra e isolar do mundo. Dizer que a sociedade burguesa se socorreu na psiquiatria para resolver um grande problema, ou seja, o que fazer dos indivíduos cujo comportamento era incompatível com a ordem proposta, mas não passível de tratá-los como criminosos, nos parece ingênuo, ou francamente de má-fé.

Para argumentar a favor do fechamento dos hospitais psiquiátricos existentes e da proibição da abertura de novos, também são feitas certas afirmações falsas. Uma delas: o hospital psiquiátrico (chamado de asilo, manicômio) nunca teve objetivos terapêuticos, sempre foi lugar de contenção dos perturbadores da ordem.

A internação em hospitais não alcança sempre objetivos terapêuticos. Mas nem por isso sua utilização é pura e simples vontade de isolar e silenciar os doentes psíquicos. No século XV, por exemplo, o hospício de Baune era criado para receber os mais “desprovidos” da cidade. Uma obra beneficente, criada por doadores, e que existe ainda hoje, aliás muito próspera economicamente. Podemos imaginar que os “alienados” faziam parte dos assistidos, não por serem obrigatoriamente incômodos, mas por não terem recursos próprios para se manter em vida. Dizer que no fim da Idade Média (1453-61) o hospício de Caen recebia não

somente os loucos, mas também os perigosos, não seria uma visão contemporânea da situação. Por que os perigosos não eram detidos de outra maneira?

Desde que existem hospitais psiquiátricos, em Valladolid, Sevilha, Toledo, Granada (nos séculos XV e XVI), eles proclamam suas intenções terapêuticas (Conde Lopez, 1994; Guzman, 1994).

Em Londres, no século XV, o hospital Bedlam queria oferecer exatamente tratamento. No século XVIII eram aceitos para hospitalização somente os casos considerados curáveis. Depois de uma permanência de doze meses, os não-curados não eram mais mantidos na instituição (Allderidge, 1985).

Pinel queria asilos para tratar doentes “freqüentemente curáveis”. Griesinger (1845) associava tratamento físico e moral.

Na França, desde 1807, Salpêtrière e Bicêtre recebiam doentes mentais e indigentes. Podemos pensar que não era a doença que interessava, mas uma conduta que tornava necessário cuidados, controle, assistência. Porém desde 1844, os “incuráveis” eram transferidos para “asilos”, situados a menos de vinte quilômetros de Paris (como o de Auxerre). Assim, o poder assume a assistência aos loucos, antes colocados nas prisões. Não significa isso uma intenção terapêutica?

Gheel, na Bélgica, tem, há mais de mil anos, uma colônia para insanos, tentando a passagem do asilo para comunidade. A internação procurava melhora pela intervenção divina. Na metade do século XIX, instalou-se o tratamento médico, associando ao trabalho liberdade máxima. Grob (1994) considera que a criação de asilos no começo do século XIX baseia-se na idéia de que as doenças mentais precocemente identificadas e tratadas eram curáveis (p. 103). A terapia seguia a tradição galênica, com sangria para equilibrar os humores. A “loucura” era atribuída a elementos sobrenaturais, religiosos, astrológicos, científicos, médicos, entre os quais não existiam fronteiras nítidas.

Da mesma maneira, no século XVII, a melancolia podia ser atribuída a influên-

cias diabólicas, hereditárias, educativas, experiências de vida, solidão, e tratada com remédios (R. Braton, 1621 apud Grob).

Kirkbride (1854) condenava separar os asilos baratos de custódia dos hospitais curativos, uma vez que acreditava que nunca podemos saber se um caso é incurável e condená-lo ao desespero.

É verdade que os “tratamentos” podiam ser brutais, absurdos, ineficazes, mas isso não os diferenciava dos recursos gerais da medicina dos tempos respectivos. As recomendações de condutas “sem contenção”, de humanização, de atividades sociais, evidentemente eram ligadas a intenções terapêuticas, segundo o modo pelo qual se entendiam doença e tratamento na época.

