

QUEM SE LEMBRA DE DAMIÃO?

Notas sobre violência e sofrimento psíquico*

Zélia Milanez de Lossio e Seiblit¹

O doente mental, fechado no espaço apertado de sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e de restrição de si que – originalmente sobreposto à doença – não é sempre reversível. (Basaglia)

Em 12 de março de 2000 o jornal Diário do Nordeste (Fortaleza, Ceará), publicou uma reportagem em que era relatado o caso de Damião Ximenes Lopes, cuja morte ocorrera em 4 de outubro de 1999. A notícia, com foto ilustrando alguns portadores de sofrimento psíquico vagando pelo asilo que os acolhera, dava ainda informações sobre o processo que ocasionara, inclusive, sindicância e posterior intervenção na Casa de Repouso Guararapes, situada em Sobral, Ceará, onde ocorrera o óbito de Damião.

A “objetividade” da informação, no entanto, não deixava passar a violência contida no seu objeto, fazendo o leitor operar um equivocado distanciamento do assunto. Poupano-o da crueza da realidade, no mesmo movimento perpetuava uma postura indiferente para com o outro e, conseqüentemente, dava as condições de continuidade do contexto e circunstâncias na qual Damião perdera a vida.

* Agradeço a Milton Freire Pereira, que me cedeu, muito gentilmente, a maior parte do material examinado.

¹ Professora do Departamento de Serviço Social da PUC-RIO.

É necessário, pois, para recuperar a densidade do que sucedeu naquele fatídico 4 de outubro, proceder a uma reconstituição do acontecimento através das pessoas que o vivenciaram, do campo que constituía aquela realidade, dos significados dado ao processo que, afinal, está circunscrito a nossa sociedade e nossa cultura.

Resumindo os elementos fornecidos pela irmã do morto, que teve a coragem de levar a frente o problema e estabelecer contatos no âmbito do campo do sofrimento psíquico, pode-se refazer os passos de Damião e seu infortunado destino. Ela enviou carta, da qual reproduzo alguns trechos, a Milton Freire Pereira, integrante do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro e que rege o Grupo Condição Humana, constituído por Pacientes e Ex-pacientes pela Cidadania, sediado no Instituto Franco Basaglia, RJ.

“Damião tinha 30 anos e sua saúde mental não era perfeita. Fisicamente era saudável e, quando não estava em crise, levava uma vida normal à base de remédios controlados. Era extremamente pacato, gentil e dócil. Era amado pela família e benquisto em toda a vizinhança. Ele já havia sido internado duas vezes na Clínica Guararapes e, em ambas as vezes, voltou com cicatrizes que não possuía antes. Ele reclamou: Lá dentro existe muita violência e maus-tratos, se o paciente não quer tomar o remédio, os enfermeiros batem até o doente perder as forças e aceitar o medicamento”

“No mês de setembro, meu irmão resolvera deixar de tomar os remédios, disse que lhe causavam náuseas e se sentia mal. Já estava farto de tantos remédios e afirmou com firmeza que nunca mais tomaria medicamento algum. Esta decisão afetou novamente sua saúde. Ficou sem dormir, sem se alimentar, inquieto – mas não estava agressivo. Nossa mãe, por receio que ele entrasse em crise, na tarde de sexta-feira, primeiro de outubro de 1999, levou-o ao hospital acima mencionado e o deixou internado para receber cuidados médicos.”

“Na segunda-feira pela manhã, quando ela voltou para fazer visita, encontrou Damião quase morto. Ele havia sido impiedosamente espancado, estava com as roupas sujas e rasgadas, as mãos amarradas para trás e seu corpo coberto de sangue. Cheirava a sangue coagulado, a fezes e a urina.

Ele ainda conseguiu falar e numa expressão de pedido de socorro, disse: Polícia...polícia...polícia..."

"Uma faxineira do hospital contou para mamãe que presenciou tudo, os autores da violência foram os auxiliares de enfermagem e monitores de pátio, que teoricamente são contratados para apartar brigas, mas não possuem nenhum preparo para isso".

