

Inclusão Social

Mirsa Elisabeth Delloso¹

Introdução

Inclusão social é humanização. Inclusão social é liberdade.

Esse texto relata a experiência dos hospitais psiquiátricos públicos próprios do Estado de São Paulo, trazendo histórias de pessoas que ficaram muito tempo segregadas do convívio social, com vidas reduzidas a pavilhões e pátios, perdendo suas identidades e subjetividades, durante longos anos de internação. Quando contaram com a atenção de equipes preparadas, receberam de volta a dignidade.

Em 07 de abril de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicou o ano à comemoração da Saúde Mental, cujo tema foi: “cuidar sim, excluir não”. Esses hospitais, desde que receberam as supervisões e intervenções, têm participado da inclusão social, dando alta a pacientes “moradores”. Hoje não se concebe mais internações psiquiátricas “por tempo indeterminado”. A internação é de curta permanência e o tratamento é ambulatorial. Isto evita a quebra dos vínculos afetivos, sociais e familiares, tão caros a qualquer cidadão e, mais ainda, a quem é portador de transtorno mental.

Essa história não foi sempre assim. Durante décadas o hospital psiquiátrico era o único serviço de tratamento a quem portasse um transtorno mental grave e persistente, os chamados “doentes mentais”, “psicóticos”, “loucos”. Corrigir essa história requer que a conheçamos, para que não haja repetição de seus erros, para evitar que percamos a capacidade de sentir a dor desse outro que sofre e que sou eu, para que não percamos a solidariedade, a capacidade de nos sensibilizar com a dor do outro. Se essa dor é psíquica, uma “dor que ninguém vê”, mas pode ser falada e escutada, podemos incluir socialmente o portador de transtorno mental, apoiando sua família, defendendo seus direitos ao trabalho, ao estudo, à cultura, ao lazer, a morar na cidade.

Mudanças no Atendimento à Saúde Mental no Estado de São Paulo

No final dos anos 80, as supervisões nos hospitais psiquiátricos especializados passaram a observar não só a adequação às normas técnicas vigentes da Vigilância

Sanitária (VISA), como também o tipo de Projeto Terapêutico Institucional praticado.

Através de um roteiro de supervisão, o Grupo de Acompanhamento/Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (GAHP), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), formado por técnicos da VISA e da Saúde Mental, fazia a visita e elaborava relatório detalhado do que tinha sido encontrado nos hospitais. Nessa época, havia também, ao fim da supervisão, a reunião “devolutiva” final, que era realizada entre o grupo de supervisão e a equipe do hospital. Nessa reunião ouvia-se a apresentação do projeto terapêutico, relatado pela equipe do hospital, e, em seguida, o grupo de supervisão apontava o que havia encontrado, anunciando que o relatório final traria em detalhes as providências necessárias para mudar, melhorar a qualidade da assistência prestada. Nessa “devolutiva”, iniciava-se a humanização, pela reflexão e críticas sobre as práticas encontradas.

Nessa mesma época, a humanização dos hospitais psiquiátricos públicos do estado começaram a melhorar as condições de vida dos pacientes internados, através da separação de projetos distintos para pacientes “moradores” – de longa permanência – e outros, como os “agudos” e alcoolistas. Em respeito à Declaração de Caracas, assinada pelo Brasil em 1990, formulou-se que uma das diretrizes políticas da Saúde Mental deste estado seria: “promover a transformação dos hospitais psiquiátricos públicos próprios do Estado em serviços abertos e espaços psicossociais de uso comunitário” (CIPOLLA, 1994). Até então, a grande maioria dos hospitais mantinha os pacientes fechados em pavilhões ou nos pátios.

Com a simultânea expansão da rede de serviço extra-hospitalar comunitário (ambulatorios de saúde mental, oficinas terapêuticas, hospital-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, centros de convivência), os pacientes que deixavam a internação podiam dar seguimento ao tratamento ambulatorial. Atualmente, os CAPs e os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se num modelo de atenção à saúde mental que permitem a inclusão social dos portadores de transtorno mental grave e persistente.

¹ Formação em Filosofia, Psicologia e Psicanálise; Diretora Técnica de Divisão de Saúde/SES-SP.

Entretanto, havia (e ainda há) uma população cativa – pessoas entraram para o hospital e nunca mais saíram. Diversos foram os motivos para manter segregado um número tão alto de pacientes, chamados “moradores”, desde o preconceito em relação ao portador de transtorno mental até a rejeição familiar ao mesmo. Vítimas de uma violência silenciosa, essas pessoas tiveram suas mais simples habilidades ceifadas, restando-lhes um leito qualquer, uma roupa carimbada e horas e dias caminhando para lugar nenhum nos pátios fechados, a maioria destes cimentados, com muros altos, em nome da “segurança”.

Muitas são as imagens que retornam à mente, quando se escreve sobre essas instituições. A desumanização estava presente, especialmente, quando entrávamos nos pátios masculinos e femininos, fortemente separados, e víamos vários homens e mulheres nus. O que mais causava indignação era ouvir o comentário de “técnicos”, dizendo “eles são assim mesmo”, “não gostam de roupa nem de calçados”... , quando então questionávamos: “mas eles chegaram aqui vestidos, calçados, foi aqui que eles se despiram – por quê?”

A instituição psiquiátrica fechada é herança de muitas décadas de segregação, isolamento, repulsa e “higienismo social”. Hoje, aqueles mais de 8000 pacientes “moradores” (2002), internados nos hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, encontrados durante as supervisões, têm uma chance de voltar a viver numa casa na cidade, obtendo a alta hospitalar, negada durante décadas. Hoje, são mais de 1000 “ex-moradores” que voltaram a viver na cidade, recuperando a cidadania, há longos anos negada.

Os hospitais psiquiátricos públicos próprios do estado, após supervisões e intervenções, já deram muitas altas aos seus “moradores”, e suas equipes estão contribuindo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois continuam a reabilitar, em termos psíquicos e sociais, pessoas cuja média de internação é maior que 20 anos. Cuidam para que a desospitalização não seja uma outra forma de exclusão, como já advertia o Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CERQUEIRA, 1984).

Lembramos de um homem lúcido, que possui família localizada e que, na semana em que completava 91 anos de idade, também completava 65 anos de internação. Cabe perguntar: “em nome de qual ciência ele foi mantido assim?”; como uma equipe pode dizer que há pessoas “assim mesmo”, sem, ao menos, esbarrar na ética profissional ou no remoto sentimento de solidariedade?, ou pior, questionar: “mas ele já vive aqui há tanto tempo, será que vai se acostumar lá fora?”. Assim, viver internado ainda é questão de costume para alguns...

Conclusões

Humanizar é dar alta hospitalar aos pacientes “moradores” dos hospitais psiquiátricos, devolvendo-lhes o

direito de ir e vir.

Humanizar é pensar, refletir nas práticas que praticamos e publicar tais reflexões.

A desumanização é a falência do pensamento sobre as práticas, é o medo de dizer em público, o que pensamos.

Quando nos reunimos para pensar em voz alta, fazemos política.

Quando agimos na direção de desospitalizar essas pessoas, fazemos política de saúde mental e nos humanizamos.

Referências Bibliográficas

CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Psiquiatria Social - Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CIPOLLA, Antonia Maria Brandão. **Relatório de Atividades do GEPRO Saúde Mental**. São Paulo: CADAIS – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994.

