

LABORATÓRIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM GERÊNCIA EM SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Lucas Leitão Peixoto

REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
A visão da loucura como experiência humana

Rio de Janeiro

2011

Lucas Leitão Peixoto

REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
A visão da loucura como experiência humana

*Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo  
Cruz (EPSJV/Fiocruz) como requisito  
parcial para aprovação no Curso Técnico  
de Nível Médio em Gerência em Saúde.*

*Orientadora: Nina Isabel Soalheiro dos  
Santos Prata*

Rio de Janeiro

2011

Lucas Leitão Peixoto

REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
A visão da loucura como experiência humana

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo  
Cruz (EPSJV/Fiocruz) como requisito  
parcial para aprovação no Curso Técnico de  
Nível Médio em Gerência em Saúde.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Danielle Ribeiro De Moraes  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

---

Carlos Mauricio Guimarães Barreto  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

*Dedico este trabalho  
aos meus pais, Carlos e Ana Lúcia;  
aos meus irmãos, Pedro e Daniel  
e ao meu tio, Jorge Luan.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de ter estudado na EPSJV, pois foi uma escola que me ajudou a ter uma visão mais crítica sobre o mundo, me direcionando para ser uma pessoa mais sensibilizada com o social.

Agradeço a meus pais e aos meus irmãos, por sempre me apoiarem na minha formação acadêmica, e acima de tudo na minha formação como cidadão e por eles sempre acreditarem no meu potencial.

Agradeço aos meus professores, e em especial a professora de português Isaura, que me deu aula na Escola Municipal Maria Baptistina D. T. Lott, pois ela sempre acreditou no meu potencial, e sempre procurava me mostrar o quanto eu era capaz e determinado para conseguir realizar meus objetivos. E sempre que me vejo perto de conquistar um objetivo lembro dela e da confiança que ela depositava em mim.

Agradeço a minha orientadora de ter aceitado o convite para me orientar, pois eu estava desmotivado em realizar este estudo, e já tinha mudado de tema duas vezes. Depois de um fracasso na apresentação do projeto de um outro tema da monografia, eu me encontrava sem um orientador e acreditava que não seria capaz de concluir o ensino médio este ano. Mas ela me passou muita tranquilidade, deu muita atenção e sempre se mostrou disposta em me ajudar, o que foi fundamental para a minha conclusão deste estudo.

Agradeço a Raquel Barreto do LABORAT por ter tido a paciência e tranquilidade em me ajudar a revisar toda a minha monografia e por se mostra sempre disposta nessa tarefa.

*“For everything you have need,  
You have gained something else,  
And for everything you gain,  
you loose something else”.*  
*(Ralf Waldo Emerson)*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>11</b>
II.1- AS ORIGENS E AS EXPERIENCIAS INTERNACIONAIS.....	11
II.2- REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	17
<b>II- DEFININDO A</b>	
<b>ESQUIZOFRENIA.....</b>	<b>21</b>
<b>III- ENFRENTANDO MITOS E ESTIGMAS SOCIAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA.....</b>	<b>31</b>

## **INTRODUÇÃO:**

Nesse estudo será abordado um tema bastante sério e complexo, pelo qual me interessei, a partir de algumas questões, as quais pretendo desenvolver a seguir. O tema a ser abordado é a questão da loucura perante a sociedade, tomando como referência a visão médica e o ponto de vista daquele que vive a experiência do adoecimento, refletindo sobre as diferenças entre elas e os desafios que esse tema traz para a sociedade. A monografia está dividida em três capítulos, os quais apresento em seguida.

O primeiro capítulo aborda a interpretação da loucura em vários períodos da história, como a sociedade passa a vê-la como doença e o que faz para entendê-la e administrá-la. Procuramos estudar o tema para entender melhor as soluções que vem sendo apresentadas para lidar com este sofrimento que acomete não só os portadores de transtornos mentais, mas também todos que estão a sua volta.

Neste capítulo também será abordada a questão dos asilos como tratamento moral, mostrando posicionamentos diferentes acerca do tema. Vamos mostrar, através de referências a experiências internacionais, que o uso do asilo como tratamento moral passa a perder a força, pois tais experiências provam que o asilo ao invés de tratar ou curar o paciente, acabam acentuando sua doença, tornando muitas vezes seu quadro irreversível. Pretendemos mostrar a importância da influência destas experiências para o Brasil, que irá passar também por um processo de Reforma psiquiátrica.

O segundo capítulo, situa a esquizofrenia como o principal diagnóstico associado à loucura, mostrando que, de certa forma, a esquizofrenia representa um estereótipo da loucura. Neste capítulo tentamos situar a visão médica, mostrando os tipos de classificações, quais são os sintomas para diagnosticá-la, segundo os códigos médicos para a classificação dos transtornos mentais.

E por ultimo, no terceiro capitulo, pretendemos abordar os mitos que cercam a esquizofrenia e o estigma social que eles podem gerar nos pacientes que são diagnosticados como esquizofrênicos. Abordamos a necessidade de ter um tratamento para a esquizofrenia. Procuramos mostrar a necessidade de um tratamento integral, digno e humano, a importância dos relatos de pessoas que viveram experiências de superação dos transtornos e sofrimentos mentais e como podem ajudar na recuperação de outras pessoas.

## **OBJETIVOS:**

### Objetivo Geral:

- Abordar o tema da loucura, em especial o da esquizofrenia, no contexto da reforma psiquiátrica, enfatizando a visão médica e o ponto de vista daquele que vive a experiência de adoecimento, refletindo sobre as diferenças entre elas e os desafios que essa questão traz para a sociedade.

