

criminalização do doente mental: como fazer e como evitar

“Segundo Henry Ey, a psicopatologia é a patologia da liberdade; logo, a sanidade mental é a condição subjetiva necessária a seu exercício. O mais importante direito do doente mental é o tratamento da doença, que o incapacita a viver em liberdade para usufruir seus direitos de cidadão” (Benedicto A. Sampaio).



A alta prevalência e o elevado custo humano e econômico das doenças mentais justificam a procura de modelos mais eficazes para o seu tratamento. Para planejar uma reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, é prudente analisar reformas já realizadas em outros países para aprendermos de seus erros e virtudes. A seguir serão discutidos os resultados e o impacto das mudanças assistenciais ocorridas nas últimas décadas na Itália, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América.

Agradeço ao prof. dr. Francisco Lotufo Neto pela cuidadosa revisão e sugestões para este trabalho.

ITÁLIA

A reforma psiquiátrica na Itália teve como modelo as mudanças implantadas no atendimento psiquiátrico na província de Trieste por Franco Basaglia, cujas críticas à “psiquiatria burguesa” começaram a ser formuladas no início dos anos 60. As mudanças no serviço de Trieste começaram em 1968, com a revolução dos estudantes italianos. Foi inspirada por uma forma de anarquismo de extrema-esquerda, “contra todas as instituições”: os partidos políticos, os poderes Judiciário e Legislativo, e não surpreendentemente o hospital psiquiátrico. Basaglia via em sua “Psiquiatria Democrática” um modelo para a luta politizada antiinstitucional. Seus objetivos foram: a) uma política de abolição do hospital psiquiátrico; b) transferência da assistência do hospital para a comunidade; c) construção de centros de atendimento distritais; e d) esvaziamento progressivo dos hospitais.

Iniciou-se um processo de desocupação e desativação dos leitos hospitalares, e os pacientes foram transferidos para cuidados nos centros distritais. Assim, no período de 1971 a 1977 houve em Trieste uma redução de dois terços dos leitos hospitalares (de 1.060 para 344) que serviam a uma população de 300.000 habitantes. Entretanto, os centros distritais não tinham leitos para admitir pacientes que necessitavam de uma internação na fase aguda, por exemplo pacientes com risco de suicídio ou em surto psicótico. Esses pacientes encontravam dificuldades para conseguir um leito no hospital psiquiátrico devido ao fechamento das enfermarias.

Progressivamente, esses pacientes foram sendo atendidos pelos hospitais gerais da região, onde eram internados para receber, geralmente do clínico geral, o tratamento na fase aguda. Esse fato provocou alguns movimentos de protesto por parte das equipes dos hospitais gerais, que se viam despreparadas

WAGNER F. GATTAZ
é professor e chefe do
Departamento de
Psiquiatria da FMUSP.

para o manuseio de doentes mentais, e também por parte dos outros pacientes, que, talvez por falta de esclarecimento e de tolerância, negavam-se a ser misturados com doentes mentais. A consequência imediata foi um declínio na qualidade do atendimento agudo do doente mental, que passou a ser feito por uma equipe não-especializada, além de sobrecarregar a infra-estrutura dos hospitais gerais, onde leitos destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos passaram a ser ocupados por doentes psiquiátricos. Publiquei na ocasião uma descrição detalhada sobre os primeiros anos da reforma em Trieste (Gattaz, 1979).