"Mamãe pediu que lhe limpassem o sangue. Eles deram um banho nele, sem sequer desamarrar as mãos, e o deixaram nu. Nesse interstício (sic) ela foi procurar o médico dele, que até o momento não havia lhe dado assistência. Aflita e chorando(...) fez reclamações ao Dr. Francisco Ivo de Vasconcelos (CRM 3374) e pediu para que ele atendesse meu irmão... Ele grosseiramente mandou ela calar a boca. Então, ela disse : Mas doutor, o meu filho vai morrer'. Ele respondeu: 'Vai mesmo, por que todo mundo que nasce morre. Pare de chorar, eu não assisto novela porque não gosto de choro"

"Ali mesmo, onde estava, receitou um medicamento injetável, sem ao menos ver o paciente.(...) Ela saiu e foi até ao Damião novamente. Ele estava jogado ao lado de uma cama, completamente nu e ainda com as mãos amarradas. Ela queria tocá-lo, mas o enfermeiro disse que ele tinha tomado a injeção e, por isso, que não o incomodasse, pois ele ia dormir. Ela foi embora e pegou o ônibus para casa, em Varjota, cidade que fica a 72km de Sobral. Quando ela chegou em casa, já havia um telefonema do hospital, chamando-a com urgência.(...)"

"Lá, estava um outro médico, Dr.Humberto Lacerda, que disse que não sabia de nada e tinha sido encarregado apenas de dar a notícia. Ele disse: 'O rapaz faleceu'. Damião havia morrido. Depois, entregou o laudo assinado pelo Dr. Ivo, em que este dizia que a causa mortis era parada respiratória"

"Foi pedido um exame cadavérico, mas o médico legista, da polícia, é o mesmo da Clínica Guararapes. Também foi solicitado o mesmo exame ao Instituto Médico Legal de Fortaleza, mas o resultado do laudo foi manipulado, dizendo causa mortis indeterminada. Sem elementos para responder".

“...na Clínica Guararapes reina a humilhação, o desrespeito e a crueldade. Seres humanos são tratados como bichos. As famílias das vítimas são pessoas pobres, sem voz e sem vez, e a impunidade continua. Conheço pessoas que já passaram por lá, com saúde recuperada, que relatam casos horrendos. Elas dizem que aquele hospital é um verdadeiro inferno”.

“Os principais agressores são os funcionários: monitores de pátio, carcereiros e auxiliares de enfermagem. Eles esnobam valentia e domínio. (...) Eles têm como entretenimento botar os pacientes para lutar, e aplaudem quando um surra o outro, a ponto de deixar seu oponente imobilizado”.

“As mulheres são igualmente agredidas e estupradas. Já houve denúncias de casos iguais e piores que o do meu irmão, mas foram arquivados por falta de provas. Ninguém até hoje conseguiu provar nada. (...) Neste sistema, inocentes parecem perder a vida e tudo fica no anonimato. Provas nunca existem. Assim como eu, muitos clamam por justiça e estão prontos a dar seu depoimento.”

O relato acima, enviado ao diretor do Grupo Condição Humana, Milton Freire, teve acolhida e foi encaminhado para outras instâncias, o que findou suscitando reações em vários níveis.

Em termos práticos algumas alterações foram feitas, tais como a intervenção da Casa de Repouso Guararapes. Mas medidas pontuais, que provavelmente serão neutralizadas, deixando em aberto a possibilidade de episódios semelhantes virem a ocorrer. (Outros casos foram descobertos na mesma época, como a morte de Davi da Costa Pereira, em Goiânia). Na verdade, só mudanças estruturais no que tange ao universo até então dito como da saúde mental, colocaram em prática outras estratégias terapêuticas que poderão, por sua vez, afetar as representações sobre a loucura e, num novo quadro, impedir a repetição de casos como o que vitimou Damião.

O episódio relatado anteriormente é coerente com um universo psiquiátrico onde a loucura é algo que deve ser confinado, afastado dos olhos da sociedade. Este significado, historicamente constituído

foi endossado pelo desenvolvimento dos saberes e das práticas naquilo que constitui o chamado campo da saúde mental. A história da psiquiatria é rica em mostrar como se foram transformando essas práticas e as concepções correlatas que se referem ao portador de sofrimento psíquico.

Naturalizado o sistema explicativo que acorrenta aqueles que caem nas malhas da Psiquiatria, a população encontrava respaldo para alimentar suas representações sobre o que seja a alienação (num período anterior), a doença mental (na sua seqüência) ou o sofrimento psíquico – como atualmente se designa aqueles estados em que o sujeito não consegue se fazer reconhecer como pertencente a mesma cultura.

Mas se no âmbito dos agentes legitimados para falar de doença mental vão se sucedendo transformações, seja por conta de problemas intrínsecos à prática psiquiátrica, seja por pressões externas de variada ordem, seja pelo clamor de alguns setores da sociedade, o fato é que as novas formas de designação, atendimento e compreensão do que se está falando, encontra um campo já sedimentado, onde as novidades querem se impor mas, para isso, têm que lutar para deslocar formas e modelos obsoletos, ultrapassados, vistos agora em sua ineficiência.