Tudo isso não impede os ativistas da “luta antimanicomial” de repetir que a internação nunca teve objetivos terapêuticos. Inspiram-se, aliás, numa asserção mais geral: não somente o “manicômio”, mas nenhuma atividade psiquiátrica pretende curar. Segundo Cooper (1970), após a escola e a prisão, o terceiro meio de defesa da família contra a autonomia individual é a psiquiatria, esta vasta ação policial. Ele não poupa a psicanálise, outro derivado da ideologia burguesa. Manoni (1970) reafirma que o médico nada pode fazer com o louco, a não ser jogá-lo fora da sociedade (p. 121), e que o médico inventou instituições alienantes (p. 9). Althusser (1970) ainda vai mais longe: “Como dispositivo público, obedecendo às ordens do Ministério da Saúde, a psiquiatria faz parte do aparelho repressivo, como o exército, a polícia, a administração penitenciária. Funciona pela violência, com enfermeiros musculosos, camisas de força [...] Até a política de setor consagra a evolução da psiquiatria para os aparelhos ideológicos do Estado”.

O movimento antimanicomial não discrimina hospitais bons dos maus. Por definição, declara a internação ruim. Não somente porque, tradicionalmente, o asilo não tem objetivos terapêuticos, mas também porque a internação é prejudicial, demencia, deteriora. Os cuidados centrados na internação visam somente a segurança da

sociedade, não trazem cura e aumentam o sofrimento, diz, em 1999, um político. Se ele não procura provar, basta dizer: “Nós sabemos”. De onde sabem? Com certeza, não tiraram essa conclusão de estudos realizados. Se em 1970 Wing concluía que, quanto mais prolongada a internação, maior a deterioração do paciente, em 1979 o mesmo autor retificava: o institucionalismo não causa esquizofrenia; pelo contrário, ela é uma reação secundária às pressões sociais, que são por sua vez reativas. Outras formas de atendimento são necessárias, mas a internação em si não pode ser condenada. As más condições de tratamento prejudicam. Uma vez melhoradas, os estragos podem ser corrigidos.

O tratamento ambulatorial não pode impedir a cronificação de certos casos. A percentagem de cronificação é muito próxima entre os pacientes hospitalizados e os tratados no ambulatório. A internação prolongada tem poucos efeitos sobre o déficit dos esquizofrênicos crônicos. A desospitalização pode ter diminuído as percentagens de casos com boa evolução. Nos abrigos protegidos, os esquizofrênicos são pelo menos tão deteriorados quanto os hospitalizados. Esquizofrênicos com pelo menos cinco anos de internação, com fenômenos considerados residuais, irreversíveis, foram submetidos a tratamento biológico, psicológico e ocupacional. Registraram-se 68,75% de melhoras.

Outros casos de esquizofrenia e depressão resistentes deterioraram-se com ou sem hospitalização. Nas “famílias de intensa expressão emocional” as recaídas podem ser diminuídas, reduzindo o convívio entre pacientes e familiares a menos de 35 horas semanais.

Achamos que é leviano e tendencioso dizer: “Sabemos que a hospitalização não cura, prejudica”. Os efeitos positivos ou negativos da internação com certeza podem ser associados com a qualidade do tratamento aplicado. Por isso achamos que é o modo de conceber, de organizar e de utilizar a internação que deve ser estudado, levado ao nível desejado de eficiência. A necessidade do hospital em si nos parece ainda indiscu-



Gravura
medieval

tível para pesquisa e tratamento.

Mais um argumento para exigir a proibição da existência dos hospitais psiquiátricos: as verbas deveriam servir para a criação de formas alternativas de atendimento. A mesma levandade com a qual formulam-se outras acusações aparece nesse caso. Obviamente, recursos materiais são necessários para a “rede” de serviços comunitários. Mas não devem ser retirados

da hospitalização, que por sua vez é precária e insuficientemente dotada. Teria sentido propor retirar-se fundos da educação ou do combate das doenças infecciosas para passá-los ao combate da doença mental? Ainda mais que, na Itália, a Lei Basaglia, o grande modelo dos lutadores antimanicomiais, teve seu fracasso atribuído ao fato de que as verbas diminuíram, sem benefício para o atendimento na comunidade

(Franca O. Basaglia, 1988).