As mudanças em Trieste serviram como modelo para a instalação da reforma psiquiátrica em toda a Itália. Constatou-se logo, entretanto, que a abolição do hospital psiquiátrico não aboliu a existência da doença mental, nem a necessidade de tratamento especializado para pacientes em fase aguda. Uma consequência dramática da carência de leitos para esses pacientes foi retratada concisamente por Anastácio Morgado (1996) em carta ao editor do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*:

“A reforma psiquiátrica deixou intactos os seis Manicômios Judiciários da Itália, visto que estes não pertenciam ao Ministério da Saúde, mas sim ao Ministério da Justiça. Antes da reforma, eles tinham uma lotação relativamente pequena de doentes que cometeram crimes, considerados perigosos à sociedade. Mas à medida que os hospitais públicos foram sendo inativados, a lotação dos Manicômios foi aumentando gradativamente, atualmente eles estão abarrotados. [...] Com a reforma psiquiátrica, a internação na Itália passou a ser feita pela polícia. Pacientes desengonçados, de maneiras bizarras e comportamento social extravagante, acabaram sendo presos em manicômio judiciário. Mas eles não cometeram nenhum crime – infringem as normas sociais sem que tenham juízo sobre as mesmas. [...] A escassez de hospital para internar o doente em local adequado favorece a ocasião para criminalizá-lo” (Morgado, 1996).

REINO UNIDO

A reforma psiquiátrica no Reino Unido tem suas bases conceituais na Lei de Saúde Mental (Mental Health Act) de 1959, que, segundo Enoch Powel, representava “uma mudança de atitude frente à doença mental e frente ao seu encarceramento em um mundo de camisas-de-força, celas fortes, pavilhões trancados e internados desprotegidos”. Powel, na ocasião ministro da Saúde do Partido Conservador, pleiteava a redução do número de leitos hospitalares e a transferência dos pacientes para cuidados comunitários. O movimento ganhou substância com o *Zeitgeist* da contracultura no qual se inseria a antipsiquiatria dos anos 60, e recebeu impulso para sua implantação no governo Thatcher nos anos 80. Gradualmente foram fechados 41 hospitais psiquiátricos e o número de leitos reduziu-se de 150.000 em 1959 a cerca de 37.000 hoje.

Os pacientes hospitalizados foram transferidos para cuidados em centros de atendimento na comunidade, e passaram em grande parte a ser cuidados por médicos generalistas (*general practitioners*). Todavia, os departamentos locais de serviço social receberam a responsabilidade, mas não as verbas suficientes para coordenar o suporte comunitário para os doentes mentais. Isso resultou numa ênfase no atendimento dos casos mais leves, enquanto uma parcela considerável de pacientes com doenças mais graves ficou privada de um tratamento adequado (Shepherd et al., 1996).

O abandono desses pacientes graves pela psiquiatria provocou um drama social de dimensões alarmantes, que ocupou e ainda ocupa os cabeçalhos dos mais importantes jornais britânicos. Pesquisa divulgada pelo jornal *The Times* (5/1/1993)(*) aponta que muitos pacientes egressos de hospitais foram diretamente “jogados na rua”, estimando-se que 40% dos sem-teto britânicos são portadores de doenças mentais. Inevitavelmente, as alterações de conduta que algumas dessas doenças causam propiciam a esses pacientes uma chance maior de sofrerem intervenções

* Os artigos de jornais citados neste trabalho podem ser obtidos na íntegra, por solicitação ao autor.
e-mail: :gattaz@usp.br

policiais, geralmente por ofensas menores como distúrbio da ordem pública. Helen Jones (1992) constatou que um terço dos condenados nas prisões britânicas sofria de alguma forma de transtorno mental. Ainda mais grave, Robertson e colaboradores (1996), pesquisando a entrada dos doentes mentais no sistema criminal de justiça, constataram que o tempo de aprisionamento era três vezes maior para doentes mentais condenados por “ofensa à ordem pública” do que para ofensores sem doença mental. Fica óbvio que esse maior tempo de custódia na cadeia estava simplesmente atendendo às necessidades psiquiátricas daqueles pacientes, que não podiam ser adequadamente tratados devido à redução de leitos hospitalares. Tragicamente, esses pacientes presos tiveram suas chances reduzidas de receber, ao menos, um alívio temporário para seus sintomas. Eles passaram a ser vítimas da “síndrome da porta rotatória”, sendo reciclados das ruas para a delegacia, desta para a cadeia, e da cadeia novamente para as ruas, sem receber o benefício de um tratamento adequado (Robertson et al., 1996, Birmingham, 1999).