### Objetivos específicos:

- Situar as diferentes visões sobre a loucura durante os períodos históricos e suas maneiras de lidar com a loucura enfatizando o contexto atual da chamada reforma psiquiátrica.
- Descrever as classificações da esquizofrenia, segundo os sintomas e prognósticos, utilizando como base o código internacional de doenças (CID-10).
- Mostrar a importância dos relatos da história pessoal e superação do processo de adoecimento, para o tratamento dos pacientes diagnosticados como esquizofrênicos.

## **CAPÍTULO I: Historia da Reforma Psiquiátrica**

### **I.1- As origens e as experiências internacionais**

Ao tratarmos sobre o tema Reforma psiquiátrica, fazemos uma associação direta com a idéia de loucura. A definição de loucura que encontramos no dicionário Aurélio é “o estado ou condição de louco; insanidade mental”. (Ferreira, 2008)

Porém, nem sempre a loucura foi relacionada à insanidade mental ou doença, como por exemplo na Grécia Antiga, quando acreditava-se que a loucura era a manifestação dos Deuses sobre os seres humanos, logo ela era valorizada, reconhecida e exaltada. Podemos falar também do contexto da loucura na Idade Média, no qual ela era vista como a manifestação da natureza sobre os homens, uma vez que este período histórico ficou marcado por grandes epidemias como a lepra e a peste negra. (Alves et al, 2009)

Os autores nos mostram que com a ascensão do Racionalismo - corrente filosófica que se utiliza da razão como fonte de conhecimento – as visões sobre a loucura como a da Grécia Antiga e da idade Média foram desconstruídas e a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças divinas e da natureza e passa a ser incluída no âmbito da razão.

Os loucos agora seriam todos aqueles que fossem despossuídos de razão, que transgrediam ou ignoravam a moral racional. Por não possuírem razão, não seriam capazes de se responsabilizar por seus atos, logo passam a oferecer perigo para a sociedade. Não tendo o controle de suas ações, podem cometer algum ato ilícito contra outros indivíduos, sem ter a consciência da gravidade de sua ação.

A partir do momento em que o louco se apresenta como ameaça à sociedade, ele passa a ser marginalizado, e fica sujeito ao controle social. Conseqüentemente é separado

do restante da população - dos não loucos - sendo submetidos a uma política de encarceramento.

Assim os loucos são vistos como aqueles que oferecem riscos morais e físicos à sociedade, por desprovimento da razão. Também são considerados incapazes de contribuir para o desenvolvimento econômico, seja produzindo, comercializando ou consumindo. O que justifica não só o afastamento e encarceramento dos loucos, mas também de todos aqueles que fossem incapazes de contribuir para a movimentação do capital. O processo de exclusão social dos indivíduos que não contribuíam para a movimentação do capital se deu no período do Mercantilismo.(ALVES, 2009)

Com o passar dos anos, o surgimento dos ideais franceses de “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”, faz com que os “excluídos”, agora chamados “alienados”, sejam vistos de uma nova forma pela sociedade. Segundo Amarante (1995), “ao asilo alienista era devotada à tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade”. (pág.491)

O autor nos mostra que, no contexto da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, o alienismo veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania. O asilo tornou-se então o espaço da “cura da Razão” e da Liberdade, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito.

Dessa forma, a repercussão que teve a Revolução Francesa para a nova ordem mundial fez com que estes princípios alienistas fossem adotados na maior parte do mundo ocidental. O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da Razão, delirantes, alucinados. Amarante nos mostra como o asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonervação e mortificação das subjetividades.

Foi assim que, no século XVIII, Pinel – considerado o fundador da psiquiatria - passou a classificar a loucura como uma doença, e passa a construir um modelo de tratamento para os loucos. Considerando a loucura como uma doença, precisa ser pensado um método de cura. Um problema que perturba não só os loucos, mas também a sociedade, que o impossibilita de viver nas cidades, sendo impedido de realizar qualquer tarefa que um indivíduo “normal” realiza. (Alves at all, 2009)

Pinel faz a separação dos loucos dos demais “excluídos”, que eram todos àqueles que não contribuíam para a economia, como os aleijados, os idosos, as crianças abandonadas, os mendigos, os portadores de doenças venéreas. Pinel passa a estudar os loucos e seus comportamentos, a fim de criar métodos de cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde se aplica a reclusão e disciplina, sendo constituído o tratamento moral.

Os loucos, por não possuírem razão, não podem ser submetidos a qualquer tipo de julgamento e punição, pois não tem consciência de seus atos. Mas isso também justificaria a sua periculosidade e incapacidade. Tais conceitos que eram adotados para os loucos, passavam a considerá-los como um risco constante à sociedade. Esses riscos contra a integridade ou moral da sociedade acabam por implicar num estigma social e na exclusão dos loucos da sociedade, como se não fizessem parte dela.

Nos asilos, depois denominados hospitais psiquiátricos, os loucos recebiam um tratamento desumano, eram submetidos a praticas hospitalares que prejudicavam a sua integridade física e moral. Também eram submetidos a punições e castigos físicos, que visavam corrigi-los moralmente, por isso mais tarde esses hospitais são comparados aos campos de concentração.