Apesar de afirmações tendenciosas segundo as quais “o início da humanização” se deu na Itália, em 1978, podemos notar que a lei com respeito a “Common Health Services” foi promulgada nos EUA, em 1954. E nos anos 60, em Wisconsin, essa forma de atendimento era praticada e avaliada como apta a tratar as pessoas com distúrbios mentais, mas com custos muito mais elevados do que os consumidos pelo atendimento “hospitalocêntrico”.

Os governos, e também os contribuintes, mostram-se altamente interessados pelos gastos. Se, no Canadá, o atendimento comunitário e a redução do número de leitos se faziam em nome de uma ideologia, atualmente se fazem por inequívoca intenção governamental de reduzir seus gastos, sem sensibilidade pelos interesses da população (Bernard-Thomson e Leichner, 1997).

Os inimigos do “manicômio” ou “asilo” ou “hospital psiquiátrico” citam êxitos obtidos, nesse sentido, em outros países. O exemplo predileto é a lei italiana que teria trazido o “início da humanização”. A situação na Itália nos anos 90 não é vista por todos com tanto entusiasmo. Os defensores confessam as falhas da reforma, mas acusam os governos de não terem feito os investimentos necessários. O fechamento de hospitais, em várias regiões, imposto pela lei, em fins de 1996, era considerado impossível, e o governo central estudava aplicação de multas para as respectivas regiões. Na época os jornais publicavam artigos alarmantes: “Manicomi: Dopo la Chiusura, il Buio” (*Avvenire*, 5/10/1996). Ainda havia dezenas de milhares de cidadãos nos “manicômios” e sem alternativa. O jornal pergunta: “*L'eutanasia per i malati?*”. Sob o título “Basaglia, una Legge Schizofrenica” (10/10/1996), é debatido o drama dos doentes e suas famílias com as providências da dita lei.

Já em 1988, a Associação de Defesa dos Doentes Psíquicos Graves lançava manifestos para uma “verdadeira reforma psiquiátrica”, contra a lei de 13 de maio de 1978, considerada um engano, expressão de demagogia, e imprevisão.

O jornal *República* (22/9/1981) afirmava que, pela lei 180, o maior prejuízo foi para a classe operária. E *La Stampa* (22/11/1983) divulgava “rumores estranhos de mortes inexplicadas e suicídios absurdos”, entre os “desospitalizados”.

Em 1991, o ministro da Saúde italiano achava que a lei, vista como remédio, foi pior do que a doença, e precisava ser corrigida, incluindo-se a criação de serviços com leitos para crônicos (in *Rafagas Hospitalarias*, Madrid, 1991, 189, 34, pp. 27-9).

As realizações de Basaglia em Gorizia e Trieste foram relatadas por estrangeiros que vieram seguir os ensinamentos do mestre (Metgé, 1977; Lovestone, 1986) e que não conseguiram esconder seu desapontamento. Condições encontradas em certos pavilhões de Gorizia (por Metgé), onde não se falava de doentes, mas de “hóspedes”, nunca teriam sido toleradas no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HSPE, em São Paulo, em 1977.

A reforma psiquiátrica sustentada pelos “antimanicomialistas” ativistas políticos propõe a “terapia comunitária”, que foi adotada somente nos países do clube dos mais ricos do mundo. Tanto na Itália, como na Inglaterra, foi implantada por governos de centro-direita. Na Inglaterra, depois da chegada ao poder do governo trabalhista, fala-se dos prejuízos e insuficiências da lei adotada sob o governo conservador, e se estudam mudanças indispensáveis para um atendimento adequado, incluindo o tratamento obrigatório dos pacientes com sérios distúrbios. A alocação prevista é de três bilhões de libras por ano para a saúde mental (*Times, Independent Daily Telegraph*, em 30 de julho de 1998). O secretário de Saúde do governo britânico propõe mudar até o termo “assistência comunitária” para “espectro assistencial”, que implica “moratória” no fechamento dos leitos hospitalares (*The Times*, 2/2/1999).

Na Noruega, anos após a implementação da redução dos leitos psiquiátricos, ainda existem crônicos internados. Os demais pacientes não hospitalizados apresentam nível baixo de funcionamento; pior do que

se esperava, considerando-se os sintomas. A maioria vive em instituições. Os de fora apresentam melhoras insignificantes de sintomas e funcionamento (Martinsen, 1998).