A sociedade, assim, vai se constituindo no embate entre diferentes grupos que querem fazer valer suas definições, o que lhes garante a posição conquistada em contextos então favoráveis. No âmbito da Psiquiatria, uma crítica contundente ao modelo vigente se deu no bojo das transformações ocorridas no século XX, após a II Guerra Mundial.

As mudanças introduzidas em vários países (Estados Unidos, Itália, Inglaterra), cada uma coerente com a especificidade histórica local articulada ao desenvolvimento da reflexão e prática científicas encontram, no Brasil sufocado pela ditadura militar, terreno fértil para gerar utopias e desejos de um mundo melhor. Assim, a política de saúde mental vai sofrer os primeiros questionamentos expressivos, “...em fins da década de 70, com o surgimento de um novo ator, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha, durante um longo período, o principal papel, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas” (Amarante, 2000:88).

É da mesma década o surgimento das primeiras e importantes manifestações no setor saúde, com a constituição em 1976 do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), decorrente da necessidade de discussão e organização das políticas de saúde, entidade que recebe reforço do fato do crescimento dos movimentos populares de oposição ao regime. O MTSM *“originado em grande parte pelo CEBES e pelo REME (Movimento de Renovação Médica), assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes”* (idem:90). (...) *Em processo em muito semelhante ao ocorrido na Europa, durante o pós-guerra, a sociedade brasileira mostra-se perplexa com a violência com a qual as instituições públicas tratam os seus cidadãos enfermos ou sem recursos. A violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie”* (idem, ibidem).

“Um marco expressivo neste processo é o que se denomina Crise da DINSAM, que funciona como uma espécie de estopim, possibilitando ao movimento assumir uma repercussão nacional. ‘Crise do DINSAM’ é como ficou conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas deflagrado no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 1978, por um grande número de bolsistas, na verdade, profissionais que atuam na prestação de assistência nas unidades” (idem, ibidem).

Tais arbitrariedades são ainda revistas em termos das desigualdades de uma sociedade de classes. Como afirma Bezerra:“(...) uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental revelará que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta – cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as consultas de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento” (Bezerra, 1987: 137).

O DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela reformulação das políticas de saúde do setor saúde mental. Possuía quatro unidades no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (CJM) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Os profissionais destas unidades deflagraram uma greve em abril de 1978, seguida da demissão de duzentos e sessenta estagiários e profissionais. Pouco depois, o Manicômio Judiciário é entregue à administração do Estado do Rio de Janeiro. Em 1988 o Hospital Pinel passa a ser denominado Hospital Phillippe Pinel (HPP) (Amarante, 2000).

Prosseguindo com o relato das formas de organização dos profissionais da área da Psiquiatria, diz ainda Amarante: *“Dos pequenos núcleos estaduais organizados em 78, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais, o MTSM constitui-se como força nacional por ocasião do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ainda no mesmo ano, e, já em janeiro do ano seguinte, organiza seu primeiro e próprio congresso em São Paulo” (idem:91).*

Na ocasião, o pensamento crítico é desenvolvido com o acesso às idéias de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Illich. Contribuem para isso os relatos das experiências da Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia, em Gorizia, na Itália. O campo entra em ebulição com as novas idéias e diretrizes da OPAS, (Organização Panamericana de Saúde) sobre medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária. São enfatizados aspectos como a universalização, a regionalização, a hierarquização, a participação comunitária, a integralidade e a equidade.

As transformações que vêm sendo gestadas têm referencial no exterior através de intercâmbio com figuras importantes no cenário da saúde mental. Assim, o Brasil recebe a visita de Franco Rotelli, Diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste e Secretário Geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. Internamente, em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) elabora um Projeto de Lei (nº 3.657/89), que regulamentaria a assistência em saúde mental, o qual só será finalmente aprovado em 2001.

Adequações administrativas, avanços e pequenos recuos estratégicos, trocas de experiências propiciadas com a vinda de expoentes internacionais no assunto vão fazer surgir novos atores que constituirão o que hoje pode se chamar a Reforma Psiquiátrica, que compreende não só mudanças no modelo assistencial, com a introdução de novos dispositivos institucionais, mas também a participação de usuários e familiares, com repercussão na ação cultural e na ação jurídico-política. É neste quadro que se inscreve a categoria de “portador de sofrimento psíquico”, cabendo no entanto dizer que nem o modelo é hegemônico nem que as novidades práticas ou semânticas tenham atingido toda a população brasileira.