As manchetes dos jornais britânicos refletiram intensamente a opinião pública sobre as conseqüências da redução de leitos psiquiátricos. Em 16/1/1996 os jornais *The Guardian* e o *Daily Mail* noticiaram: “Alarme sobre taxas de suicídio e de assassinatos por doentes mentais; a taxa de suicídio entre doentes mentais aumenta para mais de 2 por dia [...]; De 39 assassinatos, dois terços envolviam mortes de familiares; Pacientes que mataram ou cometeram suicídio tinham sido despejados de hospitais e perdido o contato com os serviços de saúde mental”. *The Times* (16/1/1996) noticiou que “parar de fechar leitos psiquiátricos foi pedido ontem por campanha de saúde mental [...]”. Nessa edição, Jayne Zito, cujo marido fora assassinado por um doente mental, afirmava que “não é defensável nem humano despejar doentes mentais graves no meio das cidades, se suas vidas ou a vida de suas famílias e do povo são colocadas em risco”. O *Daily Telegraph* publicou em 21/2/1996: “Alguns pacientes

provaram ser um trágico perigo para si e para os outros”; “O Governo parece agora pronto para admitir que a radical aplicação desta filosofia [de fechamento dos hospitais] foi mal concebida e desequilibrada”. No mesmo dia, *The Guardian* noticiou que “o Governo reconhece o fracasso da Assistência Comunitária e abandona uma política associada ao esvaziamento dos hospitais psiquiátricos antes de prover-lhes uma alternativa. O que é preciso é um espectro assistencial que vá desde leitos hospitalares até suporte comunitário. O Governo determinou a criação imediata de 5.000 novos leitos”.

Mais recentemente, as manchetes dos principais jornais refletiam a falência da Reforma Psiquiátrica no Reino Unido:

- *Daily Telegraph* de 17/1/98: “Assistência Comunitária: de Cruzada a uma Calamidade: Relato de uma Política que Começou com a Melhor das Intenções, mas Terminou num Escândalo”.
- *The Times* de 30/7/98: “Assistência Comunitária Está para Ser Abolida. Mais lugares em Hospitais e mais Acesso para Atendimento de Emergência Serão Oferecidos”.
- *The Independent* de 30/7/98: “A Falência da Assistência na Comunidade”.
- *The Independent* de 18/8/98: “Doentes Mentais Ficam Detidos em Prisões por Tempo Demasiado”.

Shepherd et al. (1996) concluíram que “os governantes do Reino Unido estão repetindo muitos dos erros cometidos pelo sistema de saúde mental dos Estados Unidos nos anos 60 e 70”.

ESTADOS UNIDOS

A campanha de desinstitucionalização psiquiátrica nos EUA começou nos anos 50 e ganhou impulso na década seguinte com o movimento da antipsiquiatria, “uma moda nacional de excluir todas as formas do que parecia ‘opressão’, e que encontrou seu alvo perfeito nos estabelecimentos psiquiátricos”. No final dos anos 70, foi virtu-

almente abolida a internação psiquiátrica involuntária. Richard Jed Wyatt, diretor do Setor de Neuropsiquiatria do National Institute of Mental Health, comentou que “o entusiasmo nacional pela aplicação dos direitos civis a todos os problemas sociais produziu um corpo de jurisprudência que tornou impossível dar assistência médica a quem não consentia, não importando quão desesperadamente suas famílias e outros sabiam como isto era necessário. Iniciativas para “libertar” os doentes mentais recebiam pleno apoio dos tribunais, onde os juízes decidiram que “os direitos dos pacientes” tinham precedência sobre qualquer outra consideração. Assim, o direito de recusar tratamento substituiu o direito de receber tratamento.

