ISSN: 2594-6153

A Lei Antimanicomial e o Desamparo Social

Marcelo Lamy; Salete Maria de Carvalho Pinto

Universidade Santa Cecília

Email: salete@advcarvalhopinto.com.br

Resumo: O objetivo deste trabalho é demonstrar que após a implementação da lei antimanicomial as famílias passaram a assumir toda a responsabilidade pelos cuidados com seus familiares que sofrem de transtorno mental, sem apoio governamental e tampouco acesso à remédios e orientação. A pesquisa se limitou a discutir os fatos apresentados nos textos e bibliografia consultada, a metodologia foi a pesquisa consultiva em livros, artigos e legislação. Concluiu-se que, apesar das dificuldades ora apresentadas, o modelo atual é viável, necessitando de ajustes tanto na entrega de medicamentos, como no atendimento psicológico às famílias.
Palavras-chave: lei anti-asilo, vida familiar, problemas com a comunidade.

The Anti-asylum Law and the Social Helplessness

Abstract: The objective of this work is to demonstrate that after the implementation of the anti-miscomial law, families began to take full responsibility for the care of their families suffering from mental disorders, without government support or access to medicines and guidance. The research was limited to discussing the facts presented in the texts and consulted bibliography, the methodology was consultative research in books, articles, and legislation. It was concluded that, despite the difficulties presented here, the current model is feasible, requiring adjustments both in the delivery of medications and in psychological care to families.

Keywords: anti-asylum law; family life; problems with the community.

Introdução

A lei antimanicomial 10.216/2001 diz expressamente que as famílias serão cientificadas dos direitos dos pacientes com transtorno mental.[1]. Relaciona os direitos dos pacientes, mas, em nenhum momento, relaciona os direitos dessas famílias ao apoio e a proteção pelo Estado.

Na política de desinstitucionalização dos doentes mentais, a internação se tornou uma prática proibida. Ocorre que, na prática, as obrigações com os doentes mentais parecem transferidas dos Estados para as famílias.

O movimento a favor da desinternação tem sua história, raízes científicas e políticas profundas. Foucault [2], por exemplo, inquietou-nos há tempos ao dizer ser a loucura

criação de psiquiatras à serviço da burguesia, uma forma de controle social. Não nos deteremos nesse trabalho nessa historicidade, partimos da constatação de que no Brasil, a partir da referida lei, esse posicionamento científico e político foi acolhido, adotando-se o paradigma de impossibilitar a internação.

Em casos imprescindíveis de internação, as famílias, desde então, têm que percorrer uma via crucis para provar a necessidade, e conseguir a excepcional internação. A maioria desiste... Em todos esses quadros, as famílias parecem ter se tornado as únicas responsáveis pelo cuidado e trato de seus doentes mentais.

Objetivos

Discutir a forma de implementação nacional dessa política, que não prevê em nenhum de seus capítulos nenhum suporte às famílias, fazendo com que o problema, que era do Estado, ou que este tinha participação direta, se transformasse no problema das famílias.

Material e Métodos

O material utilizado está citado na bibliografia, após leituras dos textos, utilizou-se, levando em consideração o contexto, as ideias ali explanadas. Através de uma pesquisa consultiva dos textos lidos chegou-se a uma conclusão, mas, principalmente, a partir das realidades apontadas nos artigos.

Resultados e Discussão

Falamos de famílias sobrecarregadas, com problemas de sobrevivência econômica, sem nenhum preparo, sem nenhum conhecimento, nem sequer do básico de psicologia.

O problema parece enorme, sem solução, sem cura ... Ao se verem diante de um problema tão grande e com total ausência do Estado, tendem, simplesmente, a "abandonar" seus doentes mentais em alguma clínica ou mesmo nas ruas.

Criamos mais um problema social. O espírito da lei é bem-vindo, pois em regra a internação compulsória é uma violência. Mas, a falta de suporte às famílias há de ser considerada.

Nem uma única linha na lei prevê suporte psicológico, orientação que seja, um manual, um papel para se ler, explicando à família o tipo de doença, quais as causas, como cuidar, nada... Na base do "toma que o filho é teu", criam-se vários outros problemas.

Não se considera, por exemplo, em uma família com problemas de auto sustento, a gravidade de alguém ter de deixar de trabalhar para ficar cuidando do doente mental. Desconsideram-se os problemas de vizinhança, pois o doente mental em surto reflete na vizinhança (gritarias tarde da noite, agressividade, deambulação).

A família assume o dever de vigiar o doente mental e pode ser obrigada, às vezes não há outra solução à mão, a simplesmente trancá-lo (será que nesse momento, a política antimanicomial está sendo realizada?). Sob o risco, nessa situação, de, se alguém chamar a polícia sob a alegação de maus tratos, ter de responder inclusive criminalmente.