Por serviço alternativo de psiquiatria compreende-se os “serviços para atendimento em saúde mental onde os usuários tenham acesso a atividades terapêuticas diversificadas e um acolhimento às contingências práticas de seu dia-a-dia. São, em geral, serviços que se aproximam do modelo do “hospital-dia”, ou dos “Centros” ou “Núcleos de atenção psicossocial”, adotando freqüentemente estas mesmas designações. Se algo têm em comum, é o esforço de produzirem cotidianamente um lugar de acolhimento onde o cliente se sinta bem, e possa lidar com seus problemas, sem se ver condenado ao abandono no asilo ou fora dele (Delgado, 1993:V).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) buscavam criar um *“filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) pretendiam garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessária”* (São Paulo, SES, 1986: 2).

A relação a seguir nos dá a idéia da situação em maio de 2000 do que são os serviços disponíveis nesta modalidade alternativa.

Serviços de atenção diária em atividade no Estado do Rio de Janeiro:

- Angra dos Reis: CAIS de Angra – tel.(24)365-1175
- Barra Mansa: CAPS de Barra Mansa - tel. (24)322-9192, ramal 251
- Bom Jesus de Itabapoana: CAPS Bom Jesus de Itabapoana - tel.: (24) 831-4215.
- Itaocara: CAPS de Itaocara - tel. (24) 861-3298
- Niterói:
 - CAPS Casa do Largo – tel. (21)616-5612
 - NAPS Herbert de Souza – tel. (21)622-1533
- Rio de Janeiro:
 - CAPS de Bangu tel.(21)331-8500
 - CAPS de Campo Grande tel.(21)419-0669
 - CAPS da Ilha do Governador tel.(21)396-5602
 - CAPS de Irajá tel.(21)481-4936
 - CAPS de Jacarepaguá tel.(21)446-7437
 - CAPS de Santa Cruz tel.(21)395-1125/3954551
 - CAPS Pequeno Hans (Realengo) tel.(21)401-5735
 - CAIS (IPP) tel.(21)542-3049, ramais 2099 e 2104
 - NAICAP (IPP) tel.(21)542-3049, ramais 2100, 2101, 2102 e 2103
 - CAD Luiz Cerqueira (IPUB/UFRJ) tel.(21)295-7449, ramal 39
 - Clube da Esquina (IPUB/UFRJ)
 - Espaço Aberto ao Tempo – EAT (CPP II) tel.(21) 596-0400
 - Casa d'Engenho (CPP II) tel. (21)596-5546/592-3242, ramal 231
 - Centro Comunitário (CPP II) – tel.(21)594-7962
 - Hospital-dia Ricardo Montaban (UERJ) tel.(21)587-6120
- Santo Antônio de Pádua: CAPS Ilha da Convivência – tel.: (24) 851-0005, ramal 34d
- Resende: Casa Aberta – Posto de Saúde do Manejo
- Volta Redonda:
 - CAPS de Volta Redonda – tel. da Secretaria Municipal de Saúde Mental: (24)346-1259
 - Usina de Sonhos – tel.(24) 346-1259 e 347-1666
 - Municípios com serviços em fase de implantação e/ou organização:
 - Duque de Caxias, Campos, Cantagalo, Itaguaí, Itaperuna, Macaé, São Gonçalo e Belford Roxo.

Fonte: Boletim 18 de maio – número 14 – abril/maio-2000

Poder-se-ia argumentar que tal oferta de novos recursos é exclusiva do Rio de Janeiro. Sem dúvida, a maior concentração de unidades alternativas está na região sudeste, mas, gradativamente, vão surgindo novos pontos de atendimento, como se pode ver no quadro abaixo, que mostra a distribuição no território nacional.

DADOS ATUAIS SOBRE O PROCESSO DE REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

UF	CAPS Credenciado	CAPS Não Credenciado	Total
Rondônia	0	0	0
Acre	0	0	0
Amazonas	0	0	0
Roraima	0	0	0
Pará	3	7	10
Amapá	0	0	0
Tocantins	2	1	3
Região Norte	5	8	13
Maranhão	2	1	3
Piauí	1	0	1
Ceará	14	0	14
Rio G. de do Norte	4	0	4
Paraíba	1	0	1
Pernambuco	9	0	9
Alagoas	7	0	7
Sergipe	0	1	1
Bahia	2	0	2
Região Nordeste	40	2	42
Minas Gerais	27	0	27
Espírito Santo	6	0	6
Rio de Janeiro	16	9	25
São Paulo	49	14	63
Região Sudeste	98	23	121
Paraná	9	2	11
Santa Catarina	12	6	18
Rio Grande do Sul	14	33	47
Região Sul	35	41	76
Mato Grosso do Sul	2	2	4
Mato Grosso	2	0	2
Goiás	4	0	4
Distrito Federal	3	0	3
Região Centro-Oeste	11	2	13
Total Brasil	189	76	265

Fonte: MS – Coordenação de Saúde Mental – set/2000

Da mesma maneira como começam a se difundir novos centros de atendimento, formas de organização de usuários e familiares surgem, possibilitando o alargamento e aprofundamento da rede de relações dos portadores de sofrimento psíquico, colaborando para que ele aumente sua contratualidade, para usar a terminologia de Saraceno (1999), reconstituindo, mesmo que a duras penas, a sua cidadania. Abaixo, a relação dessas associações no município do Rio de Janeiro.

Relação de associações de usuários e familiares do Estado do RJ²

- **ADDOM** – Associação dos Doentes Mentais de São Gonçalo
Rua Alberto Calpey, 232 Fds. Mutondo – São Gonçalo.
Tel. 712-0516 / 601-1577.
- **ACF** – Associação Cabeça Firme
Obs.: No momento, a associação está sem sede fixa.
- **AFAUC** – Associação de Familiares, Amigos e Usuários do CAIS de Angra dos Reis.
Rua Julio Cesar de Noronha, 96 São Bento, Angra dos Reis / RJ
Tel.: (0743)651175, ramal: 2252.
- **AFAVC** – Associação de Familiares e Amigos de Volta para Casa – Angra dos Reis.
Rua Julio Cesar de Noronha, 96. São Bento, Angra dos Reis (sede provisória)
Tel.: (0743) 651175, ramal 2252.
- **AFDM** – Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil.
Rua Luís de Camões, 75, sala 601, Centro – RJ.
Tel./Fax. 507-4558.
- **APACOJUM** – Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira.
Estrada Rodrigues Caldas, 3.400, 2º andar, Jacarepaguá – RJ.
Tel.: 446/5177, ramal 203.

² SOUZA, Waldir da Silva. Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997). Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. 1999.

- **Associação de Familiares de Paracambi.**
Hospital Municipal de Lages. Lages, Paracambi.
Tel.: 683-2128
- **Associação Familiares do IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ.**
Av. Venceslau Brás, 75 Fds. Botafogo – RJ.
Tel.: 295-7449
- **AUFASSAM / VR – Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Volta Redonda.**
Rua Camilo de Novais Leijolto, nº 19, Morada da Granja II. Barra Mansa – RJ. A/C Regina Serrão.
- **Clube da Esperança – Associação de Familiares e Usuários do CPPII.**
Rua Ramiro Magalhães, 521, Engenho de Dentro.
Tel.: 592-3242.
- **Grupo Condição Humana de Ex-Pacientes pela Cidadania.**
IFB / Instituto Philippe Pinel.
Av. Venceslau Brás, 65, 3º andar. Botafogo – RJ.
Tel.: 542-3049, ramal 2109.
- **SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho.**
CAD (centro de Atenção Diária) / IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ).
Av. Venceslau Brás, 75 – Fundos. Botafogo – RJ Sala da SOSINTRA.

Obs.: As reuniões da SOSINTRA acontecem uma vez por mês e são abertas.

Além dessas criações institucionais, vale lembrar que a reforma psiquiátrica precisava ainda de um respaldo jurídico, para que os interessados possam ter um instrumento legal para enfrentar as pressões que emanam de uma perspectiva manicomial culturalmente vigente e ferozmente defendida por alguns dos chamados “empresários da loucura” que, durante muito tempo tiveram suas empresas lucrativamente apoiadas nos convênios que estabeleciam com os representantes oficiais do setor saúde. Assim, o projeto de

lei Paulo Delgado, que durante tantos anos tramitou nas instâncias competentes, enquanto os defensores das duas posições antagônicas negociavam as emendas que passavam, finalmente foi assinado em abril pp, transformando em Lei os princípios básicos que dizem respeito a novas modalidades de atendimento para o portador de sofrimento psíquico.

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001³

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:

- * O texto aprovado procede do substitutivo de Lei 3.657-D, apresentado à Câmara dos Deputados em 1989, cujo texto original é de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG).
- * O texto aprovado procede do substitutivo de Lei 3.657-D, apresentado à Câmara dos Deputados em 1989, cujo texto original é de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG).

³ O texto aprovado procede do substitutivo de Lei 3.657-D, apresentado à Câmara dos Deputados em 1989, cujo texto original é de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG).

- 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.

* O texto aprovado procede do substitutivo de Lei 3.657-D, apresentado à Câmara dos Deputados em 1989, cujo texto original é de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política 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, 06 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

Fernando Henrique Cardoso

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Fonte: Boletim 18 de maio – número 18 – março/abril/maio-2001

Frente a tantas mudanças, cabe ser otimista e partir para defender e difundir as idéias e as práticas da reforma psiquiátrica para todos os municípios brasileiros. Mas cabe também lastimar que tantos outros, como Damião, não tiveram a oportunidade de viver num mundo diferente daquela em que a violência que atingia o universo da psiquiatria estava naturalizada e, com isso, a população restringia-se a chorar a perda de seus entes queridos.

Agora, que já há experiências positivas, há legislação correspondente, há instituições oferecendo seus serviços, é possível lutar para consolidar o projeto alternativo, evitando que a cronificação se reinstale, e que se aprimorem os instrumentos de reabilitação psicossocial.

Infelizmente, nem sempre a mídia colabora, apesar de não ir frontalmente contra as novas posturas. Mas, por vezes, presta um desserviço, quando, através de suas notícias, banaliza a violência, ao invés de questionar certos conteúdos, como ocorreu na pequena nota publicada em O Globo (7 de agosto pp) intitulada "Incêndio em hospital mata 25 pacientes", onde se lê: *"Vinte e cinco pacientes de um hospício morreram num incêndio em Erwady, na Índia. Quase todos os mortos estavam amarrados a suas camas e não tiveram como fugir. Enfermeiros ouviram os gritos dos pacientes, mas acharam que eram apenas barulhos rotineiros. Cinco pacientes ficaram seriamente feridos. As causas do incêndio estão sendo investigadas"*.

Notícias como estas reafirmam a exclusão e naturalizam um sofrimento que já possui hipóteses e experiências de superação.

Só as novas práticas poderão abalar as velhas representações que acompanham o sofrimento psíquico desde muito e, modificando-as, diminuir a possibilidade de termos mais casos como o de Damião.

Assim, poderemos desejar alcançar a cidadania do paciente psiquiátrico, que *"não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível"* (Saraceno, 1999:18).

A violência da qual foi vítima Damião e tantos outros que perderam a vida ou as tiveram arruinadas para sempre, está num processo de superação. Não vamos naturalizá-lo: ele é fruto de uma luta contínua e sempre renovada, na medida em que ela acompanha as transformações sociais que lhes serve de pano de fundo e lhes são constitutivas.

Não podemos nos iludir: se o processo é dificultado pelos grupos de interesse conflitante que compõem o campo da Reforma Psiquiátrica, temos também que reconhecer que esta mesma

diversidade é estímulo e possibilidade de aprofundamento do debate sobre a prática no cotidiano, a correção das imperfeições na implantação dos centros de atendimento. A oxigenação do campo fica ainda garantida pelo caráter necessariamente transdisciplinar das equipes que trabalham nestas unidades.

Para finalizar, vale a advertência de não ser ingênuo e supor que, em termos de sofrimento psíquico, o fim do manicômio é o fim da violência: contra isso só a vigilância constante e a postura aberta para ouvir o “outro”, usuários, familiares, membros das equipes, experiências diferentes do mesmo paradigma. Mas é preciso ser paradoxalmente flexível e rigoroso, para que não se engendrem novas e sofisticadas formas de violência.

Bibliografia

- AMARANTE, P, 2000. *Loucos pela vida*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz
- BEZERRA, B, 1987. “Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental”. In *Cidadania e Loucura*, Costa e Tundis (orgs.), Petrópolis, Ed. Vozes
- DELGADO, LEAL, VENÂNCIO 1997. *O campo da atenção psicossocial*, Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/ Ed. Te Cora.
- SARACENO, B, 1999. *Libertando Identidades*, Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Ed. Te Cora.
- Boletim 18 de Maio. Informativo do Instituto Franco Basaglia (vários números).
- Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro. 1993 e 1997 (2ª edição). Instituto Franco Basaglia.
- IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Pirapuera, Alagoas. SES – Alagoas.
- XII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final, Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- SES de São Paulo – Projeto de Implantação de CAPS, SP, 1982.