Uma conseqüência imediata desse processo foi descrita por Christopher Jencks (1995) em seu livro *Os Sem-Teto*: “Nos fins dos anos 70 os americanos começaram a notar mais gente dormindo em lugares públicos, vagando nas ruas, carregando seus pertences em sacos plásticos, pedindo esmolas, remexendo o lixo para pegar comidas ou latas. Nos fins dos anos 80, os sem-teto estavam em toda parte”. Jencks aponta que a população dos sem-teto nasceu e cresceu paralelamente à abolição da internação psiquiátrica involuntária. Já em 1988 o autor constatou que um quarto dos sem-teto americanos era egresso de hospitais psiquiátricos, e que mais da metade tinha um diagnóstico de doença mental ou dependência de álcool.

Richard Wyatt, em seu comentário sobre o livro *A Loucura nas Ruas – Como a Psiquiatria e a Lei Abandonaram o Doente Mental*, de Rael J. Isaac e Virginia C. Armat (1990), conclui que “nossas sarjetas e parques transformaram-se em enfermarias psiquiátricas ao ar livre – mas sem tratamento para os seus internados. É fácil chamar essa população de sem-teto, mas a verdade crua é que disponibilidade de tetos, mesmo se houvesse, não cura a doença mental”.

O doente mental norte-americano também não foi poupado do processo de criminalização. E. Fuller Torrey (1995), do National Institute of Mental Health, inicia

seu artigo intitulado “Cadeias e Prisões: os Novos Hospitais Psiquiátricos da América” salientando que, sorrateiramente, as cadeias e prisões estão substituindo os hospitais psiquiátricos públicos como provedores primários de assistência psiquiátrica para indivíduos com doenças mentais graves nos Estados Unidos. Considerando a prevalência média de 8% de doenças mentais graves em prisioneiros, o autor calcula que, dos 2 milhões de encarcerados nos EUA, cerca de 160.000 são doentes mentais, o que representa o dobro do número de doentes mentais tratados em hospitais psiquiátricos.

A maioria dos doentes mentais encarcerados eram presos por ofensas menores, como furto, embriaguês ou desordem. As formas de furto mais comuns eram em supermercados e lojas, ou a recusa de pagar contas de restaurantes. O autor dá o exemplo de um doente mental preso por recusar-se a abandonar o quarto de um motel “que Deus lhe havia dado de presente”. Semelhante ao que ocorreu no Reino Unido, o doente mental ficava mais tempo aprisionado do que indivíduos são presos pelo mesmo motivo; ficavam três vezes mais tempo em custódia (34 dias) antes de sair com fiança, e esperavam sete vezes mais tempo (27 dias) na cadeia aguardando o julgamento.

Fuller Torrey conclui seu artigo salientando que “a desinstitucionalização dos doentes mentais graves foi a experiência social de maior fracasso no século XX. O fracasso não foi causado pela incapacidade destes indivíduos de viver na comunidade, mas porque não lhes foi assegurado receber medicamentos e o acompanhamento que eles necessitavam para integrar-se com sucesso”.