Segundo Alves at all (2009), Pinel liberta os loucos dos hospitais, porém não os liberta do hospício, pois continua a utilizar a prática do asilo, no qual o louco continua sendo privado da liberdade para ser tratado, devendo ser tutelado, submetido e

administrado. O louco, por não ter mais contato com o mundo externo e por não participar mais de sua rotina, passa por um processo de desaculturação, que gera dificuldades futuras de uma possível reintegração social. Logo, o isolamento gera medo e insegurança do convívio social, podendo causar danos irreversíveis a sua autonomia e individualidade.

O autor ressalta, que só duzentos anos depois de Pinel, com as Guerras mundiais do século XX, que o saber da psiquiatria passou a ser questionado, sendo associado às experiências nazistas.

A partir desse momento a visão romântica de homem que era sustentada pelo Iluminismo é desconstruída, pois coloca em crise o ideal do sujeito da razão, ao romper com os ideais que sustentavam as relações humanas no século passado. Surgem, em diversos âmbitos do saber, tentativas de construção de uma nova ordem social, política e econômica, procurando mudar a dimensão cultural e o passado que ficaram fragilizados pelas marcas da guerra.

No contexto pós-guerra, as seqüelas físicas e psicológicas dos combatentes levam à necessidade de acolher os veteranos de guerra, e dar-lhes um cuidado especial. Neste contexto histórico surgem técnicas, teorias e movimentos, que tinham como objetivo reintegrar o homem e modificar os métodos que eram adotados nos hospitais psiquiátricos, humanizando os asilos. O modelo asilar foi criticado porque, ao invés de curar os doentes, produziu cronicidade, desviando assim de sua finalidade principal, que era a cura.

Na tentativa de superação dos hospitais psiquiátricos, surge na Inglaterra, no início da década de 50, com Maxwel Jones, o movimento das comunidades terapêuticas. Esse movimento se baseava na democracia das relações, participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade. Tendo ênfase na comunicação e no trabalho, o movimento sustentava que esses métodos seriam a base para a recuperação dos internos. Essas técnicas terapêuticas tinham como objetivo reproduzir o mundo externo e suas relações no ambiente terapêutico, pois o asilo criava um mundo que não era real, logo impossibilitava o tratamento que era proposto. (ALVES, 2009)

Outro movimento de reforma surge nos Estados Unidos, na década de 60, criando uma aproximação entre psiquiatria e saúde pública. Era um movimento que se denominava psiquiatria comunitária, cujo objetivo era a promoção e a prevenção da saúde mental.

De acordo com Torres, a psiquiatria comunitária é uma forma de proporcionar o atendimento especializado a população na área de transtornos psiquiátricos que passa por uma forma de organização da assistência psiquiátrica, que normalmente inclui programas voltados para a promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de transtornos mentais e reabilitação e integração desses pacientes a comunidade.(TORRES, 2001)

Segundo Alves et al (2009), mesmo com as contribuições que foram trazidas por esses movimentos na assistência e promoção da saúde do doente mental, pode-se dizer que não há uma crítica da visão e do tratamento da loucura, tal como era vista pela psiquiatria. Há então, uma reformulação na sua prática, mas que não promovia nenhuma ruptura epistemológica.

Para ele, apenas na década de 60, com Laing e Cooper, um movimento chamado Antipsiquiatria passou a fazer não só uma forte crítica a psiquiatria, mas à própria concepção de doença mental. Tentavam mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. A visão que eles tinham sobre a loucura era que ela se tratava de um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Conseqüentemente, o louco não precisaria de tratamento, apenas necessitaria de acompanhamento em suas vivências.

Defendiam a idéia de que não se devia conter o delírio, procurando-se, como uma possível saída, a modificação da realidade social. As propostas da antipsiquiatria estavam situadas em um ambiente de contracultura libertária e tinham em vista promover críticas as estruturas sociais conservadoras. Entendiam que a sociedade enlouquecia as pessoas, e depois propunha tratá-las.

Para o autor, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento capaz de promover a maior ruptura epistemológica e metodológica com o saber e a prática psiquiátrica. A psiquiatria democrática italiana, sem negar a existência da doença mental propõe uma nova maneira de olhar para o fenômeno. Um olhar que valoriza a complexidade da loucura, mostrando que ela é algo inerente à condição humana, acima do domínio da psiquiatria, que diz respeito ao sujeito, à família, à comunidade e aos demais atores sociais.

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do hospital psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968). Utilizando algumas contribuições do modelo das comunidades terapêuticas, Basaglia torna evidente que o manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto precisa ser combatido, negado, superado. A psiquiatria democrática italiana passa a questionar suas práticas e finalidades em um contexto geral das instituições sociais.

No ano de 1971, em Trieste, Basaglia assume um projeto mais sólido de desinstitucionalização, que apresenta como objetivo a desconstrução do aparato manicomial e toda lógica de segregação nela implícita. Propõe uma negação da Instituição Psiquiátrica, enquanto saber e poder, procurando a substituição dos serviços e tratamentos oferecidos segundo a lógica hospitalocêntrica, e toda a sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem à inserção social do sujeito e o pleno exercício de sua cidadania. Mas, além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes.

Propõe colocar um parêntese na doença e focar toda a atenção ao sujeito, levando em conta sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial. Porém, essa postura não visava negar a existência da doença, e muito menos o sofrimento vivenciado pelo sujeito, mas ela é tirada do primeiro plano, do foco principal. O sujeito, que não se trata apenas de um doente e sim de uma pessoa, não apresenta condições de ser abordado em sua totalidade, se é resumido a um de seus aspectos.