As famílias não recebem orientação, apesar de não saberem lidar com o problema, e passam ainda a ser são rejeitadas em bloco pela comunidade. O estigma cola nas famílias que têm um doente mental em casa.

A antiga teoria de Lombroso [3], que via o crime como fenômeno biológico, pois já nasciam delinquentes os loucos e epiléticos, que via na hereditariedade a causa da criminalidade, já foi superada no Direito. Ocorre, no entanto, que essa teoria pespegou culturalmente em nossa sociedade (tal como um meme indestrutível): se tem um doente mental na família não pode ser uma família sã.

Sabemos todos da força dos memes, que são unidades de herança cultural [4]. O meme é normalizante, ele carrega uma norma, boa ou ruim, reproduzida de geração para geração. Mesmo quando questionada objetivamente, quando a pessoa tem consciência social, ele reaparece em fases ou momentos de stress, é acionado, quando se enfrenta o desconhecido, o estranho, o diferente.

A comunidade, segundo relata Colvero [6], se o doente mental entra em surto, chama a polícia ou o SAMU. Depois disso, isola a família, inclusive as crianças da família. Se a comunidade for violenta, como são as de ocupações ou favelas, tentará expulsar essa família de sua moradia.

É difícil o acesso da família ao tratamento, segundo Paiano [5]. A forma de acesso ao tratamento ambulatorial é o encaminhamento pela UBS, mas a demanda é muito grande para a estrutura, gerando longas esperas. Ocorre que, sem a medicação necessária, o paciente pode entrar em surto, até se tornar violento. Uma realidade com a qual a família tem que lidar sozinha...

Primeiro a fila de espera no posto, que, segundo os profissionais consultados, é de mais de três meses. Depois, quando surge uma vaga, o ambulatório liga para o posto, que tenta localizar o paciente e não o acha: “Uma das opções que o paciente tem para agilizar o processo e adiantar sua consulta é aguardar uma sobra de vaga no ambulatório. [...] tem pacientes esperando meses [...] daí bem no dia, ele esquece de vir, esta vaga vai ficar em aberto [...] o médico está aí para atender, e esse paciente que faltou vai ser colocado lá para trás de novo. [...] Então, tem aqueles que vêm e ficam esperando, sabendo que vai esperar e que vai correr o risco de voltar para casa sem a consulta [...] (P4).” [5]

Segundo Colvero et. al. a família está a se deparar com um fato novo, ou seja, o tratamento do seu doente mental não está mais centrado no hospital psiquiátrico, mesmo nos quadros agudos, a recomendação é uma breve permanência e o tratamento deve ser continuado em casa e na comunidade. A assistência prestada ao doente mental coloca a família como responsável pelo suporte que deve ser dado ao doente, são chamados (as famílias) para serem protagonistas, cobrados por isso, devem acolher, dar afeto, compreensão, mas nenhum suporte é dado às famílias, não têm atendimento psicológico ou interação com os psiquiatras, ficam sujeitos ao isolamento social, dificuldades materiais, raiva e culpa.

Afirma Colvero et al. [5] que o retorno do doente mental além das contradições apontadas, reitera a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, bem como, a descontinuidade de programas de reinserção social do doente mental, assim como, desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares.

Considerações Finais

A ideia da desinternação é fundada, afinal a doença mental não é contagiosa, não exige segregação, mas as famílias precisam ser amparadas.

Psicólogos da rede pública ou de parcerias público-privadas e faculdades de psicologia poderiam dar assistência às famílias. Grupos de análise com esses familiares (para que possam discutir suas aflições), por exemplo, são medidas já desenvolvidos nas faculdades de psicologia e que podem ser implementadas a baixo custo.

O amparo das famílias, não dispensa a atenção com as terapias ou com a dispensação de medicamentos para os próprios pacientes (especialmente das medicações que são de uso contínuo). Mas esse não foi o objeto de discussão do presente texto.

O Estado assumir a "obrigação de ir ao encontro" periódico dos pacientes com doenças mentais em seus ambientes (não ficar comodamente esperando o paciente aparecer na unidade de saúde), permitiria o sistema conhecer a verdadeira carência ou a estrutura de cada família, assim como ajudaria a prever melhor as assistências familiares necessárias.

Referências

1. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 [Lei Antimanicomial]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2. Vieira, I. A.. O caos Da Medicina. ANADEM, Ed. CEAT, 2019.
3. Fernandes, B.S. Lombroso, C. E a teoria do criminoso nato. Site do Canal de Ciências Criminais, 2018.
4. Dawkins, R. Deus, Um delírio. Companhia das Letras, 2007.
5. Paiano, M; Matum, M A; Haddad, MCL; Marcon, SS. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. Enferm., vol.25, n.3, Florianópolis, 2016.
6. Colvero, L.A.; Ide, Costardi C.A.; Rolim, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. esc. enferm. USP, vol.38, n.2, São Paulo, 2004.