CONCLUSÕES

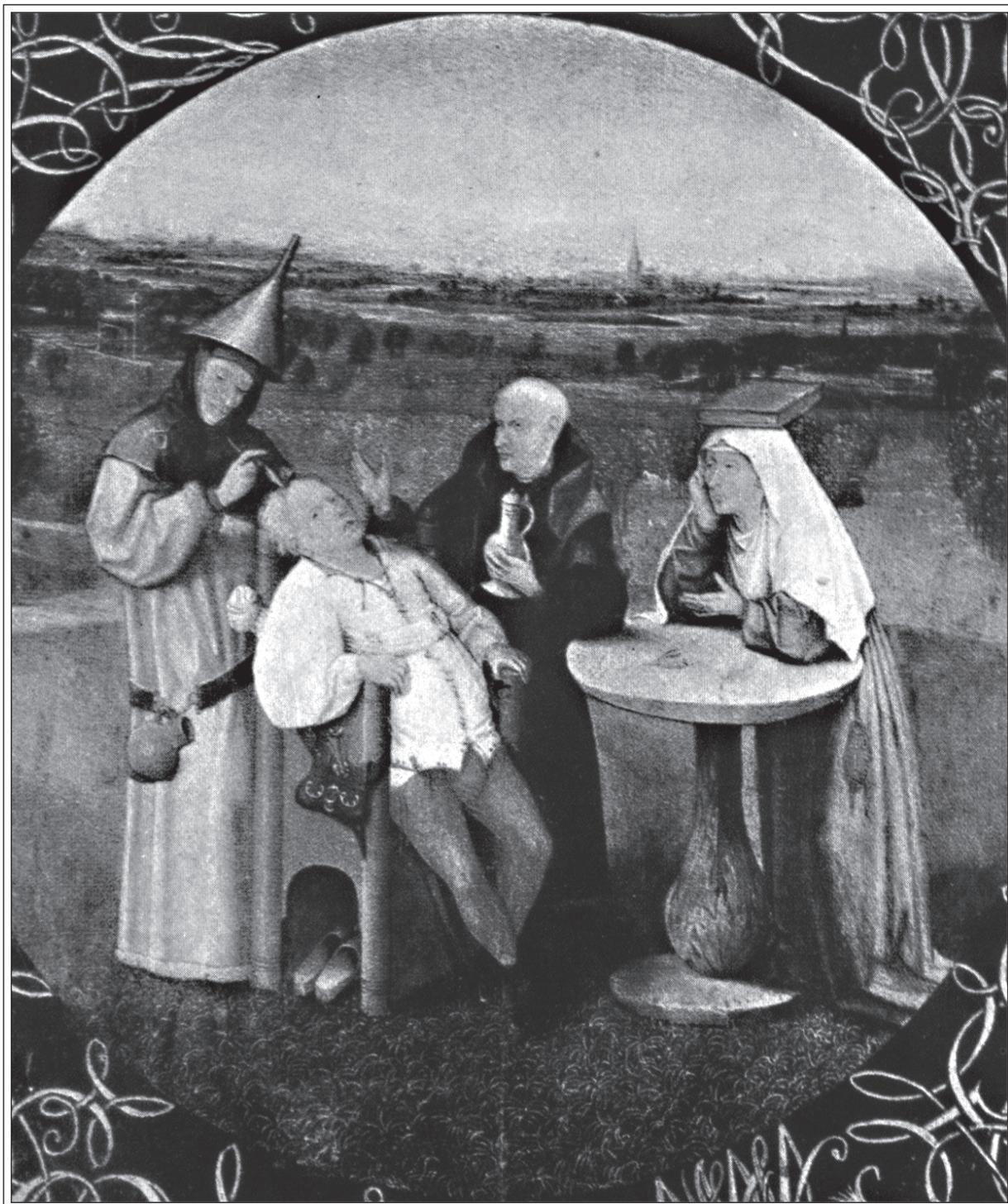
Experimentos na Itália, no Reino Unido e nos EUA visando à redução ou à abolição dos hospitais psiquiátricos malograram. Provavelmente seu erro mais grave foi terem sido baseados em ideologias po-

líticas e não nas necessidades dos pacientes. Todos resultaram, invariavelmente, no abandono do doente mental e na sua criminalização. As ruas, as cadeias e as prisões passaram a acolher os doentes despejados dos hospitais, sem garantir-lhes o direito a um tratamento adequado. Esses resultados

dramáticos devem nortear qualquer iniciativa responsável para melhorar a depauperada assistência psiquiátrica no Brasil.