Para Alves, Basaglia pretende levar a sociedade a produzir um novo imaginário social para a loucura, desvinculando-a dos conceitos de periculosidade, preguiça, incapacidade, dentre outros, gerando uma nova forma de relação entre o “louco” e a sociedade.

A psiquiatria democrática italiana teve grande influência em diversos outros países, entre eles o Brasil. Por isso hoje, no Brasil, podemos vivenciar um momento histórico importante, no qual a loucura passa a ser vista de uma maneira diferente, apresentando novas construções. E, sobretudo, tendo como visão a promoção da cidadania e bem estar social daqueles que passam pelo sofrimento psiquiátrico.

## **I.2- Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Segundo De Tilio (2007), o Brasil teve grande influência de outros contextos sócio-culturais (Estados Unidos, Itália, França e Inglaterra) nas propostas de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. As principais conquistas foram a redução dos leitos de internações nos hospitais psiquiátricos, garantir a assistência aos pacientes egressos desses hospitais, criar e sustentar uma rede extra-hospitalar adequada e defender/ promover os direitos humanos dos pacientes e seus familiares.

Em 1978, no Rio de Janeiro, dentro de um contexto de redemocratização do país, surge o Movimento dos Trabalhadores da saúde mental. Esse movimento teve grande importância estratégica no campo da reforma da saúde mental. E, logo de início, passaram a criticar o modelo psiquiátrico clássico e as práticas dessas instituições psiquiátricas. (M.S, 2005)

Para entender melhor a função social da psiquiatria e suas instituições, procura-se entender além do que é meramente o papel médico-terapêutico. O Movimento passa a ter um olhar crítico do campo da saúde mental, que permite a visualização de uma nova possibilidade: a de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.

Segundo De Tilio (2007) , em dezembro de 1987, em Bauru, no Encontro dos trabalhadores em saúde mental, cria-se uma estratégia nova e fundamental. O Movimento busca ampliar-se, procurando sair de sua natureza técnico-científica, para poder se tornar um movimento social que luta pelas transformações do campo da saúde mental. Esse movimento passa a ter como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, criando o Dia Nacional da Luta Antimanicomial , que tem como objetivo envolver a sociedade nessa discussão, com as questões relacionadas à doença mental e a assistência psiquiátrica.

O movimento, desde 1987 até os dias de hoje, procura organizar uma interação social, através de atividades culturais, artísticas e científicas dentro de cada estado e das principais cidades do país, a fim de buscar um maior envolvimento e sensibilidade de atores sociais sobre a questão da doença mental. A partir desse momento, diversos setores da sociedade civil ficaram sensibilizados e envolvidos com o tema, e passaram a incluí-lo nos seus debates e pautas.

No ano de 1989, dois acontecimentos marcaram essa trajetória e se tornaram marcos históricos. O primeiro foi à intervenção da prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, um hospício com mais de 500 internos. Devido ao processo de municipalização da saúde, a intervenção pôde dar início ao fechamento do hospício e substituí-lo por um novo modelo assistencial e a criação de uma rede de serviços.

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), depois nomeados em todo o Brasil como CAPS/Centros de Atenção Psicossocial, funcionavam 24horas, atendiam a todas as situações de crise psiquiátrica e/ou social que tivesse relação com o estado mental do paciente, e ainda contavam com leitos de suporte para situações mais graves. A rede de atenção psicossocial incluía também projetos culturais e artísticos, Lares Abrigados que se destinavam aos ex-internos ou para novos pacientes que não possuíssem quaisquer condições de moradia, e uma cooperativa de trabalho que era aberta e oferecia possibilidades de trabalho à população carente, incluindo aqueles que apresentassem ou não problema especificamente psiquiátrico.

Outro marco histórico, no mesmo ano da experiência de Santos, foi a proposição do projeto de Lei Paulo Delgado que tinha como proposta a extinção progressiva do modelo manicomial, substituindo-o por diferentes modalidades assistenciais e tecnológicas de cuidado. A tramitação da lei produziu um conjunto de fatos e iniciativas, impulsionando o movimento no campo da saúde mental no Brasil, sendo a lei aprovada em 2001 .

É importante destacar que as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério de saúde abriram a possibilidade, que não existia até então, que o Sistema Único de saúde (SUS) pudesse financiar outros tipos de processos de assistência que não fossem simplesmente o leito/dia e consulta ambulatorial. A partir daí houve uma aceleração da redução dos leitos psiquiátricos, com fechamento de hospitais privados que não respondiam às exigências legais, abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e criação de Centros de Atenção Psicossocial em todo o país.

Segundo Tenório (2002), a reforma psiquiátrica brasileira utiliza como princípios orientadores a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, estabelece a garantia de manutenção de assistência aos egressos desses hospitais e cria/sustenta uma rede extra-hospitalar eficaz (NAPS, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social etc.) de acordo com os princípios do SUS, defendendo e promovendo os direitos humanos dos usuários dos serviços.

O autor afirma que a reforma e a legislação que a sustentava tinham em vista aperfeiçoar tanto o aparato técnico (formação dos profissionais em saúde) quanto o gerenciamento de recursos financeiros e humanos que se destinavam a estas instituições, de maneira a racionalizá-las e humanizá-las. E principalmente criar uma rede de apoio eficiente que pudesse servir de alternativa à simples internação/isolamento do paciente, incorporando ao tratamento as famílias e a comunidade.