Na França, fala-se da eficiência das Equipes de Intervenção Rápida (Eric), mas se constata que evitar totalmente as internações psiquiátricas é um logro, um engano (Pochard, 1999).

Devemos observar que na China as redes e funcionamento de serviços para o atendimento das doenças mentais estão em desenvolvimento, incluindo o aumento do número de hospitais psiquiátricos e leitos para internação (Zang et al., 1997). Os pacientes que freqüentavam a comunidade periodicamente, a cada mês, por cinco dias, tiveram evolução melhor do que os outros (Wang, 1990).

Em Cuba, fala-se do aumento dos leitos psiquiátricos. O Hospital Psiquiátrico de Havana não somente não é ameaçado com a interdição, mas permanece como centro de atividades, publica revista psiquiátrica, organizou o Congresso Internacional de Psiquiatria de 1998, constituindo centro de tratamento, pesquisa, ensino e perícia jurídica.

Aqueles que, de boa-fé, proclamam a necessidade da proibição e abolição dos hospitais psiquiátricos, são enganados ou por palavras vazias ou por interesses de corporações, que esperam tirar proveito do jogo feito com os doentes mentais e as comunidades às quais pertencem. Não há argumentos clínicos, epidemiológicos, váli-

dos que apoiem tal idéia. E não há como não observar que são aqueles mais desfavorecidos econômica e socialmente os que seriam prejudicados por uma lei que, não só não pode defendê-los, como não cria os recursos necessários, nem faz distinção entre as boas e as más instituições.

A orientação que procuramos dar à nossa prática profissional é inspirada pelo saber psiquiátrico, seu desenvolvimento científico e humanista. As atividades desempenhadas no HSPE de São Paulo constituem base para verificação das nossas hipóteses, para esforços de corrigir o que não funciona, para procura de novos conceitos quando os usuais são insatisfatórios.

A rede composta de ambulatório, HD, HN, enfermaria, oficina abrigada e hospitais especializados conveniados corresponde às nossas tarefas. Corrigir suas falhas e limitações é nosso objetivo. Precisamos, em todas essas modalidades, melhorar a qualidade do trabalho da equipe e aumentar o número de participantes dessa, em função das necessidades da população atendida.

Desenvolver o atendimento domiciliar é um projeto desejável. Elaborar melhores conceitos psiquiátricos, melhores formas de atendimento, trocar experiências com as outras instituições psiquiátricas e transmitir conhecimentos sobre experiências adquiridas são tarefas da nossa Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral do HSPE de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

- ALLDERIDGE, P. "Bedlan: Fact or Fantasy", in W. F. Bynum, R. Porter e M. Shepherd. *The Anatomy of Madness*. London. Tavistock, 1985, pp. 17-33.
- ALTHUSSER, L. "Ideologie et Appareils Ideologiques de l'Etat", in *La Pensée*, 151, 1970, pp. 3-38.
- ANDREASEN, N. C. "The Crisis in Clinical Research", in *Amer J Psychiatry*, 155, 1998, p. 455.
- BASAGLIA, F. O. "Assistenza Psiquiatrica: Proposta de Integrazione della Legge 833", in *Prospettive Sociali e Sanitari*, 15, 1998, pp. 1-4.
- BERNARD-THOMSON, K. e LEICHER, P. "L'Avenir des Hopitaux Psiquiatriques en Ontario", in *Santé Mentale au Quebec*, 22, 1997, pp. 53-70.

- BUSTON, K.; PARRY-JONES, N.; LIVINGSTON, M.; BOGAN, A. e WOOD, S. "Qualitative Research", in *Brit. J. Psychiatry*, 172, 1998, pp. 197-9.
- CONDE LÓPEZ, V.; FERNANDES, J. A. M.; CANTALAPIEDRA, M. J. G. e PLAZA NIETO, J. F. "La Casa de Orates de Valladolid (1489)", in *Informaciones Psiquiatr.*, 135-6, 1994, pp. 29-33.
- COOPER, D. *Psychiatrie et Anti-psychiatrie*. Paris, Seuil, 1970.
- CREED, F.; BLACK, D. e ANTHONY, P. "Randomized Controlled Trial of Day Patients Versus Inpatient Psychiatric Treatment", in *Brit. Med. J.*, 300, 1990, pp. 1.033-7.
- FOUCAULT, M. (coord). *Eu, Pierre Rivère que Degolei Minha Mãe, Minha Irmã e Meu Irmão*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.
- GROB, N. G. *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*. Free Press, New York, 1994.
- GUZMAN, M. T. G. e HENERO, J. L. G. "Contribución de las Instituciones Hospitalarias de la Orden de San Juan de Dios", in *Informaciones Psiquiatr.*, Barcelona, 135-6, 1994, pp. 35-41.
- HIPPOCRATES. *Aphorismos*. São Paulo, Ibebe, 1998, p. 97.
- KIRKBRIDE, Th. S. *On the Construction, Organization and General Arrangement of Hospital for Insanes*. Philadelphia, 1854, p. 59.
- KLUITER, H.; GIEL, R. e NIENHUIS, E. J. "Predicting Feasibility of Day Treatment for Unselected Patients Psychiatric Treatment", in *Amer. J. Psychiatry*, 149, 1992, pp. 1.119-205.
- LOVESTONE, S. "The Trieste Experience", in *The Lancet*, Nov. 1, 1986, pp. 1.025-8.
- MANONI, M. *Le Psychiatrie, son "Fou" et la Psychanalyse*. Paris, Seuil, 1970,
- MARTINSEN, E. W.; RUND, T.; BORGE, L. et al. "The Fate of Chronic Inpatients after Closure of Psychiatric Nursing Homes in Norway", in *Acta Psychiatrica Scand*, 98(5), 1998, pp. 360-5.
- METGÉ, J. L. *Psiquiatria Democrática. L'Experience Italienne*. Cemea, Paris, 1980.
- POCHARD, F.; ROBIN, M.; DEVYNEK, C. et al. "Alternative à l'Hospitalisation et Intervention de Crise", in *Ann. Méd. Psychol.*, 157, 1, 1999, pp. 20-6.
- QUETEL, Ch. e MOREL, P. *Les Fous et Leurs Médecins de la Renaissance au XX^e Siècle*. Paris, Hachette, 1979.
- SENDRAIL, M. *Histoire Culturelle de la Maladie*. Toulouse, Privat, 1980.
- SLEDGE, H. S.; TEBES, J. et al. "Day Hospital", in *Amer. J. Psychiatry*, 153, 1996, pp. 1.065-73.
- SONENREICH, C. e BASSITT, W. *O Conceito de Psicopatologia*. São Paulo, Manole, 1979.
- SONENREICH, C. e ESTEVÃO, G. "Psiquiatria no Hospital Geral: Atividades no Hospital do Servidor Público Estadual 'Francisco Morato de Oliveira'", in *Temas*, 52, 1996, pp. 189-208.
- SONENREICH, C. e FRIEDRICH, S. "Sobre a História da Psiquiatria", in *Temas*, 46, 1993, pp. 217-7.
- SONENREICH, C. e SILVA FILHO, L. M. A. "Desospitalização", in *J. Bras. Psiq.*, 44(4), 1995, pp. 159-62.
- VAUGHN, C. E.; SNYDER, K. S.; JONES, S. et al. "Family Factors in Schizophrenic Relapse", in *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1984, pp. 1.169-77.
- WANG, S. C. "A Pilot Study of Social Rehabilitation Training of Chronic Patients", in *Shangai Archives of Psychiatry*, 2, 1990, pp. 130-2.
- WIG, N. N.; MENON, D. K.; BEDE, H. et al. "Expressed Emotion and Schizophrenia in North India", in *Brit. J. Psychiatry*, 151, 1987, pp. 156-60.
- WING, J. K. "The Functions of Asylum", in *Br. J. Psychiatry*, 157, 1990, pp. 822-7.
- ZANG, M.; JI, J. e XAN, H. "New Perspectives in Mental Health Services in Shangai", *Amer. J. Psychiatry*, 154 (Supplement), 1997.