Estudos epidemiológicos na população brasileira encontraram uma prevalência de transtornos mentais entre 30% e 50% (Almeida Filho et al., 1997; Andrade et al.,

A Cura da Demência, de Hieronymus Bosch



1999), semelhante à encontrada em países do Hemisfério Norte. Estes índices mostram que a necessidade de cuidados psiquiátricos em nossa população não fica aquém daquela de outros países. Baseada nesses dados, a Organização Mundial de Saúde recomenda um índice mínimo de 1 leito psiquiátrico para cada 1.000 habitantes. Este índice é ultrapassado em países desenvolvidos, como a Suíça (1,7/1.000), a Holanda (1,6/1.000) e a Suécia (1,7/1.000). A Alemanha, que oferece uma das mais completas assistências psiquiátricas existentes, conta com 1,6 leito/1.000 habitantes, além de uma abrangente rede de serviços complementares como hospitais-dia, centros de reabilitação, oficinas abrigadas, apartamentos comunitários e ambulatórios. No Brasil, além de praticamente não existirem estes serviços complementares extra-hospitalares, contamos com apenas 0,39 leito/1.000 habitantes. Fica claro, portanto, que um programa de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil deve visar os seguintes objetivos: 1) construção da rede de serviços complementares; 2) melhora

da qualidade da rede hospitalar existente; e 3) adequação do número de leitos às necessidades da população.

Não é defensável repetir-se os erros das reformas que começaram pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos. Não há argumento convincente de que no Brasil os resultados seriam diferentes daqueles da Itália, Reino Unido e EUA. É ingênuo crer que uma reforma psiquiátrica deva começar pela diminuição, por decreto, das internações hospitalares; pelo contrário, a transferência de uma proporção de pacientes do hospital para cuidados comunitários é a consequência natural do desenvolvimento planejado de uma rede alternativa de assistência complementar, sendo esta última a verdadeira reforma. Despejar nossos pacientes nas ruas, sem oferecer-lhes uma alternativa para o tratamento que necessitam, contribuiria inexoravelmente para a sua criminalização, para a acolhida de alguns em nossas prisões já abarrotadas, e para engrossar a triste população dos sem-teto, que já hoje apresenta uma prevalência de transtornos mentais acima de 60% (Heckert et al., 1999).

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J. F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. A. "Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. Methodological Features and Prevalence Estimates", in *British Journal of Psychiatry*, 171, 1997, pp. 524-9.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GENTIL, V.; LOLIO, C. A.; LAURENTI, R. "Epidemiologia dos Transtornos Mentais em uma Área Definida de Captação da Cidade de São Paulo, Brasil", in *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1999 (no prelo).
- BIRMGINGHAM, L. "Between Prison and the Community: The 'Revolving Door Psychiatric Patient' of the Nineties", in *British Journal of Psychiatry*, 174, 1999, pp. 378-9.
- FULLER-TORREY, E. "Jails and Prisons — America's New Mental Hospitals", in *American Journal of Public Health*, 85, 1995, pp. 1.611-3.
- GATTAZ, W. F. "A Liberdade Cura? Relato a Propósito da 'Psiquiatria Democrática' na Itália", in *Vida Hospitalar*, 4, 1979, pp. 188-9.
- HECKERT, U.; ANDRADE, L.; ALVES, M. J. M.; MARTINS, C. "Lifetime Prevalence of Mental Disorders Among Homeless People in a Southeast City in Brazil", in *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 249, 1999, pp. 150-5.
- ISAAC, R. J.; ARMAT, V. C. *Madness in the Streets: How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill*. Harvard

University Press, 1990.

JENCKS, C. *The Homeless*. Harvard University Press, 1995.

JONES, H. *Revolving Doors*. London, Nacro Publications, 1992.

MORGADO, A. "Reforma Psiquiátrica e Criminalização do Doente Mental na Itália: Por isso os Psiquiatras Negam-se a Cuidar do Doente" (carta ao editor), in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 1996, p. 435.

ROBERTSON, G.; PEARSON, R.; GIBB, R. "The Entry of Mentally Disordered People to the Criminal Justice System", in *British Journal of Psychiatry*, 169, 1996, pp. 172-80.

SHEPHERD, G.; MUIJEN, M.; HADLEY, T. R.; GOLDMAN, H. "Effects of Mental Health Services Reform on Clinical Practice in the United Kingdom", in *Psychiatry Services*, 47, 1996, pp. 1.351-5.