Segundo De Tilio (2007), no Brasil houve endosso àquilo que se chama de “modo de ação psicossocial”, que, de acordo com a OMS (2001) era um facilitador de oportunidades para que os indivíduos com limitações ou dificuldades de ordem mental pudessem alcançar um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. O que

implica levar também em consideração fatores políticos e biopsicossociais como determinantes do sofrimento mental, além do reposicionamento do indivíduo como agente ativo de mudança pessoal e social.

## **CAPÍTULO II: Esquizofrenia**

Conforme já afirmamos na introdução, este capítulo situa a esquizofrenia como um dos principais diagnósticos associado à loucura, de certa forma representando o paradigma e o estereotipo da loucura. Retomamos aqui as experiências e sintomas atribuídos a eles através da visão da psiquiatria e dos códigos de classificações de doenças.

O termo esquizofrenia foi criado por E. Bleuler (1911) e designado a um grupo de psicoses, que já havia sido estudada por Kraepelin que as reuniu no capítulo de “demência precoce”. São estabelecidas posteriormente três formas distintas, que se tornaram clássicas: a hebefrênica, a catatônica, e a paranóide.

Quando Bleuler introduziu o termo esquizofrenia, ele pretendia por em evidência o que constituía como sintoma fundamental daquelas psicoses: a dissociação. Clinicamente, a esquizofrenia apresenta formas diversificadas que aparentemente se mostram muito dissemelhantes, mas que apresentam habitualmente as seguintes características: a incoerência do pensamento, da ação e da afetividade, o afastamento da realidade com um dobrar-se sobre si mesmo e predominância de uma vida interior entregue às produções fantasmáticas (autismo), uma atividade delirante mais ou menos acentuada e sempre mal sistematizada.

E finalmente, a psiquiatria diz, a respeito do caráter crônico da doença, que ela apresenta evolução de acordo com diversos ritmos. Ressaltam o sentido de uma “deterioração” intelectual e afetiva que resulta muitas vezes em um estado de feição demencial, que representa para a maioria dos psiquiatras um traço primordial, e que sem ele não é possível dar o diagnóstico da esquizofrenia. (Laplanche e Pontalis, 1983)

Segundo, Soares Jorge *at all* (2003) a esquizofrenia é um transtorno mental que pode tanto ser episódico, acontecendo eventualmente, como pode ser contínuo, decorrente

de diversos episódios. A esquizofrenia pode tanto caminhar para causar um comprometimento maior no indivíduo, como ela pode ter uma remissão, onde não há mais apresentação de episódios característicos do transtorno.

Os autores se referem a um caso descrito por Morel, que hoje se enquadraria como um caso de esquizofrenia. Na época Morel se utiliza do termo “demência precoce”, pois o paciente que foi afetado era jovem, mas apresentou um agravamento desse quadro que acabou culminando para a deterioração de suas funções psíquicas. A partir deste momento, surgiu a necessidade de classificar essa doença, sendo que, entre as principais classificações estão a de Kraepelin (1846) e a de Bleuler (1857-1939).

Devido às diferenças existentes entre as diversas classificações, os diagnósticos de esquizofrenia apresentam uma grande variação, o que faz apresentar grandes diferenças nos estudos. Para tentar solucionar este problema são adotados parâmetros para contemplar os critérios dos diagnósticos sobre a esquizofrenia. O autor afirma que a adoção desses parâmetros é importante, pois cria uma linguagem comum que, além de ter grande importância clínica, também seria importante para a área de pesquisa.

Os critérios diagnósticos mais utilizados atualmente são da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) e da Organização Mundial de Saúde (CID-10). São os grandes códigos de classificação das doenças usados no campo. O DSM-IV é um manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais, criado pela associação Americana de Psiquiatria, fornecendo critérios de diagnóstico e de tratamento e ampliando sua influência sobre os profissionais de saúde mental. Não abordaremos aqui as diferenças entre o DSM-IV e o Cid-10 por fugir ao alcance do nosso trabalho. Optamos neste estudo por utilizar como base o CID-10.

De acordo com o CID-10, os transtornos esquizofrênicos são constituídos por alterações de pensamentos e da percepção e por afetos inadequados e diminuídos. As alterações mais importantes causadas pelos transtornos esquizofrênicos são o eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, as idéias delirantes, a percepção

delirante, vozes alucinatórias que comentam e discutem com o paciente. (Soares Jorge *at all*, 2003).

Segundo os autores, o CID-10 organiza o diagnóstico da esquizofrenia com relação aos sintomas e seu tempo de duração e para isso citam uma relação de sintomas organizados de (a) a (i). Para que haja esse diagnóstico, é necessário que haja pelo menos um sintoma claro durante um mês ou dois sintomas não muito claros durante dois meses, dentre as opções (a), (b), (c) e (d). A esquizofrenia também pode ser diagnosticada se o paciente apresentar dois sintomas entre as opções (e), (f), (g) e (h). Vejamos os itens considerados:

- (a) Eco do pensamento, roubo, divulgação, imposição do pensamento.
- (b) Delírio de influência, de controle ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros, percepção delirante.
- (c) Vozes alucinatórias que comentam o comportamento do paciente ou discutem entre elas sobre o paciente.
- (d) Delírios persistentes de outros tipos, tais como identidade religiosa ou política ou capacidades sobre-humanas.
- (e) Alucinações persistentes, quando acompanhadas de delírios superficiais ou parciais, sem claro conteúdo afetivo. Ou por idéias sobrevalorizadas persistentes, ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses de forma contínua.
- (f) Interceptações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, desconexo, com neologismos.
- (g) Comportamento catatônico, com sintomas tais como mutismo, estupor, diminuição da psicomotricidade ou excitação psicomotora.
- (h) Sintomas negativos, tais como embotamento afetivo, apatia, pobreza de discurso, retraimento social. Devemos estar atentos aos efeitos colaterais de alguns antipsicóticos.
- (i) Alteração significativa na qualidade global de aspectos do comportamento, aparecendo como perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, retraimento social. (Soares Jorge *at all*, 2003: Pág. 81)

A esquizofrenia por estar relacionada a fatores psicossociais requer um tratamento que tenha uma terapia compreensiva, continua e singularizada. Contrariando o pensamento de alguns autores, podemos dizer que a esquizofrenia, cada vez mais, apresenta seus quadros com maior possibilidades de ter um prognóstico mais positivo, devido aos avanços no seu tratamento. Os autores (Soares Jorge *at all*, 2003: pág.84) afirmam que existem fatores que podem ser considerados como bom e mau prognóstico descrito no quadro a seguir.

<b>Fatores de bom prognóstico</b>	<b>Fatores de mau prognóstico</b>
Inserção social	Isolamento social (poucos amigos, sem trabalho, pequena rede de relações etc)
Ser casado ou ter uma relação estável com um parceiro	Ser solteiro, viúvo, separado, ou seja, não estabelecer uma relação estável e saudável com um parceiro
Tratamento precoce	Demora no início do tratamento
Ajustamento psicossocial adequado	Ajustamento psicossocial pobre
Bom ambiente familiar	Ambiente familiar desfavorável
Pouco tempo de episódio psicótico	Longo tempo do episódio psicótico anterior à avaliação inicial
Início agudo	Início insidioso

Não se sabe muito explicar as causas da esquizofrenia, mas pode-se afirmar que existem diversos fatores, incluindo os aspectos psicossociais, que influenciam diretamente na evolução e no quadro clínico instalado. É comum ocorrer o aparecimento do transtorno na fase da adolescência ou no início da fase adulta. Em geral, seu começo é de forma insidiosa, o paciente passa a ser mais introvertido, ficando mais isolado, e deixa de realizar suas atividades a fim de evitar ter o contato com outras pessoas. Depois de meses ou anos, o paciente apresentará quadros de alucinações e delírios. Em muitos casos, o início pode ser muito impactante, geralmente tendo associação com um episódio estressante, tendo em vista assim o aparecimento súbito de alucinações e delírios.

Utilizando o CID-10 como base, descrevemos os principais tipos de esquizofrenia. Essa descrição apresentará um caráter didático, pois os sintomas podem estar contidos em vários quadros de esquizofrenia, porém não são exclusivos de nenhum deles de maneira específica. (Soares Jorge *at all*, 2003)

Esquizofrenia paranóide (F20. 0).

Caracteriza-se pela predominância de idéias delirantes, geralmente seguidas de alucinações, especialmente do tipo auditivas.

Esquizofrenia hebefrênica (F20. 1).

Acomete mais comumente os adultos jovens ou adolescentes. Caracteriza-se principalmente por distúrbios no afeto. As importantes alterações na forma do pensamento, como desorganização, discurso incoerente. Maneirismos são frequentes.

Esquizofrenia catatônica (F20. 2).

É caracterizada pela presença maior dos distúrbios da psicomotricidade. São comuns alterações como a hipercinesia, variando até o outro extremo., o estupor.

Esquizofrenia residual (F20. 5).

Evolução para um estágio crônico dos transtornos esquizofrênicos a partir de qualquer um dos quadros clínicos descritos acima. Caracteriza-se pela presença persistente e predominante de sintomas negativos (embotamento afetivo, pobreza da cognição, passividade, abulia, prejuízo dos cuidados pessoais e desempenho social pobre).

Dentre os diagnósticos, a esquizofrenia é o que mais desperta as polemicas e interesse de estudos e pesquisas, seja nos campos social, psicológico, medico e filosófico. O que é importante ressaltar é a postura em relação ao paciente. Deve-se sempre ter uma atitude acolhedora, criando uma maneira em que o paciente se sinta seguro e confiante para busca o tratamento, derrubando os estigmas sociais, mostrando que entendemos o seu sofrimento e que há a disposição de ajudá-lo no que for preciso e possível.

A utilização de medicamentos antipsicóticos para reduzir os sintomas tem um grande papel e poder instrumental no tratamento, mas não como o único. Deve-se ressaltar a importância de utilizar uma atitude calma e afetiva, procurando sempre escutar o paciente, criando um vínculo amistoso e positivo.

### **CAPÍTULO III: Enfrentando mitos e estigmas sociais**

Neste capítulo abordaremos a questão da compreensão do transtorno mental e seu tratamento de forma mais complexa.

Os tratamentos mentais são cercados por mitos e estigmas sociais. Muitas vezes tais fatores fazem com que a pessoa que sofre de algum transtorno mental não procure ajuda para entender e tratar sua “doença”, por medo e por vergonha do que os outros vão pensar. E algumas pessoas, mesmo sabendo que enfrentarão esse estigma social, tentam superá-lo de alguma maneira e procuram ajuda.

Um mito que envolve os transtornos mentais e que médicos e especialistas tentam derrubá-lo, seria o mito de que as pessoas que sofrem de algum transtorno mental não poderiam viver fora do ambiente hospitalar. O importante a ressaltar neste estudo é como as pessoas que sofrem com esses transtornos encontram força, determinação e motivação para lutarem por um tratamento, acima de tudo digno, de suas doenças.

Uma possível e importante motivação para o processo de tratamento do usuário seriam as lembranças daqueles que foram submetidos ao “tratamento” dos manicômios, onde passavam por humilhações, castigos físicos e eram submetidos ao processo dos eletrochoques e forçados a fazerem uso de medicamentos contra a sua vontade. (VASCONCELOS *at all*, 2005)

Uma medida que teria extrema importância seria ouvir o relato de pessoas que fazem o tratamento de seus transtornos, para expor como elas se encontravam antes do tratamento e como vem sendo a sua recuperação. Porém esse processo é bastante complexo, pois para alguém falar de sua vida abertamente, se expor ao público não é algo fácil, ficando sujeito ao julgamento dos outros, ainda mais quando se trata de um transtorno mental que é um assunto delicado que envolve o preconceito, a discriminação e o estigma social.

Esse ato corajoso e nobre é de fundamental importância, não só na recuperação da pessoa que faz o relato, mas também na vida dos que ainda não encontraram coragem e força pra procurar uma ajuda, um tratamento, para as pessoas que acabam de procurar um tratamento, para as que estão em um processo de recuperação, para aquelas que apresentam um processo de recuperação mais avançado.

E até mesmo para a sociedade desconstruir mitos que envolvem esse tema - de que todos seriam loucos, e que “uma vez louco, sempre louco”- é importante refletirmos sobre essa complexidade. E principalmente para os familiares e as pessoas que tem transtorno mental, para que possam o entender melhor e que possam o apoiar em seu tratamento, e ajudá-lo a ter a melhor recuperação possível.

Como mostra Vasconcelos (2005), as narrativas pessoais são uma maneira muito sensível de integrar a experiência de uma pessoa, de expressar essa vivência a partir da perspectiva pessoal, social e política dos usuários e, portanto, representando uma importante ferramenta ao mesmo tempo existencial e política do movimento de usuários. O autor enumera em seguida as características das narrativas que reproduzimos aqui:

- Uma forma de se apropriar das experiências catastróficas de vida, principalmente associadas às fases mais agudas do transtorno, e dar um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo, resultando em “dar de volta a si mesmo algo que tinha sido perdido”;
- Uma forma de aceitar o transtorno mais integralmente, como uma experiência radical e difícil, mas que constitui parte integral da vida humana;
- Uma estratégia que possibilita outros usuários a ter contato entre si e aprender individual e coletivamente, a partir da vivência daqueles que tem mais experiência no processo de recuperação, com um grande potencial de uso nos grupos e dispositivos de cuidado de si, de ajuda e suporte mútuos;
- Uma afirmação da experiência da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade e das narrativas feitas de

fora e de cima pelos profissionais e especialistas, e contra a impessoalidade padronização de sistemas de assistência centrados nas prioridades de eficiência, economia ou até mesmo de segregação e negligência, particularmente no atual contexto de crise das políticas sociais;

- Uma estratégia de mostrar como as representações sociais, culturais e institucionais modelam a experiência de estar doente, denunciando e iluminando os conflitos e as estruturas de poder entre usuários e as culturas institucionais de assistência, desafiando as ideologias dominantes de tratamento/assistência e os padrões aceitos de comportamento neste campo, essencialmente marcados pela polarização entre passividade (por parte dos chamados “pacientes”) e atividade (pelos “profissionais” e “gestores”), bem como apontando direções para mudanças em todo o campo;
- Uma voz autêntica é instrumento de mudança social, cultural e institucional na sociedade civil difusa, principalmente tendo em vista a defesa e conquista de direitos e a luta contra o estigma associado aos transtornos mentais. ( VASCONCELOS et al, 2005; pág.18)

No processo de resgate da memória dos pacientes das instituições psiquiátricas podemos dizer que muitas lembranças são difíceis de serem resgatadas, por serem apagadas pelos traumas e humilhações a que foram submetidos. Devido à existência de pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental e encontraram forças para buscar ajuda no tratamento, cria-se uma necessidade da elaboração de instituições de saúde que saibam lidar com a área da saúde mental.

Já foi constatado que, para a solução desse “problema”, as instituições manicomial não tiveram bons resultados de recuperação dos pacientes. Eram submetidos a regimes humilhantes e desumanos, na maioria das vezes castigos físicos, o que justifica a elaboração de uma nova forma de tratamento na área da saúde mental, que seja de forma humanizada e digna para os que a procuram.

Ao pensar na construção de um sistema de saúde mental, é extremamente importante lembrar também da sua inclusão no sistema público de saúde, uma vez que todos assim poderiam ter acesso ao tratamento. Porém as instituições não devem visar internar o paciente, e deixá-lo impossibilitado de viver em sociedade. Segundo AMARANTE (1995), não se trata de fechar os hospícios para abandonar as pessoas em suas famílias, nem muito menos nas ruas. Também não se trata de fechar os leitos para redução dos custos, seja no sentido do neoliberalismo ou no sentido de enxugamento do Estado.

O que se trata é de uma desinstitucionalização, que não significa que seja apenas desospitalização, mas sim uma desconstrução, a superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, que tinha como centro a visão desta como entidade abstrata. Na desinstitucionalização, deve-se considerar o sujeito em sua existência e a sua relação com suas condições concretas de vida.

Logo, isso significa que não deve apenas administrar o paciente com remédios e psicoterapias, mas fazê-lo construir possibilidades de vida. O tratamento assim deixa de excluir, deixa de ser um espaço de violência e mortificação e passa a possibilitar a criação e formas concretas de sociabilidade e subjetividade. A pessoa que antes não possuía quaisquer direitos e que não era considerado como um cidadão passa a se tornar sujeito, e não simplesmente objeto do saber psiquiátrico.

Para Amarante (1995), a desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; mas sim acima de tudo, é um processo ético, que reconhece uma prática que introduz novos sujeitos de direito, e novos direitos para os sujeitos. E reconhece também o direito das pessoas que se encontram mentalmente enfermas de terem um tratamento efetivo, de receberem um tratamento digno e verdadeiro, uma terapia cidadã.

Como essa questão trata de uma base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não depende apenas do sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou

dos novos serviços, mas irá depender muito da sociedade brasileira, de como ela vai lidar e tratar os diferentes, a minoria e os sujeitos que vivem em desvantagem social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como dissemos, a nossa investigação teve como objetivo abordar o tema da loucura, em especial o da esquizofrenia, no contexto da reforma psiquiátrica, enfatizando a visão médica e o ponto de vista daquele que vive a experiência de adoecimento, refletindo sobre as diferenças entre elas e os desafios que essa questão traz para a sociedade. Dessa forma, o processo de retomar algumas reflexões pode ser esclarecedor para finalizarmos nosso estudo.

No antigo modelo, os pacientes internados nas instituições, não raramente eram assujeitados às ordenações e práticas que visavam de maneira exclusiva demarcar a disparidade de poder entre aqueles que “tratam” e os que são “tratados”. Instituído assim um tipo de violência e exclusão “justificada” pelo saber psiquiátrico sobre os que precisam de atendimento. O interno se sujeita a aceitar de forma passiva sua diferença em relação à normalidade e as práticas que lhe eram impostas visando a cura da sua doença (De Tílio, 2007).

Ainda segundo o autor, mesmo com os novos avanços das terapêuticas no processo de reforma psiquiátrica - principalmente cessar castigos físicos e outras formas de opressão - o ato terapêutico deve ser concebido como ato político de reinserção social dos pacientes. Uma tentativa de resgatar sua dignidade, autonomia, direitos e subjetividade, que vão além das instituições.

Porém, mesmo com avanços assegurados pela promulgação de uma lei no Brasil, essa lei, diferentemente da legislação italiana, não enfrentou totalmente o problema da periculosidade. Os ditos loucos continuam supostamente perigosos, pois, de acordo com os códigos penais e civis, poderia cometer atos contra si próprio ou contra as relações sociais contratuais.

Retomando a questão inicial da pesquisa, dados nos levam a inferir que já existe hoje uma proposta de tratamento digno e humano para a loucura. Tentamos também fazer

uma reflexão sobre o asilo como tratamento moral, e mostrar a importância das narrativas de superação no processo de recuperação dos usuários. Por fim, pensamos ser necessário incluir a sociedade, procurar organizar uma interação social, através de atividades culturais, artísticas e científicas, a fim de buscar um maior envolvimento e sensibilidade de atores sociais sobre a questão da doença mental.

Através da leitura de estudos e autores, pudemos constatar que os manicômios passam a não ser mais a melhor terapêutica, pois são considerados como um lugar de exclusão social. Dessa forma, podemos inferir que o manicômio, por afastar seus internos do mundo externo, afasta-os da sociedade, tornando impossível uma relação entre o louco e o resto da sociedade que seria considerada normal.

O que faz com que haja um desaculturação, dificultando uma possível reintegração do louco a sociedade. A construção de uma nova rede de assistência se baseia no processo contrário dos manicômios, pois tem como objetivo integrar o louco à sociedade e, da mesma forma, fazer com que a sociedade aceite o louco em suas vivências sociais.

O estudo também ressalta a importância das narrativas de superação das pessoas que possuem transtornos mentais, e procura mostrar a importância que essas narrativas têm para o processo de recuperação dessas pessoas, pois assim elas não escondem as dificuldades do tratamento, mostrando também a importância de seguir com o tratamento.

Essas narrativas servem de apoio, como uma força extra para seguir o tratamento, colocando em evidência os resultados positivos que os pacientes que já estão no processo final de tratamento obtiveram. O que pode fazer com que os pacientes que estão em início de tratamento se sintam encorajados para seguir em frente.

Enfim, procuramos demonstrar a evolução e as novas perspectivas para o tratamento das pessoas que sofrem de transtornos mentais, um processo que envolve solidariedade e preocupação com o outro, uma união em prol de um objetivo maior que é a superação do antigo modelo baseado na exclusão e abandono.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira [at all]. Uma breve historia da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, jan./mar.,2009.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, novos Direitos: O debate em Torno da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Jul/set, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** Brasília: MS, 2005.

DE TILIO, Rafael. A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimento mental. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 17(37), 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Coordenação Maria Baird Ferreira, Margarida dos anjos. **O Dicionário da Língua Portuguesa**, Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2001). Relatório sobre a saúde mental no mundo. Retirado em 15 de dezembro de 2011, de [www.who.int/whr/2001/em/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/em/whr01_djmessage_po.pdf)

SOARES, Jorge *at all*. **Texto de apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1) 25-59, jan. -abr. 2002.

TORRES, Rosa. Experiencias da Terapia comunitaria en Chile. Monografia apresentada para o curso de educación continua: Gestión en psiquiatría y salud mental, Santiago do Chile, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo *at all*. **Narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

## **ANEXO I**

### **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

### LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant