

NOTAS SOBRE LEITURAS PSIQUIÁTRICAS EM 2002

Carol Sonenreich

Para um trabalho composto por capítulos que se constituem em uma análise crítica da evolução conceitual dos temas propostos, não mostrando somente a visão atual, eminentemente empírica, pragmática e neokraepeliniana mas também as origens dessa visão e, principalmente, as conseqüências da sua utilização clínica”, começaria minha contribuição afirmando que, durante o ano 2002, três momentos me impressionaram mais: 1. As informações sobre o Congresso Europeu sobre Diagnóstico e Classificação organizado pela OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria, em Londres, 12 e 13 de julho de 2001 (Banzato 2002, Mezzich 2002). 2. As tomadas de posição com respeito aos postulados da Medicina Baseada em Evidências (Dantas 2002). 3. O relatório final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 (Min. Saúde, 2002).

Essas publicações ilustram, como tantas outras, a procura constante de estabelecer bases e diretrizes adequadas para as atividades no campo psiquiátrico.

Sobre as Classificações Nosológicas

No simpósio citado, os participantes se manifestaram, com base em princípios e pesquisas empíricas, diante da nosologia, taxonomia psiquiátrica, assim como são formuladas nos códigos de classificação sustentados pela OMS (o CID-10 de 1993) e Associação Americana de Psiquiatria (o DSM-III de 1980, e suas seguintes versões DSM-III-R de 1987 e DSM-IV de 1994). Estes códigos, por sua vez, foram assumidos pelas respectivas organizações após muitos anos de debates, dentro e fora das comissões, forças-tarefa, designadas pelos dirigentes dos organismos patrocinadores.

O DSM-III nasceu porque seus criadores esperavam eliminar, ou diminuir, as divergências no diagnóstico psiquiátrico, tomando uma postura atórica, que seria possível se os quadros clínicos fossem constituídos, descritos sem premissas etiopatogênicas doutrinárias. A validação dos quadros estabelecidos pela descrição seria tarefa das pesquisas empíricas ulteriores. Estes procedimentos garantiriam o caráter científico da nosologia.

A confiabilidade diagnóstica não foi conseguida. Entre DSM-IV (1994) e CID-10 (1983) existem nítidas discordâncias. Pesquisas mostram: os psiquiatras mais velhos usam termos anteriores ao DSM-III; a maioria continua fazendo o que aprendeu durante o treino e a prática (Jampala, 1989). As mudanças radicais introduzidas pelo DSM-III não

modificaram a conduta dos clínicos. Muitos se declaram tão satisfeitos com elas, quanto eram com as anteriores. As novas propostas deveriam ser julgadas não somente pelos dados das novas pesquisas no campo, mas pelo impacto clínico prático (Ellis, 1990).

A imprecisão diagnóstica que o DSM-III esperava resolver, não era nem perturbadora, nem particularmente prejudicial para a atividade terapêutica no seu atual estágio de desenvolvimento. A retórica científica seria um modo de autopromoção do DSM-III (Kirk, 1992).

É comum considerar que os novos modos de diagnosticar poderiam servir mais para pesquisa, do que para clínica.

A OMS lançou doze anos depois do DSM-III seu CID-10. Apesar de adotar o objetivo principal da AMP, aliás a “confiabilidade”, que eliminaria as divergências diagnósticas, o próprio CID-10 implica sérias diferenças em relação ao DSM-III, colocando os psiquiatras diante da obrigação de escolher um dos dois sistemas de classificação para sua atividade.

Desde o início, críticas claras e categóricas foram feitas ao DSM-III e as revisões seguintes (DSM-III-R, DSM-IV). A própria obrigação de um diagnóstico unanimemente aceito, é discutida. A idéia de uma postura atórica foi negada, considerada ela mesma um posicionamento teórico (Malmgreen, 1993). Os quadros codificados pelo DSM-III não foram considerados os mais convenientes, e não se pode afirmar que foram “validados” por pesquisas, que os tornem mais legítimos do que outros quadros propostos. O termo “doença” foi substituído por “transtornos”, até que sejam identificadas etiologias, patogênicas características. Os “transtornos” delimitados como categorias diagnósticas são mais numerosos do que em qualquer sistema de classificação proposto antes de 1980. Porém, muitos sustentam e procuram demonstrar com pesquisas empíricas, que em vários casos seria mais correto de falar de diferenças de grau e não de categorias de *continuum* e eventuais subtipos do que de entidades distintas.

As classificações adotadas pela OMS e APA não serviram para alcançar os objetivos para os quais foram criadas. Entre os códigos OMS e APA existem diferenças. Ambos são substituídos por códigos locais em vastas e várias regiões do mundo. Os clínicos e pesquisadores, mesmo nos países que oficialmente aderem a uma ou outra dessas classificações, contestam, dispensam, rejeitam muitos dos itens consagrados.

O DSM-IV prefere chamar “Transtornos do Humor” o que o DSM-III-R Chamava de “Afetivos”; e CID-10 chama de ‘Transtornos do Humor (Afetivos)’. Goodwin prefere falar de Doença Maníaco-Depressiva. A melancolia, para uns um construto válido como subtipo, foi definida por critérios não científicos, mas deliberadamente criados para aumentar a prevalência deste diagnóstico, servindo interesses das companhias de

seguros (Zimmerman 1989). Outros acham que não se trata de categorias clínicas, e que seria correto falar de “Espectro de Transtornos Afetivos” (Hudson 1990).

A entidade “Distímia” seria um conceito mal compreendido, um nome novo dado a depressões neuróticas, personalidades depressivas, neurastenia. (Lopez Ibor 1994). Para outros, seria parte do espectro das doenças (sic!) afetivas (Tyrer 1992), ou dimensão da personalidade e transtorno subafetivo (Akiskal 1994).

O conceito de esquizofrenia precisaria ser modificado para abrir caminho para pesquisas reais. Como está, não nos permite delimitá-lo dos transtornos afetivos. Tal mudança pode ser feita, já que DSM-IV é a melhor classificação que temos, mas não é a verdade (Andreasen 1994). Os progressos terapêuticos obtidos começaram a declinar depois de 1970, o que pode ser atribuído a falhas dos critérios diagnósticos (Hegarty 1994). A esquizofrenia não teria traços característicos, ou os critérios do DSM III são incapazes de identificá-los? Pergunta Maj (1998). Há algo profundamente errado com um conceito que se mostra tão instável no seu uso, geográfica e historicamente (Brokington 1993). A esquizofrenia é uma idéia cuja própria essência é equivocada, uma categoria nosológica sem limites naturais, uma hipótese estável (Bentall 1988).

A categoria Transtornos Mentais Orgânicos não pode ser deduzida pela observação direta de sintomas (Lindquist, 1993). O termo Transtorno Mental Orgânico deve ser retirado (Spitzer, 1992).

O Transtorno de Pânico é fato ou ficção? (Gelden 1989); é uma entidade independente? (Okasha 1994).

Os dados justificam falar de Espectro de Transtornos Obsessivo-Compulsivos? (Miguel 1995).

Não há categoria nenhuma nas classificações que não seja discutida, contestada. Assim como são rejeitados os princípios nos quais se baseiam, são rejeitados também os resultados das pesquisas realizadas nestas bases.

Ao ponto de se perguntar É o DSM-IV necessário? (Zimmerman, 1990) ou: CID-10: Um novo pesadelo dos neuropsiquiatras? (Lewis, 1994).

A “sacralização” dos códigos e de seu espírito é rejeitada até por autores que participaram e dirigiram sua elaboração (Frances, 1994).

A instalação do DSM-III (1980) como código oficial de classificação da APA foi logo seguida de críticas, objeções, contestações. Nem as edições seguintes revisadas (DSM-III-R, DSM-IV), nem a entronização do CID-10 pela OMS, acabaram com a oposição. Um artigo recente (Kendell e Jablensky, 2003) retoma as críticas, e por ser tão recente constitui para nós uma espécie de “revisão” dos trabalhos anteriores de questionamento dos códigos. Kendell e Jablensky constata o desencanto dos autores com a nosologia “revolucionária” oferecida pelo DSM-III e seus sucessores, que não conduziu para novos

conhecimentos etiológicos em nenhuma das principais síndromes. Os códigos se baseiam em princípios aberrantes (a idéia de serem ateóricos). Justificam-se pela esperança de uma confiabilidade, de unificar os diagnósticos, que não foi obtida, apesar de progressos dramáticos nesse sentido. Procuram por meio de pesquisas experimentais, validar os diagnósticos sindrômicos, para chegar a um conhecimento etiológico, que transformaria os “transtornos” em “doenças”, o que categoricamente não foi realizado. Até o conceito de válido, ainda confusamente definido, teria que ser abandonado, substituído por “útil”. Todos os diagnósticos formulados nos códigos sofrem enérgicas contestações. Seu uso não melhorou o entendimento das situações clínicas. As pesquisas realizadas com estes instrumentos dão resultados diferentes, controvertidos. Não se consegue evitar falsificações dos resultados, que muitas vezes são conformes com interesses econômicos ou políticos dos autores, e sem nada de cientificamente significativo. Francas (1999), presidente da força tarefa que elaborou o DSM-IV escreve: nosso sistema corrente descritivo, inelegante e complexo, será sem dúvida substituído por modelos mais simples e elegantes. Widiger (2000) coordenador de pesquisa da mesma *task-force* propõe recorrer a “*clusters*” dimensionais, em vez de categorias diagnósticas separadas. Cloninger (1999) conselheiro da *task-force* constata que não há provas empíricas da existência de fronteiras naturais entre os grandes síndromes. No DSM-IV (p. XXII) lemos: “não se pode afirmar que cada categoria de transtorno mental é uma entidade completamente separada, com fronteiras absolutas que a isolavam de outro transtorno mental, ou da ausência de transtorno mental. A própria essência dos códigos, separação de categorias diagnósticas, é negada”.

Andreasen (1995), redatora chefe do *Am J Psychiatry* propõe um “segundo programa para validação do diagnóstico psiquiátrico” com vários mediadores adicionais: genética molecular, biologia molecular, neuroquímica, neuroanatomia, neurofisiologia, neurociências cognitivas. Evidentemente longe da descrição e soma de sintomas.

Para pesquisa genética, a nosologia corrente, encaixada no DSM-IV, não permite definição fenotípica (Ginsbrugh, 1996).

Kendell admite que a uniformidade diagnóstica (objetivo em grande parte atingido pelo DSM-IV) pode ser um prejuízo para pesquisas. Já que existem dúvidas entre a classificação categorial e a quantitativa (*continuum*). Denuncia a exclusão das pesquisas quantitativas, do campo das ciências. Também a proclamada exigência de validação, que na prática foi realizada. “Seria perverso definir a validade de tal modo, que nenhuma síndrome de etiologia desconhecida possa ser aceita como categoria válida, mesmo se a análise funcional discriminante demonstrou que tal síndrome é separada por uma zona de raridade, das síndromes vizinhas (p. 9)”. É uma severa condenação da procura de “validade”, assim como os doutrinários do DSM-III postulavam. Para Kendell, a procura da

validade, com a de unanimidade diagnóstica, corresponde mais a objetivos político-econômicos, do que científicos. A fronteira entre saúde e transtorno psíquico, precisa ser decidida arbitrariamente, com critérios pragmáticos (p. 9). A existência de um editor, ou de uma organização financiadora, em usar a definição “oficial” de uma síndrome cuja validade não foi mostrada é raramente justificada, e usualmente sugere que considerações políticas estão interferindo no que deveria ser uma decisão puramente científica. O uso comum de uma só definição tem muitas vantagens mas a pesquisa precisa ter liberdade de usar se quiser outras definições...” (p. 10-11).

Insistimos na apresentação deste artigo que representa para nós uma síntese de muitos outros, vigorosos, documentados. Mas este mesmo parece hesitante em vários aspectos, ao condenar o que acha errado nas classificações correntes, embora encontre justificações. E ainda mais: parece querer melhorar certos conceitos (por exemplo, o de validade), em vez de considerar um rompimento radical, a favor de outros princípios e práticas.

É inegável que o aparecimento do DSM-IV e os seguintes, favorecem o aumento de atividade de pesquisas. Mas estas, muitas vezes parecem satisfazer-se com o simples fato de existirem. A qualidade dos resultados, sua utilidade contam menos ou nada, diante da própria existência da pesquisa. A política: “publique ou pereça” não foi sempre construtiva. Muitas vezes — como evidentemente Kendell sabe — ela servia para defender interesses pessoais para obstruir caminhos daqueles que não estavam em posições de força. Os próprios beneficiários denunciaram isso. Sem se obter uma correção autêntica. É neste sentido que os trabalhos do Congresso de junho de 2001, nos parecem os primeiros a surtir efeitos, com respeito a intocabilidade dos códigos de classificação. Se a aplicação das resoluções lá tomadas, não dependerá de pessoas que não tem interesses contrários.

Os autores do DSM-III teorizavam: para se tornar científica, a nosografia psiquiátrica precisa ser atórica, baseada na observação, descritiva, validada empiricamente. Nos enquadrámos entre aqueles que aspiram a fazer uma psiquiatria científica. Mas não pensamos que a doutrina das classificações oficiais tem o monopólio da cientificidade. Nem aceitamos seu modo de definir as ciências.

Desde 1972 examinamos de que maneira as ciências se caracterizam pelo rigor, certeza, casualidade, métodos, formalização prática. Continuamos procurar orientação, sugestões na obra dos cientistas do campo da medicina e de outras atividades. Os procedimentos não se aplicam da mesma maneira nos vários territórios das ciências, mas podem corresponder em princípios algoritmos, estado de espírito.

Entendemos a psiquiatria como um corpo de saber, produto da atividade dos médicos. Uma atividade humana, não limitada às operações que lhe competem, mas inserida nas relações humanas, na comunicação.

Não podemos aspirar a afirmações, verdades absolutas. Construimos pontos de vista médicos, com respeito à situação do paciente. Claro que um ponto de vista não pretende dizer tudo sobre o objeto tratado, nem excluir a legitimidade de outros pontos de vista. Não temos a convicção que a unanimidade diagnóstica, por exemplo, garanta o valor e a eficácia no combate da doença.

A procura do saber não é somente uma necessidade para prática, para sobrevivência. Achamos que pode ser vista como uma característica humana, uma atividade humana inerente. Lendas, mitos, artes, poesia são também modos pelos quais o ser humano procura saber, entender, explicar. Saber é uma aspiração constante.

Captações, intuições são homólogos irracionais da indagação científica. Seus partidários podem menosprezar o saber científico. A psiquiatria é condenada como reducionista desumanizadora, por causa da sua opção científica. Admitimos que estudar, abordar um certo ponto de vista, significa limitação, eliminar elementos do contexto. Mas não conhecemos nenhum meio de abordar tudo, apanhar tudo, dizer tudo sobre um assunto. E encontramos na ciência, o poder de criação, de adaptar-se a seus objetivos.

No território da doença mental não hesitamos em optar pela ciência, cujas principais características são para nós a comunicabilidade, a possibilidade de ser conhecida e criticada pela comunidade científica. Fazer uma afirmação científica é para nós interpretar, representar os fatos, em função de um quadro de referência. Pode ser formulada em números, em outros tipos de representação, em termos de triângulo edipiano, de categorias e modos de vivência (Sonenreich, 1985). Uma fórmula para expressar a relação científica entre dois fenômenos na qual nosso pensamento se encaixa seria: $x = \text{função de } y$.

O saber científico implica tradição intelectual, método, instrumentos para pensar e medir conceitos. Da observação da realidade são retiradas leis, teorias, que passam por verificações. Cada um destes caracteres pode ser diferentemente encarado, sua importância no processo científico é diferentemente avaliada e valorizada. Existem declarações categóricas da parte de teóricos das ciências: não existe método científico (Feyerabend, 1977), ou: o método científico é um mito (Thom, 1985).

No pensamento DSM-III a descrição salva a psiquiatria das divergências teóricas. Não adotamos esta idéia. A descrição não é a transcrição de uma observação indiscutivelmente objetiva. O próprio objeto de uma disciplina científica é formulado, construído, conforme os interesses, os objetivos da mesma. A ciência determina o que é seu objeto, o trata nos termos dela, conforme sua linguagem. Se entendemos a ciência

como forma de saber, ela se expressa unicamente em seu discurso, portanto o que nos comunica é sua visão, sua representação de objeto, da situação.

Para observar, realizamos cortes mentais, agrupamos elementos, conforme as noções que estruturamos que consideramos adequados. Decompor o objeto de estudo em “módulos” é proposta dos cientistas cognitivistas. Outros propõem abordagem holista. O sistema de pensamento determina o que o que observamos, como observamos e os caracteres da observação. Observar significa aplicar um modelo teórico ao que estamos vendo, utilizando representações teóricas anteriores (mas adequadas) ao objeto que estudamos e aos objetivos do estudo. Verdadeiro ou falso é o discurso do cientista, não o objeto do estudo (Aristóteles). O cientista procura a adequação entre o objeto estudado e as afirmações que faz sobre ele.

Os físicos o dizem: a física não fala da natureza, mas dos conceitos e resultados dos estudos que os físicos realizam.

Os códigos não são uma reprodução de uma situação clínica, mas a expressão do modo como representamos, encaramos, categorizamos as situações e os fatos. De modo que proclamar a descrição como único, ou pelo menos mais seguro caminho da abordagem psiquiátrica nos parece errado.

Pesquisas neurocientíficas, psicológicas, psiquiátricas provam experimentalmente as incertezas, complexidade, subjetividade, precariedade da percepção da sensorialidade concebida isoladamente. Ganharam o prêmio Nobel os físicos que demonstraram que não podemos falar de observação, experimento, sem a participação do experimentador.

O psiquiatra traduz as informações colhidas no encontro com o paciente, em termos correspondentes à medicina. Perde, sem dúvida, o que outros pontos de abordagem lhe acrescentaria, mas torna seu conhecimento significativo e operacional para o “caso”.

Os princípios diretores são expressão de cultura geral, dentro da qual o psiquiatra se forma.

Nem as posturas teóricas, nem os resultados práticos decorrentes de sua aplicação, nos despertaram entusiasmo para os sistemas APA e OMS de conceber e classificar, codificar as doenças mentais. Seu uso, nas atividades clínicas e de pesquisa, foi garantido mais pelo poder que seus *status* lhes conferia, do que pela adesão da unanimidade, ou pelo menos maioria dos psiquiatras. Os autores observam que até as atividades clínicas e as de pesquisa são separadas, do ponto de vista das classificações. O mesmo diagnóstico é diferentemente tratado quando o paciente é visto do ponto de vista clínico ou do pesquisador. A “eficácia” (*efficacy*) seria pensada como ação de um remédio em circunstâncias ideais. A “eficiência” (*effectiveness*), a ação quando o remédio é aplicado no caso real. Os estudos devem selecionar pacientes quanto mais similares,

conforme os critérios codificados para seleção. O resultado da pesquisa, então, pode não representar os pacientes usuais. “O clínico não tem a liberdade do pesquisador para dizer: Não posso tratar sua esquizofrenia porque o DSM-IV diz que você precisa ter seus sintomas durante 6 meses, e você só os tem há cinco meses” (Steiner, 2002). Assim, os casos estudados tornam-se cada vez mais diferentes dos doentes encontrados na prática.

A procurada convergência diagnóstica é o objetivo? O código OMS é diferente do da APA, os instrumentos do clínico diferentes dos do pesquisador, os princípios incoerentes, inconvincentes.

As recomendações terapêuticas, os argumentos que as sustentam são divergentes, às vezes até opostos. A validade dos quadros ou é discutível, ou nem foi provada, ou nem é esperada (Kendell, 2003). As críticas nunca cessaram, e era comum ler: apesar dos progressos realizados devidos a tais códigos, falta muito para compreender e tratar satisfatoriamente os transtornos mentais.

O que achamos notável no Congresso de Londres, junho 2001 é, enfim a tomada de decisões por um fórum, não por um grupo restrito de dirigentes oficializados. A norma pré-estabelecida, de publicar de sete em sete anos, novas edições do DSM-III, revistas na base da “validação empírica” foi abolida. Antes de 2010 não serão publicadas novas revisões. Não poderiam ser esperadas conquistas significativas e as sucessivas mudanças sem sólida base científica causam perda de credibilidade.

A questão da confiabilidade (fidedignidade: *reliability*) é de menor importância; não pode mais ser objetivo do sistema de classificação. Obviamente, com DSM-IV, CID-10, não foi lançada.

Não é possível ignorar que, apesar dos esforços, das tentativas, o CLMD-3, amplamente usado pelos psiquiatras da China, tem semelhanças com o CID-10, mas permanece diferente dele. É uma classificação baseada nos sintomas, mas também etiologia e patologia. Não se limita a descrições de sintomas, para fazer diagnóstico. Inclui patologias diferentes das do CID-10, inclui a categoria “Neuroses”, que o DSM-IV exclui; e o CID-10 tenta evitar. Com o CLMD-3, os psiquiatras da China tentam aproximar-se do CID-10, mas permanecem atentos às necessidades específicas da realidade chinesa (Chen Yan Fang, 2002).

Para classificar os transtornos mentais dos adolescentes e crianças, os psiquiatras franceses usam desde 1983 um código próprio (CFTMEA), com 2 eixos, diferentes dos 5 do DSM-IV. Procuram um diagnóstico global psicopatológico incompatível com a lista descritiva de sintomas como único critério (Mises, 2002).

Em Cuba é usada a terceira revisão de um glossário próprio, adaptação, mas não idêntico ao CID-10 (Otero-Ojeda, 2002).

O simpósio de Londres 2001 tornou óbvia a existência de vários sistemas classificatórios, aceitos para tornar a psiquiatria mais científica e situá-la num clima sóciopolítico atual. A preocupação com a *reliability* deve ceder o lugar a *validity*. O sistema de pensamento deve ser dirigido ao paciente, sem deixar de lado o caráter científico. Os psiquiatras devem determinar o significado dos sintomas, salientar o relacionamento médico-paciente. A psiquiatria deve ser científica e humanista. Globalização prematura do diagnóstico com base na simples semelhança dos distúrbios é prejudicial (Cox, 2002).

Temos que repensar completamente o diagnóstico e a classificação para validar os conceitos. A esperança de delimitar doença pela descrição e soma de sintomas não foi bem sucedida. Não é possível falar de classificações ateóricas e apolíticas.

A reificação das categorias pode tornar-se um obstáculo para ensino e pesquisa.

Esquemas diagnósticos compreensivos evitariam o reducionismo, combinando formulações standardizadas e personalizadas.

A utilidade clínica das atuais classificações não foi estabelecida. Sistemas classificatórios locais são praticados em vários países.

* * *

Tomamos conhecimento destas conclusões do Simpósio de Londres, julho 2001, em primeiro lugar pelas publicações de Banzato CEM (*o Risco, Minas Gerais e Rev Latino-americana de Psicopatologia*, Março 2002), de Mezzich JG (*World Psychiatry*, da WPA, fevereiro 2002) e enfim o número 35 da *Psychopathology 2002*.

Em vários trabalhos anteriores manifestamos nossas críticas aos códigos DSM-III e os seguintes, e ainda mais à imposição deles nas atividades psiquiátricas, especialmente na publicação de estudos periódicos mais influentes. Citávamos artigos de muitos outros autores substanciais. Desta vez, a rejeição das pretensões dos códigos foi manifestada no quadro de um congresso organizado pela OMS, formulada nas conclusões oficiais do evento, proclamada como orientação para futuros desenvolvimentos.

Devemos esperar que os órgãos oficiais saberão e aceitarão agir no sentido delineado.

Não diagnosticamos somando sintomas sem considerar seu significado (Sonenreich, 1990), não tomamos as pesquisas empíricas como garantia de caráter científico, acima de qualquer suspeita, absolutas, infalíveis (Sonenreich, 1995), não achamos a unificação dos diagnósticos mais importantes do que sua validação. Várias entidades nosológicas consagradas pelo CID-10 e DSM-IV não nos parecem bem concebidas e não servem para pesquisa e prática. Formulamos conceitos e definições que consideramos mais adequadas, para vários dos “diagnósticos” da DSM-IV e CID-10, por exemplo: Alcoolismo e Toxicomanias, Delírio, Depressões, Fobias-Obsessões-

Compulsões, Transtornos de Personalidade, Demências Senis. Novos conceitos, novas abordagens são necessárias (Sonenreich, 1999).

A função das ciências é fornecer uma representação do mundo, dos seres das coisas, respondendo a certas exigências: ultrapassar a superfície dos objetos, sua aparência (Jacob, 2000).

Sobre a MBE

A. Desde o início dos anos noventa do século XX, a Medicina Baseada em Evidências foi proposta como novo paradigma, para diminuir a ênfase dada à intuição, experiência clínica não-sistemática e justificativas fisiopatológicas na tomada de decisões médicas. As decisões terapêuticas seriam válidas somente quando orientadas pela MBE. As evidências, as provas disponíveis não são sempre satisfatórias, mas indubitavelmente devemos aspirar a descobri-las e usá-las para tomar decisões. É proposta uma hierarquia dos tipos de estudos dignos a serem considerados fornecedores de evidências: 1. em primeiro lugar situam-se as metanálises das pesquisas randomizadas-comparadas; 2. pelo menos um estudo randomizado-comparado; 3. pelo menos um estudo controlado sem randomização; 4. pelo menos um estudo quase experimental; 5. estudos não experimentais, descritivos, comparativos; 6. relatórios de peritos, opinião de autoridades (Sacket, 1996)

A orientação para MBE adquiriu caráter tão solene, que certas revistas avaliavam somente os estudos randomizados-controlados como científicos. Os relatos de casos, as opiniões eram usualmente publicadas na seção *cartas* (Paris, 2000).

Mas as diretivas da MBE, teriam sido abaladas por um artigo no *JAMA*, em setembro de 2000 (Guyatt, 2000). Para este, as decisões terapêuticas não podem ser tomadas somente na base de intuição, de explicações não-sistematizadas. Um grupo de regras formais resultantes da pesquisa clínica, precisa completar o senso comum. A autoridade do mestre não pode reinar absoluta. A MBE deve entender as circunstâncias do doente. Deve favorecer a literatura crítica. A decisão exige julgamento de riscos-benefícios. Implica valores, preferências. Qualquer observação empírica como relação entre eventos, pode ser considerada como evidência parcial. A observação não-sistemática seria uma fonte. O experimento fisiológico, outra. As pequenas amostras tem valor limitado; as previsões decorrentes delas podem ser certas, mas outras vezes seriam desastrosamente erradas.

Como MBE servem revisões sistemáticas, pesquisas randomizadas, uma só pesquisa randomizada; revisões, sistemáticas de observações, estudo de caso, estudo fisiológico, observação não-sistematizada. Evidentemente, a hierarquia de valores atribuídas a MBE não é a de Sacket. Não é, porém, apenas, com respeito aos “critérios” da MBE que surgem as críticas.

Dantas e Lopes (2002) rejeitam o dogmatismo da MBE, a arrogância de certos adeptos dessa. Questionam a superioridade das pesquisas randomizadas-controladas, sobre as observações bem conduzidas. Apontam as falhas metodológicas em grande parte das revisões sistemáticas invalidando suas conclusões. Desmascaram interesses de

vários tipos, pessoais, profissionais, financeiros, influenciando as pesquisas de medicamentos. Registram as diferenças entre os resultados das pesquisas financiadas pelos órgãos públicos e as financiadas pela indústria farmacêutica. Afirma que não existe medicina baseada em evidências, nem certezas incontestáveis, dogmas eternos. A medicina é uma ciência e arte em evolução, um processo contínuo de busca da verdade, que deve ser usado com inteligência particularizada para cada paciente.

As contundentes afirmações deste artigo, publicado pelo Conselho Federal de Medicina, nos determinaram apresentar certos reflexos sobre o tema MBE, na *Revista Temas* (60-61, 2001, p. 112-132). Observamos que psiquiatras de vários idiomas e regiões do mundo, desde o Canadá (Paris, 2000) até a Austrália (Harari, 2001) criticam o conceito de MBE, ou pelo menos a hierarquia de pesquisas que constituiriam “evidências”.

Um exemplo entre inúmeros: pesquisas do mesmo tipo (randomizadas, comparadas, duplo-cegos) demonstram ou que Olanzapina, agente antipsicótico atípico, não provoca discinesia tardia (Beasley, 1999); ou que pode melhorar a discinesia de certos pacientes tratados com outros anti-psicóticos (Littrell, 1998; Jaffe, 1999); pode provocar discinesia tardia (Ananth, 1999). Diante destas contradições, autores recorrem a comunicação (sob forma de cartas à redação) de casos individuais de pacientes tratados com olanzapina e apresentando discinesia tardia (Bella, 2003; Dunayevich, 1999). Os estudos sobre Olanzapina foram aliás, já citados para ilustrar as vieses das metanálises, situadas em alto lugar da hierarquia de “provas”: um só estudo sobre olanzapina foi publicado em 83 artigos, o que obviamente torna precário o valor das metanálises (Golbody, 2000). *Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of clinical Psychiatry* chegam a publicar estes confrontos entre estudos altamente hierarquizados pela MBE, e estudos de casos individuais.

Nem as metanálises randomizadas-comparadas, nem as revisões não excluem falhas, vieses, contradições entre elas, falsificações (Andersen, 1977; Attalah, 1997; Le Lorier, 1997). A maior parte dos medicamentos (entre elas a penicilina, os neurolépticos, tricíclicos anti-depressivos, tranqüilizantes, lítio etc) foram introduzidos na prática médica sem estudos do tipo preconizado pela MBE. Medicamentos aprovados pela MBE foram posteriormente constatados impróprios. O valor do lítio, tão “provado” que por muitos é o padrão-ouro para pesquisas, é declarado absolutamente ineficaz (Moncrieff) cujos estudos são perfeitamente conforme as normas MBE).

Encontramos afirmações como: o MBE é outra “ameaça” para a medicina, depois de DSM-III, CID-10 (Bourgeois, 2000). O termo MBE é usado para intimidar, recusar verbas, aplicar sanções materiais (Graham, 2000). Os cuidados baseados no cálculo proveito-custo não servem para uma psiquiatria melhor (Sachs, 1997). Os dados estatísticos intimamente ligados a MBE, incluem problemas, erros potenciais na definição

das categorias, adequação de amostras; suas conclusões são praticamente incorporadas na escolha de dados (Stiegler, 1999).

Há muito mérito na psiquiatria baseada em evidências, mas também perigos significativos. Os dados podem ser mal usados. Não todas as instituições que propõem estudos baseados em provas merecem confiança igual. As psicoterapias curtas são mais fácil de estudar, do que aquelas de longa duração. Vamos então nos limitar a estudar o que é mais fácil? De fato, consideramos “provado”, o que já foi publicado e ainda não contestado. É este procedimento correto? As provas não podem substituir o julgamento clínico. Não podemos deixar que isto aconteça. São estas palavras da penúltima mensagem de Borenstein (2001) como presidente da APA.

A metanálise sobre os efeitos do magnésio da função miocárdica podem ser paradigma para ilustrar os resultados enganadores. As revisões sistemáticas são prejudicadas já que os estudos são arbitrariamente selecionados. São feitas propostas para erradicar os vieses das pesquisas na linha MBE, mas os resultados não atingem o nível desejado (Golbody, 2000).

Entre o trabalho clínico e MBE persiste um vazio. A arte da ação clínica tem que integrar e extrapolar as provas com o bom julgamento (Nieremby, 2000).

As pesquisas qualitativas (muitas as ignoram e se gabam com isso!) tem valor efetivo. Os números revelam muito sob os transtornos psíquicos, mas não podemos deixar de analisar, além deles, os significados, a compreensão dos casos (Buston, 1998).

Valorizar exclusivamente os estudos quantitativos, as metanálises, revisões de literatura nos parece que não garante o caráter científico das pesquisas. Não faz avançar a Psiquiatria. O caso particular, o estudo qualitativo é parte fundamental da Medicina (Denzin, 2002).

Em neurologia, a maioria das grandes descobertas, que resistiram à prova do tempo, foi iniciada a partir de estudos de casos clínicos (Ramachandran, 2002).

Pensar, escolher baseado em “evidências” é com certeza uma aspiração, mais do que uma possibilidade. Não somente a definição do que pode ser considerado prova, mas o próprio conceito de MBE estão ainda em debate.

Devemos procurar uma psiquiatria baseada em provas. Mas não podemos dispensar o consenso de peritos, ingrediente importante particularmente onde os dados experimentais são insuficientes. Temos que melhorar os métodos de estabelecer o consenso que permite elaboração de “Guias” de procedimentos. A exigência de unanimidade leva a recomendações vagas, insatisfatórias (Kahn, 1997).

Já apresentamos nossas reflexões com respeito a isso na *Revista Temas* 2001; 60-61:112-122

B. A prática da MBE, idealizada e importante para uns, contestada e rejeitada por outros, visa dar à psiquiatria um caráter verdadeiramente científico. Esta era também a esperança dos criadores do DSM-III (Spitzer, 1978) e também de tantos outros dos criadores da psiquiatria. Comumente se afirma que a medicina começou como arte mágica, e tornou-se racional, científica com Hipócrates. Tal afirmação tem conseqüências sobre o entendimento atual da psiquiatria, de modo que temos que tentar entendê-la.

Culturas mais antigas do que a grega, já procuravam compreender e tratar os sofrimentos físicos e mentais. No Egito, desde o terceiro milênio a.C. documentos nos ensinam sobre prática e ensino médico (Chastel, 1998). A biblioteca de Alexandria (333 a.C.) tinha materiais para ensino médico, tinha salas de dissecação. Havia estreitas relações entre medicina e religião. Deuses eram diretamente implicados nos cuidados para com a saúde. Isis era a deusa das curas. Seth encarnava o mal e as doenças. Horus, filho de Isis e do irmão dela Osíris protegia a vista. Neftis, esposa de Osíris contaminou os olhos do próprio Horus (provocou oftalmia? Tracoma? Catarata? Glaucoma?). Quem o sarou foi Thot, o médico dos deuses. Imhotep (2800 a.C.) construtor da pirâmide de Saqqara, arquiteto, médico, ministro foi deificado depois da morte e assimilado ao deus grego Esculápio.

Papiros com textos de medicina, tratados, questionários, livros de receitas, dos anos 1800-1400 a.C. foram conservados. Tratam de ginecologia, cirurgia, terapêutica, farmacologia, proctologia. Outros considerados menos importantes de oftalmologia, dermatologia, cirrose, pneumonia, hérnias. Um tratado estuda ofídios, envenenamentos. Os médicos fazem o diagnóstico após um interrogatório cuidadoso e um exame completo, tomando em consideração urina, fezes, escarros. Mas não fazem um prognóstico: a cura depende dos deuses. O tratamento consistia em gestos mágicos, encantações religiosas contra os maus espíritos, medicamentos vegetais, animais e minerais. Usavam pílulas, pomadas, colírios, fumigações, purgações, vomitivos. Conheciam mandragora (escopolamina) e o *Papver somniferum* (Dormideira).

Os cadáveres humanos eram embalsamados para viver na outra vida. As vísceras, o cérebro eram retirados. Para mumificação eram usados produtos químicos retirados dos fundos dos lagos salgados, resinas...

Os médicos eram especializados em tratar partes do corpo: ânus, boca, dentes, olhos, abdome. Existia uma hierarquia entre eles, sendo o Faraó o primeiro na fila, organizando os estudos que se realizavam em templos. Seguiam na ordem, chefes, praticantes. Recebiam pagamento em produtos naturais. Os mais brilhantes ocupavam cargos, eram dignitários, chefes de exércitos, ministros, os textos médicos eram mantidos em segredo. (Chastel, 1998).

Não temos como separar o que constitui pensamento médico do religioso; nem como delimitar o que seria mágico, místico, do que seria científico. Nos parece claro que nossa linguagem, nossas necessidades lógicas não podem ser traduzidas, não podemos estabelecer autênticas correspondências. Do nosso ponto de vista, alguns dos elementos encontrados nos documentos antigos podem ser qualificados como magia, outros como medicina científica. Obviamente, o sistema de pensar egípcio, não era o que praticamos atualmente. De modo que nos perguntamos: para que insistir na separação? Como usamos esta suposta diferença, nas controvérsias atuais?

* * *

Na Mesopotâmia, as culturas sumerianas (em torno do 4^o milênio a.C.), acadiana (2950 a.C.), babilônicas (1900 a.C.), caldeana (600 a.C.), as práticas médicas também estavam compostas de elementos “naturais” e “religiosos”. A relação dos médicos profissionais e os deuses eram estreitas. Doença era um castigo. Havia deuses que curavam (Nihgiszida, cobra com duas cabeças, Ninib). Em tabuinhas de argila podemos ler a descrição dos sintomas principais de doenças como hérnias, hidropisia, sarna. Os tratamentos associavam encantações mágicas, práticas adivinatórias. Vôo de pássaros, nascimento de animais defeituosos, aspecto das estrelas, sonhos eram “consultados”. Fígado de cabra ou ovelha traziam informações sobre o estado do paciente. Também usavam plantas, tecidos de animais, minerais. Praticavam-se cirurgias. Os doentes podiam ser isolados para que o espírito da doença não ataque outras pessoas.

O código de Hamurabi (750 d.C.) estipula o *status* dos médicos, seus honorários, as multas aplicadas quando fracassam. É uma profissão de risco: o *asu* podia ter sua mão decepada. Sua posição social era da mesma categoria que a dos adivinhos, estalajadeiros, padeiros. Não personagens oficiais da corte. Indivíduos que vivem dos seus honorários com tarifas estabelecidas (Ronan, 1988)

As “forças” ocultas dos animais, plantas, mares, ventos — a natureza, enfim — são vistas de uma maneira que caracteriza para nós o pensamento mágico. O mago alcança os espíritos, os mobiliza, tanto por encantamento quanto por poções, substâncias, objetos.

Nestas situações, tem sentido querer dividir os procedimentos em mágicos e científicos? Se o fazemos qual é o objetivo?

* * *

Os gregos são encarados como os divisores das águas. São eles que, primeiro, teriam procurado explicar o mundo de maneira racional, lógica, particularmente com a ajuda das matemáticas. Não na civilização minoiana (3000-2200 a.C.); nem no tempo Homérico (1250-1180 a.C.). Mais tarde com os criadores da matemática. Pitágoras (560-500 a.C.) era matemático e filósofo. Também chefe religioso. Alcmeon de Cretona é citado como médico, e lhe são atribuídas dissecações de animais. Mas também é filósofo,

provavelmente pitagoreano. Empédocles de Agrigento (490-435) também é nomeado médico e filósofo. Aceitava a teoria dos quatro elementos.

Seria Hipócrates (460-377) ou melhor: sua obra, que recebeu em geral o qualificativo iniciantes de medicina racional científica. Antes a medicina grega não teria se livrado das práticas religiosas e mágicas. É da medicina hipocrática que seríamos os herdeiros.

Antes dela, os deuses provavam as doenças, desde as lesões de flechas até a peste. Evitar doença era cuidar de não irritá-los, ou obter o perdão deles. Melampo, médico mitológico, já em torno do ano 1500 a.C., curava as filhas do rei de Argos, cuja loucura era acreditarem ser vacas. O remédio foi helébora. Melampo é herói homérico, companheiro de Hércules, primo de Jasão. Aprendem com serpentes a linguagem dos animais. Era médico mas também sacerdote.

Asclépio era deus da Medicina, filho de Apolo e da mortal Coronis. Aprendeu medicina com o centauro Quiron. Usou sangue de uma das Gorgonas para ressuscitar mortos, o que não foi tolerado por Zeus, que o fulminou. Os descendentes de Asclépio são os médicos, com o chefe de fila Hipócrates. Como ele, praticavam para curar, ritos, banhos, regime alimentar, medicamentos, arte. Os sonhos dos pacientes davam informações, orientações. Asclépio era nome dado aos hospitais que junto com os templos e os anfiteatros, participavam do tratamento.

As idéias e as práticas hipocráticas, consideradas as primeiras científicas pela epistemologia contemporânea, não nos parecem muito fieis ao espírito do tempo ao qual estamos nos referindo.

Hipócrates não acreditava que as doenças são provocadas por poderes sobrenaturais, como (segundo ele) “dizem” seus contemporâneos. Se um paciente imita uma cabra, se urra ou sofre convulsões do lado direito, responsabilizam a mãe dos deuses. Se dá um grito agudo comparam-no com um cavalo e a culpa é de Poseidon. Se defeca, o que muitas vezes acontece por causa da tensão da doença, lhe dão o nome de Enodia. Se o faz em menor quantidade e com mais freqüência como os pássaros, culpado é Apolo Nomio. Se espuma pela boca e dá patadas, o deus Arês tem a culpa. Quando sofre medos e terrores noturnos quando delira, pula da cama e corre na rua, dizem que Hécate está atacando, ou que seus heróis o assaltam (Rosen, 1968).

Hipócrates discorda destes “dizeres” mas com certeza, não é somente contra os poetas, que ele se manifesta. Platão distinguia a loucura como doença, da loucura como rompimento das normas divinas e de conduta social. Os maiores bens, também, nos vêm pela loucura, dom divino, podemos ler em Fedro. De outro lado, Aristófanes fala de “apedrejados como se fossem loucos”. Mas em Plauto, um sacerdote chama o médico para tratar seu filho louco.

Podemos entender rigorosamente como, no século de Péricles, de que maneira a medicina era separada das crenças irracionais?

Um trecho das “Epidemias” hipocráticas recomenda ao médico “considera a natureza humana universal e a natureza própria de cada pessoa; a doença, o doente, as substâncias administradas, quem as administra e o que podemos concluir bem ou mal, os hábitos, os regimes de vida, as ocupações, a idade de cada um, as palavras, as maneiras, os silêncios, os pensamentos, os sonhos, as insônias, as qualidades, os momentos de sonho; os gestos desordenados das mãos, os pruridos, as lágrimas, os paroxismos, as fezes, as urinas, os escarros e os vômitos; a natureza das doenças que se sucedem umas às outras; os depósitos anunciadores de ruína e crise; o suor e os resfriamentos, os arrepios, a tosse, o espirro, o soluço, os arrotos, os gases silenciosos ou barulhentos, as hemorragias e as hemorróidas” (Epidimies I. 10, Littre II, 668-670).

Recomendações tão conformes com a medicina contemporânea. Mas os aspectos religiosos, místicos não sem influência, não são ausentes nas práticas hipocráticas. Podemos dissecá-las? Teria algum interesse fazê-lo?

Farmacon são drogas, filtros, instrumentos. Também encantações. Como interpretar o termo *farmacon* com o qual é designado o filtro dado a Cronos (pela deusa pragmática Metis) para vomitar a pedra que engoliu, no lugar dos seus filhos? A medicina hipocrática é da ordem chamada *pikilion*: forças múltiplas e ondeantes. As plantas têm virtudes medicinais e mágicas.

Podemos lembrar aqui que, do *Corpus hippocraticus* não todos os textos podem ser atribuídos a Hipócrates mas Epidemias I e II seria uma das mais belas jóias do *Corpus hippocraticus* (Pingeaud, 1987). É nelas que lemos descrições de doenças psíquicas, frenitis, manias, melancolias, incluídas entre as doenças em geral. As explicações hipocráticas, as alterações do sangue, bílis, fleuma são imediatamente ligadas aos quadros de alterações mentais. São doenças da alma, mas associadas às modificações dos quatro elementos da matéria. E situadas ao lado da angina, podagra, cefaléia, alterações intestinais.

Entre os aforismos de Hipócrates podemos ler: As moléstias da primavera são: mania, melancolia e distúrbios epilépticos, sangramento, amidalite, coriza, rouquidão, tosse, lepra, dermatites e erupções cutâneas que, em geral resultam em ulcerações, nódulos e moléstias artríticas (Seção III-20).

O início do outono propicia a ocorrência de febres quartãs e febres irregulares, intumescimento do baço, hidropisia, tuberculose pulmonar, disenteria, ciática, amidalite, asma, cólicas intestinais, epilepsia e distúrbios maníacos e melancólicos (Seção III-2).

Com base no mesmo raciocínio, a aplicação do critério oposto no caso de pessoas que sofrem de melancolia recomenda o uso de purgativos (Seção IV-9).

Nos melancólicos e nefréticos, quando surgem hemorróidas, é bom sinal (seção VI-11).

Quando a frenites surge numa peripneumonia é mal (Seção XII-121).

A maneira hipocrática de encarar a doença não pode ser classificada de dualista, no sentido dado a este conceito, depois de Descartes. Não estamos à vontade, equiparando as categorias da medicina hipocrática, com as adotadas pelos criadores do alienismo, da psiquiatria depois do século XVII.

Muitas vezes se fala dos casos de transtornos mentais e do tratamento que lhes era dado na literatura antiga. É citada a “loucura de Belerofonte, a das filhas do rei de Argos”. São casos mitológicos e não há meio de homologá-los a conceitos médicos. Mesmo se os que são chamados para tratá-los conhecem medicina, é de deuses e figuras mitológicas que a apreenderam. O apelo a Hipócrates para cuidar da suposta doença mental de Demócrito, em Abdera, é especificamente endereçado ao saber médico. Parece que esta obra é composta de cartas apócrifas, escritas uns quatro séculos depois de Hipócrates. Mesmo assim, nos despertam um interesse especial, em primeiro lugar por ser o médico solicitado para um caso que a população considera “mental”. E o médico, observando a situação, não lhe atribui caráter patológico.

Contudo, mais uma vez, não achamos que os dados do nosso raciocínio podem ser identificados com o dos autores antigos nem que a tradução literal dos termos deles significa o que significava para eles.

Celso o médico romano do século de Augusto, separava medicinas dogmáticas (criações artificiais dos médicos) das empíricas que não decorriam de especulações. As conjeturadas pela razão, contra as do empirismo radical, que admitindo somente o que aparece, negam até o interesse pelas causas (Filinos de Cós). A escola de Cnido queria ignorar qualquer doutrina, observando apenas os fatos, tentando sistematizá-los. A escola de Cós — com Hipócrates — lutava contra os postulados filosóficos, mas não era rigorosamente empírica, como a de Cnido. Procurava explicações científicas para os fatos observados. Mas não ultrapassava um nível pré-científico; somente no século 19 a medicina teria alcançado nível científico (Joly, 1964).

Parece que certos debates contemporâneos reproduzem os antigos. Mas é duvidoso que os antigos se identificariam com nosso debate, ou confundiriam o sentido que damos aos conceitos, com os sentidos que eles davam. A oposição criada para separar uma medicina baseada em evidências, de uma medicina mágica serve somente para contestar o valor de certos procedimentos contemporâneos. A psiquiatria contemporânea desvalorizada de um lado como não científica quando não se busca nas hierarquias da MBE, e rejeitada de outro lado, por ser declarada científica, ao ponto de ignorar o humano.

* * *

Na Idade Média, vista por muitos como o tempo das trevas, teria havido uma regressão para uma medicina mágica, mítica, não-científica.

Procedimentos foram sempre usados pelos magos para combater sofrimentos (sejam ou não considerados doenças). Aos magos e aos reis, chefes, eram atribuídos “dons” curativos; às vezes aprendidos com outros iniciados.

Numa visão severa demais, a magia seria algo de fantasmagórico, enganoso, ilusório, relacionada ao império dos sentidos. A evidência situa-se no mundo da razão. Evidente adequação da última para o saber psiquiátrico (Paoliello, 2001).

O reuco da medicina científica para a magia pré-hipocrática, seria a marca da Idade Média.

Na África contemporânea, aspectos da prática, interpretações mágicas, contribuem para compreender os sintomas e suas causas para tomar decisões terapêuticas. Os espíritos, os antepassados, o exorcismo são importantes na construção dos sintomas e doenças. O apelo dos serviços de saúde é o último recurso (Linda, 2002).

Do outro lado, “experiências místicas” (unificação com Deus, estar fora do corpo, contato com alienígenas, capacidades curandeiras) são estudadas no laboratório, em relação com neurotransmissores, com substâncias produzidas endogenicamente pelo cérebro (Strassman, 2001).

A oposição, ou o encontro entre abordagens científicas e mágicas, aparece em vários sentidos.

Se no Senegal cerimônias “ndeup” são dedicadas à doença mental, rituais animísticos são praticados também pelos pacientes dos hospitais de doenças mentais. E entre as intervenções “alternativas” é citada a terapia de energização com movimentos, falas, canto, para que “revertem a polaridade corporal”. O melhor tratamento para a depressão é a crença, o que em si é mais essencial do que aquilo em que se acredita, diz Solomom, 2002.

Os mitos ou a mitologia, seriam um discurso agressivo feito em nome da razão, contra um saber tradicional indeterminado (Grinburg, 2001). Não passam de mentira, segundo Platão, mesmo se misturados com alguma verdade. Os bons mitos deveriam ser adotados; os maus, repelidos. Os poetas inventaram falsos mitos, ações imorais atribuídas aos deuses.

Uma psiquiatria que passa da magia para a ciência é vista com um enorme progresso. O *status* de ciência é reivindicado pelos autores dos sistemas DSM-III e CID-10, e da mesma maneira pelos aderentes à MBE. É verdade que também Hipócrates seria o iniciador de uma medicina que rompendo com a magia entrava no campo das ciências. Direção que teria se perdido na Idade Média. Não concordamos com esta idéia. Existem

provas indiscutíveis de que, durante a Idade Média o que seria por nós visto como doença, fenômeno natural e abordável pela medicina, era freqüentemente qualificado de possessão demoníaca, bruxaria, heresia, punição divina. Assim como antes do desenvolvimento da medicina hipocrática. No século XIV uma bula papal (1323) condenava a bruxaria como heresia, e adivinhos, magos eram presos e punidos. A saúde, como a vida, era um dom divino e somente os sacerdotes eram aptos a intermediar entre o homem e a vontade divina. O clero estudava demonologia. Mas, mesmo sendo majoritária, esta postura não era a única. Depois de Galeno (130-200), não foi instalado o “obscurantismo medieval” absoluto.

Rhazes, de Bagdá (860-930), não somente era médico, mas afirmava que os médicos não devem se interessar pela poesia, música, mas ser unicamente médicos.

Avicena (980-1037), segundo os hipocráticos, atribuía a melancolia a alterações do funcionamento do estômago, fígado, baço. Discordava expressamente de “alguns que falavam de demônio”. Averoes (1126-1198), Maincomides (1135-1204) continuavam as práticas e o ensino médico. O rico “Antidotário” elaborado no século XIII em Alexandria, Egito, era traduzido para uso em 1637, em francês.

No século XIII apareceram as universidades, com Faculdades de Medicina: Paris, 1205, Montpellier 1289; Pádua, 1222; Nápoles, 1224; Oxford, 1294; Cambridge, 1284; Lisboa, 1290. Também se instalava a inquisição.

Não é justo acreditar que a Idade Média ignorou o pensamento científico.

A afirmação de que o espírito científico voltou a se manifestar somente com a Renascença, é também discutível. Durante os séculos 14-16 da Renascença, pontos de vista racionais e irracionais, e as práticas deferentes deles, coexistiam. Às vezes, sendo os médicos presos por causa de sua oposição às autoridades e opinião pública Como Cornélio Agrippa em 1519. Na mesma Colônia, Alemanha, cidade na qual Sprenger e Kraemer tinham escrito *Malleus maleficorum*, em 1482-49, texto da inquisição contra bruxas heréticas.

E o pensamento anti-científico não desapareceu com a Renascença.

O diabo é a causa externa das doenças. Penetra no corpo e provoca a doença. Aumenta o suco melancólico e impede sua evacuação, de onde o acúmulo nos ventrículos e raízes dos nervos, pensava Vallesius F (1587). O corpo no qual o diabo entra é o dos melancólicos. É este humor o verdadeiro sitio qual o diabo gosta (J Taxil. *Traite de l'épilepsie*, Lyon, 1602).

Plater (1536-1615) cuidou e conviveu com idiotas e psicopatas em calabouços. Classificou as doenças mentais, mas concluiu que são provocadas pelo diabo, não de causas naturais. John Weyer, holandês (1515-1588) negava a demonologia, a bruxaria.

Vives, espanhol (1492-1540) recomendava para o doente mental em tratamento humano. Cuidados médicos, tranqüilidade, tratamento amistoso.

Impossível atribuir caráter homogêneo aos pensamentos e práticas da Renascença. Não “racionalizou” definitivamente a medicina. Também a última bruxa foi executada na Alemanha em 1775, e na Suíça em 1782 (Zieborg, 1941).

* * *

C. Observar como as noções de patologia mental foram tratadas ao longo dos tempos nos permite entender melhor seu conteúdo, significado. Nos permite entender como se estruturam entre elas, como se encaixam na cultura respectiva, se podemos fazê-las ou não, instrumentos para nossa própria medicina. Achamos notável ler cada vez mais trabalhos de história da medicina mental, realizados por historiadores de profissão, mais do que por médicos que dedicam sua principal atenção aos aspectos históricos. No campo psiquiátrico achamos, trabalhos dedicados à história de certas situações clínicas, diferentes da história dos conceitos, da nomenclatura ligada a tais situações. Falar da “história natural” de certas manifestações clínicas é diferente de falar da história dos conceitos, das unidades nosológicas criadas pelos psiquiatras. Em *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and paths to Recovery*. (Harvard. University Press, 1983). Vaillant coloca as questões em termos diferentes de Berrios (1993) quando escreve: *European Views on Personality Disorders: A Conceptual History*. *Comprehensive Psychiatry*. 34(1):14-30.

O “assim chamado” transtorno ansioso é um construto, um conceito. A história da definição dada no DSM-IV não é a mesma coisa que a história do transtorno ansioso em geral. As categorias clínicas refletem objetos mais ou menos fixos na sua ontologia. Podem ter um substrato neurobiológico, mas suas manifestações, os comportamentos gerados são culturalmente formados (Berrios, 1999).

Em *The Concept of Schizophrenia. Historical perspectives*. (Washington. *Am Psychiatric Press*, 1991). Howells quer saber se o que chamamos hoje esquizofrenia existia em tempos anteriores. Torrey (1980) acha que não. As manifestações da doença seriam associadas com a civilização do tempo, com valores contemporâneos. Os casos chamados hoje Esquizofrenia não poderiam existir antes do século 19. Outros autores discordam: Pinel descreveu quadros que hoje seriam nomeados Esquizofrenia. Nos escritos babilônicos, latinos, indianos, certos autores identificaram atuais esquizofrenias. A mesma coisa foi dita com respeito a casos que Platter (1536-1614) apresentava como manias; Laurens (1560-1604) como melancolia. Não seria “erro” diagnóstico: não existia ainda o conceito Esquizofrenia. Não existia ainda nem aquele de Demência Precoce, que Kraepelin acabou transferir para Esquizofrenia de Bleuler.

Certos autores acham que vários nomes foram usados para as mesmas entidades. Outros contestam: não existiam, nem podiam existir os mesmos casos clínicos, de modo que não podemos identificar. Esquizofrenias, por exemplo, nas descrições antigas ou medievais. Os casos de Demência Precoce de Kraepelin poderiam ter sido doenças degenerativas, tumores cerebrais, lues (Altschule, 1976).

Consideramos que o diagnóstico, a interpretação dos sintomas como esquizofrênicos, depende da noção de esquizofrenia adotada pelo pesquisador.

Roccatagliata (1991) defende a existência da esquizofrenia desde a antiguidade, sendo designada com outros nomes. Os casos teriam despertado profundo interesse desde o século 7 a.C.; mas depois do século 11, a pintura dos casos respectivos passou a ser estereotipada, reprodução sem crítica dos textos antigos, o que diminuiu o interesse geral pelas dadas situações. No século 19, o interesse teria reaparecido com Morel (1809-1873), Kraepelin (1856-1926). A “base” do quadro seria um modelo bioquímico da vida mental, proposto nos séculos 7 e 6 a.C. pelos filósofos da natureza (Heráclito, Efeso, Empédocles, Agrigente, Demócrito de Abdera, Mellisso de Samos). A doença psíquica seria um epifenômeno do desequilíbrio dos quatro humores. Frenitis, mania expressavam o cérebro excessivamente seco e quente; melancolia o cérebro frio e seco sob o domínio da bilis preta. Umidade e frieza devidas a pituita ou fleuma provocavam estados chamados fatuitas, hebetatio, morositas, stupiditas, stultitia (o que corresponderia a esquizofrenia).

É comum ver que se concebe “doença” como tendo sua natureza própria, características anatomopatológicas, etiológicas, modos próprios de instalação e evolução. Só assim se pode falar de “história natural” da doença.

Entendemos por “doença” um conceito, um instrumento elaborado pelos médicos, para estudar e tratar certas situações da existência dos seres vivos. Os conceitos são criados para estudar, expressar fenômenos, objetos, não são o próprio fenômeno ou objeto. Um campo do pensamento ao qual se coloca a questão das relações entre objeto e conceito, é este, das alterações mentais. Optamos por pensar que “doença” é o conceito que usamos para o trabalho médico. De modo que a história do conceito, da taxonomia, não é a mesma coisa que a história da situação designada pelo termo “doença”.

Esquizofrenia é um conceito criado por Bleuler, e desde então se poderia falar de uma história dele. Se os fenômenos que ele designa existiam antes, sob outros nomes, por que não continuar chamá-los como antes? A nova nomenclatura tem sentido, se ela explica, interpreta, formula os fatos de uma maneira diferente; lhes dá um significado que outro conceito. Não achamos que se trata de uma mera mudança de nome.

E temos que concordar com aqueles que afirmam que a doença diagnosticada expressa o conceito que fazemos da situação, a representação medicalizada da situação.

Diagnóstico é do pensamento médico, não dos fatos em si. Fora da medicina, o diagnóstico não tem sentido.

A linguagem não tem apenas a função de descrever, refletir. Sua função é a de comunicar, formular para que o outro compreenda.

Não queremos aqui falar sobre o doente maníaco ou esquizofrênico. Mas sobre a forma da qual o psiquiatra encara as condutas, os relacionamentos, das respectivas pessoas. É neste sentido que nos referimos a diagnóstico, doença: como conceitos aplicáveis a certos objetos.

Os conceitos de “longitude” e “latitude” não falam sobre o globo terrestre, mas sobre a maneira de sistematizar os conhecimentos que temos a respeito dele. Podemos ler uma história da radiografia dos aparelhos, técnica, uso, sem ser a história das alterações pulmonares que ela ajuda a diagnosticar. Podemos pensar: variam os pontos de vista, dos instrumentos, mas o objeto do estudo, os fatos, são os mesmos... Até que se podia discutir o sentido desta asserção.

Maturana (2001) diz que há tantas verdades — todas diferentes mas igualmente legítimas — quantos domínios de coerências operacionais explicativos, quantos modos de reformular a experiência, quantos domínios cognitivos podemos trazer à mão...

Os cientistas manifestam-se: os conceitos da física são livres criações do espírito humano (Einstein, 1938). O mundo nos é dado de uma só vez e não sob uma versão percebida. O espetáculo que se descreve, só adquire uma significação em relação ao espírito que o contempla (Schrödinger, 1954). As leis matemáticas que formulamos não tratam das partículas em si, mas de nosso conhecimento delas. A concepção de uma realidade objetiva vaporizam-se nas equações matemáticas que não representam mais o comportamento elementar, mas o que sabemos sobre este comportamento (Heisenberg, 1958). Se o elétron e os ácidos aminados são as mobílias do universo, os pensamentos e as bases científicas sobre elétrons e ácidos aminados são o catálogo deles (Abragam, 1989). A expressão matemática dos fenômenos, as equações do movimento, podem levar a uma ausência de qualquer tijolo fundamental da realidade física (Nicolescu, 1985). Os quarks, constituem provisionamente os elementos da matéria. Conhecemos deles apenas os nomes que lhes atribuímos (Jaquard, 1983)

Até que ponto podemos falar de coisas em si? De entidades determinadas pela natureza intrínseca? Até que ponto são as entidades nosológicas moldadas pelos próprios conceitos? A existência do fenômeno cria a necessidade de lhe atribuir um sentido, e isto é a tarefa do estudioso. (Eisenberg, 1988)

A física usa conceitos que não sempre são tidos por objetos reais. *Quantum* permite medida de objetos reais, mas não é mais do que um fator de cálculo sem significado

físico. Para Feynman (2000) o elétron é uma teoria tão útil para entender como a natureza funciona que podemos chamá-lo de real.

Os números são representações da realidade. Para Pitágoras, eles têm uma essência própria. Mas o radical de menos um $\sqrt{-1}$ é um conceito de grande utilidade, mas não pode, por definição corresponder a realidade alguma.

Um termo, conceito, pode expressar uma idéia que é real, existe, mesmo sem ter materialidade, como o número zero.

* * *

O que nós queremos aqui é meditar sobre o discurso psiquiátrico, sobre os aforismos e estrutura dele, não sobre o objeto em-si. Já que acreditamos que objeto não pode ser percebido independente dos instrumentos, dos conceitos do observador. “As palavras têm seu próprio desenvolvimento, implicam uma história semântica” (Berrios, 1993).

“Duas metáforas parecem controlar a compreensão da nosologia histórica. Uma desenha o clínico catalogando espécies, doenças, como faz o botânico no jardim; a outra encara o clínico como um escultor cravando moldes em matéria sem forma e... criando formas clínicas” (Berrios, 1995).

Insistimos nestas idéias porque inserem as atividades psiquiátricas no quadro mais amplo, dos sistemas de pensamento, da cultura. Também para manifestar nossa opinião: afirmar que “não existe doença mental” é procurar proibir ao médico elaborar e praticar a psiquiatria.

Usar historiografia para afirmar que Pinel tirou doentes das correntes para servir o racionalismo burguês, consagrando o caráter doentio para a irracionalidade não-burguesa, não serve nem a ciência, nem os da sociedade. É apenas expressão de interesses cooperativistas ou políticos.

Dizer que os médicos queriam impedir a palavra de Pierre Rivière, quando diagnosticando doença mental, se opunham a condenação do mesmo, sentenciado pela justiça é tão absurdo, que só pode ser atribuído à má-fé dos respectivos autores.

A história seja da psiquiatria, como corpo de saber, seja das instituições da epidemiologia não pode repetir chavões do tipo: idade média, época das trevas. Nem separar as práticas por datas, épocas fixas, quando as doutrinas, as idéias, os procedimentos são na maior parte das vezes sincrônicas, não se substituem, sucedem numa só direção (como por exemplo, da magia para a ciência).

Bastos (2000) afirma que experiência clínica e evidência completam-se, somam-se. A fetichização da Psiquiatria Baseada em Evidências assume características de um cientificismo neopositivista, que passa a fazer “tabula rasa” do saber psiquiátrico clássico, fundamentado no estudo de casos clínicos, quer na psicopatologia fenomenológica, quer

na psicodinâmica ou na análise existencial. É um abuso nada científico, fazer da MBE critério de exclusão daqueles cuja presença científica não nos agrada.

3. Reforma psiquiátrica.

A Uma surpresa foi a leitura do *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental* realizada em dezembro de 2001 em Brasília, publicada em 2002 pelo Ministério da Saúde. São recomendadas providencias consideradas aptas a criar condições, recursos, meios para defender a saúde mental no país. O que se destaca é a insistência para com a idéia de extinguir os hospitais psiquiátricos até o ano de 2004 (p. 4, 5, 24), reforçada com a dissolução (p. 68), extinção dos “manicômios” e controle da “internação” (p. 40, 6). O controle das internações psiquiátricas, depois da extinção, até 2004, seria para os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais? — aliás até 10% (p. 51). Prescreve também abolir o ECT, declarado prática de punição, suplício, desrespeito aos direitos humanos” (p. 26, 28). Ainda proíbe a medicalização do sofrimento (p. 13, 148), quebra patentes das medicações da última geração (p. 150), regulamenta as dosagens de medicamentos (p. 151). Quase uma surpresa nestas condições, a preocupação com “formação de psiquiatras” (p. 75)! Menciona cuidados para “população de rua” (p. 41, 87); esta categoria de pessoas seria assimilada por definição com transtornos mentais? Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (p. 153); os “usuários” seriam incluídos automaticamente na patologia? De qualquer modo proíbe uso de leitos psiquiátricos de serviços conveniados, para usuários de álcool e outras drogas (p. 62, 195).

Tomamos conhecimento dessa publicação no fim do ano de 2002. Em abril de 2001 tinha sido aprovada a Lei 216 da Reforma do atendimento à saúde mental no Brasil.

Em 1992 tinha sido apresentado ao legislativo o Projeto de Lei 336. Basicamente, achamos que ele diferia do texto aprovado nove anos mais tarde, pelo seu objetivo principal a extinção progressiva do hospital psiquiátrico.

A inspiração direta para o projeto de 1992, era o modelo italiano, da lei 18, aprovada em 1979, associado ao nome de Franco Basaglia. Os copiadores brasileiros da lei italiana, já teriam tido tempo, em 1992, de tomar conhecimento das críticas, das acusações de “calamidade”, do apelo para reconhecer os erros e recomeçar (Papeschi, 1985). Não o fizeram. Não sabiam ou não queriam saber. Aderiram a luta antimanicomial, cuja expressão era a lei italiana 180...

Existem informações apologéticas sobre políticas de saúde mental, iniciadas com o fechamento de hospitais psiquiátricos substituídos pelos cuidados comunitários. Na Ilha Leros (Grécia) o “retorno a comunidade” é citado como sucesso. Desde 1958, na Colônia para Psicopatas de Leros eram atendidos pacientes com longas internações anteriores, em outras ilhas do arquipélago Dodecanes. Leros tinha 2.600 habitantes; o hospital 650 leitos. Em 1981 a Grécia entrou na Comunidade Econômica Européia. A “colônia”

transformada em Hospital Mental, com uns 2000 pacientes abandonados, entrou no programa de Reforma. Na Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Holanda, Itália, Inglaterra falou-se da “vergonha, escândalo” de Leros. Iniciou-se a Reforma. Em 1991 funcionava no Hospital, a Cooperativa Agrícola. Com cerimônia, foi fechado um dos pavilhões para mulheres, o último foi fechado em 1995. Uns 20 apartamentos abrigam agora mais de 100 pacientes. Uns 40 estão em “Casas de hóspedes”. No campo do antigo hospital, pequenas unidades abrigam o resto (um total de 600...). A comunidade europeia empenhou-se, médicos de outros países participaram diretamente (Freeman, 2001).

Leros é um símbolo. É vizinha de Kos, a ilha de Hipocrates, separadas somente pela ilha Kalimnos.

Com certeza outros sucessos poderiam ser citados.

Mas em 2002, no Brasil, insistir na idéia do fechamento imediato dos hospitais psiquiátricos, se torna muito mais incompreensível. A assim chamada “desospitalização”, realizada em alguns dos países mais ricos do mundo (Inglaterra, Canadá, EUA, bem antes da Itália), já foi desmascarada como errada, contrária aos interesses da população, distante de uma política de saúde mental que sirva os usuários.

* * *

B. O mais impressionante exemplo é, para nós, da Grã-Bretanha. Os governantes conservadores daquele país executaram uma política enérgica de redução do número de leitos e fechamento dos hospitais psiquiátricos. Depois de 1975 foram fechados 100 dos 130 hospitais psiquiátricos existentes. A derrota dos conservadores e a eleição do Partido Trabalhista (1997), é atribuída por vários autores justamente à política de saúde anti-popular (Dratcu, 2000). Os psiquiatras começaram estudar várias formas da assim chamada “assistência” comunitária (aplicadas anteriormente porque pareciam “soar” bem) e chegaram a constatar suas falhas, sua insuficiência.

Os não-dementes, incluindo idosos, acharam melhores condições de vida na comunidade. A integração social, porém é dificultada pelas atitudes do público, o que poderia ainda ser melhorado por medidas educacionais. Mas assistência em unidades de reabilitação é virtualmente ausente. Eventuais re-internações são demais difíceis. Foram criados meios de atendimento dos vários problemas, mas a coordenação entre elas é precária, incluindo conflitos de interesses (Leff, 2001).

O “asilo” não oferecia as condições que pacientes e famílias exigiam. Planejado porém com cuidado, dá resultados bons. Que também podem ser obtidos nos serviços comunitários. É falsa a dicotomia hospital-serviços na comunidade. Mas precisamos

estudar o que fazemos, evitar o abismo entre o que sabemos e o que fazemos (Thornicroft, 2002).

Em 1962 iniciou-se na Inglaterra o projeto de reduzir os leitos e fechar os grandes hospitais psiquiátricos. Nos anos 1970-1980 abriram-se pequenas unidades em hospitais gerais e serviços comunitários. As últimas pareciam ser favorecidas pelos avanços farmacológicos. Com certeza, iriam reduzir as despesas governamentais. O número de leitos nos *National Health Services* diminuiu. Mas também aumentou a população dos sem-teto, entre os quais a maior proporção é de doentes mentais. Também aumentou o número dos presos e condenados por pequenos delitos ligados mais a incapacidades do que a criminalidade. Aumentaram (paradoxalmente?) as internações, particularmente de jovens. Em 1994 foi legislado o tratamento compulsório (no país onde a vacinação não é obrigatória!). As internações necessárias são muito difícil de obter, com congestionamentos dos serviços comunitários e da polícia. As altas são prematuras. As equipes médicas não têm mais suficiente preparo; baixou até o nível ético. Nos serviços, surgem mais acidentes, violências. E os custos públicos não diminuíram (Quirk, 2001).

Constatou-se o fracasso das tentativas comunitárias, a necessidade de abrir hospitais psiquiátricos, e as autoridades programaram investimentos impressionantes, para corrigir os males da “desinstitucionalização” (Burns, 1999).

O Secretário de Saúde substituiu até o termo “assistência comunitária” pelo “espectro assistencial”, com serviços funcionando 24 horas por dia, o Partido Trabalhista apelou para “moratória no fechamento dos leitos hospitalares (*The Times*, 21/02/1999). Em 30/07/1998, *The Times*, mencionava que outros diários, o *Independent*, *Daily Telegraph*, proclamam “varrida” a política de cuidados comunitários introduzida oito anos antes, pelo governo conservador. São necessários mais leitos, mais lugares para atendimento psiquiátrico, para diminuir o número crescente de indefesos, perigosos, abandonados, incômodos doentes mentais expulsos dos hospitais. São previstos três bilhões de libras para a saúde mental. Ironicamente se falava (*Times*, 1999) de *Community Mental Police*, em vez de *Politics*.

Pelo menos certas passagens de longa duração podem ser necessários, e uma das principais razões pelo fracasso da psiquiatria comunitária é o fato de negligenciar os serviços hospitalares para manifestações agudas (Dratcu, 2002).

A situação britânica merece toda nossa atenção. Não somente por ser, cronologicamente, o primeiro país a adotar normas de “desospitalização”, mas pelo fato de repudiar esta política, justamente quando o governo conservador foi substituído por um governo trabalhista. Evidente a questão: a quem servia a desospitalização, a transferência para serviços comunitários?

C. Autores canadenses também analisam a reforma psiquiátrica, que foram entre os primeiros a realizar, desde 1960. Em todos os lugares, teria sido dirigida pela idéia de fazer mais, com menos despesas. O impacto ainda é difícil de prever, mas mostrou-se às vezes indesejável. Manobras para preservar papéis sociais, disputas pela influência e poder foram inevitáveis (Reinharz, 2000). Com a redução geral dos leitos, desde 1960, e o fechamento de hospitais de longa-duração, no estado de Québec chegou em 1955 a 1 para 1000 habitantes. O dobro das outras províncias canadenses e 30% menos do que a França. O projeto era de diminuir ainda mais (até 50%) nos próximos cinco anos. O estado “escandaloso” de vários dos velhos hospitais, considerações humanitárias, científicas, econômicas, sociais sugeriam tal política. Poderia se prever aumento de carga dos familiares, falta de residências, delinqüência. Com a alocação de maiores verbas para as instituições comunitárias esperava-se corrigir tais dificuldades. Na realidade apareceram ainda outros inconvenientes, em parte produto do desentendimento entre os vários serviços. As conseqüências infelizes atingem mais pacientes novos, jovens, crônicos, que nunca foram internados por muito tempo. As residências protegidas, colocação em famílias, tratamento na comunidade não resolvem satisfatoriamente. As internações, inevitáveis, são muito difícil de conseguir. O uso de *nursing-homes* se tornou permanente para 20% dos ex-hospitalizados, que não recuperam autonomia, são fisicamente incapacitados (Lesage, 2000).

As disputas entre planejadores e administradores dos cuidados comunitários, suas crenças, disputas pela liderança influenciam as formas de desinstitucionalização, as chances de atingir o objetivo principal: tornar o paciente apto a viver e ser tratado na comunidade. A desinstitucionalização não elimina ou diminui a importância do hospital psiquiátrico. Foi mais um instrumento de defesa dos interesses de diferentes grupos de profissionais. Certos doentes obtiveram melhorias, soluções, mas o mais importante papel da reforma foi como instrumento de luta pelo poder (Reinharz, 2000).

O Québec não é o único lugar do mundo onde se podem ver as conseqüências infelizes de política de desinstitucionalização. A cidade de Nova York, que até certo ponto servia de modelo para Quebec, acha-se na mesma situação (Lévigny, 1996). Uma certa concepção dogmática da psiquiatria comunitária decidiu que precisávamos eliminar o hospital psiquiátrico para mandar os doentes na comunidade, sem preocupação demasiada com a ausência de serviços externos adequados. As vítimas desta conduta, podem ser contadas por milhares, não somente entre os sem-teto, mas também entre certos esquizofrênicos que estão nas prisões por causa de delitos menores (Lazare, 1996).

Nas últimas duas décadas, os serviços administrativos clínicos, de prevenção, dão uma impressão geral de ineficácia e fracasso. A reforma veiculou uma ideologia do “direito à saúde”, concebido como bem de consumo, com efeitos particularmente perversos no campo da saúde mental. Uma atitude de des-responsabilização, compatível tanto com a abordagem biologizante, quanto com a psicossocial (Sferlin, 1996).

Se a redução do número de leitos, no Canadá, começou em nome de uma ideologia atualmente ser faz por inequívoca intenção governamental de reduzir seus gastos, sem sensibilidade pelos interesses da população (Bernard-Thomson, 1997).

No Canadá francófono a onda “anglo-saxônica” de desinstitucionalização foi atenuada. Muitas iniciativas governamentais e particulares agiram. Com abertura de possibilidades de atendimento na comunidade, com criações de “lares de hospedagem”, com criação de novos tipos de profissionais entre enfermeiros, animadores, educadores. Falta a integração. Persistem acusações do tipo: o asilo toma conta da cidade. O papel da psiquiatria não é definido. Os profissionais de recursos alternativos criam novas disciplinas, agindo fora das instituições. Técnicas cognitivas visam modificar pensamentos, emoções, comportamentos. Recolocam em questão as crenças, a verificação da realidade. São intervenções do domínio médico, ou do social? A grande confusão obriga as autoridades a interferir (Tempier, 2002).

Para 2002, o governo visa tratamento na comunidade para 60% dos casos, e 40% dos hospitais.

* * *

D. Na Austrália, como em outros países do “mundo desenvolvido” (sic!) a desinstitucionalização das pessoas com doença mental começou no meio do século XX. Um antropólogo social, constata que de 47 pacientes transferidos na comunidade, 40 continuam vivendo fora do hospital e todos preferem esta situação. Mas vários outros estudos constataram falta de abrigo, pobreza, prejuízos familiares, envolvimento com o crime e polícia. Na comunidade constata-se aumento da ansiedade (Newton, 2000).

Com o fechamento do hospital de Sydney, 40 pacientes foram transferidos para quatro residências na comunidade. Com supervisão 24 horas por dia. Dois anos mais tarde, somente 3 tinham sido re-internados. O resto continuava nas residências atribuídas, com medicação, sem modificação significativa das capacidades, conduta social, sintomas depressivos. 37% deles tinha sofrido re-internações temporárias (Hobbs, 2000).

Nos EUA, em 1983, o Grupo para progresso de psiquiatria, concluía: A afirmação de que os cuidados comunitários são melhores do que o hospital, deve ser tomada por uma anedota, equívoco ou opinião, desde que faltam dados necessários para fazer afirmações informadas, comparativas sobre as qualidades dos cuidados.

Há tempo, já se falava do desastre da desinstitucionalização (Talbot, 1985) e que depois de uma fase de idealização dos cuidados comunitários havia uma orientação para desilusão e re-institucionalização (Elpers, 1987). Registravam-se apelos para a volta ao antigo asilo (Lawrence, 1991), e notava-se que a palavra “na moda” não é mais comunidade, mas asilo (Abrahamson, 1993).

A desinstitucionalização, que levou a uma diminuição dos leitos psiquiátricos entre 1960 e 1970, resultou numa demanda aumentada dos serviços psiquiátricos nos hospitais locais das comunidades e em certos estados encorajou o desenvolvimento de ofertas particulares de serviços para crise, pós-internação tratamentos residenciais. Os hospitais aumentaram mais rapidamente em regiões com população de renda mais alta. A ocupação de leitos hospitalares diminuiu muito nas áreas rurais. Houve uma rápida expansão nos EUA dos serviços de internação, predominantemente as particulares. A desinstitucionalização foi empurrada longe demais (Dorwart, 1988).

As instituições de saúde são, 80-90% propriedades particulares. Entre os serviços particulares, predominam aqueles nos quais o médico não tem papel significativo, como *nursing-homes*, bancos de sangue, residências para atrasados mentais. O mercado para serviços com grande papel médico é em menor proporção particular (Eisenberg, 1986). A conclusão do autor é que a desinstitucionalização serve interesses do mercado de saúde, não ao paciente.

* * *

E. Os materiais apresentados em uma conferência realizada em novembro de 2000 na Alemanha, nos informam sobre as perspectivas europeias da reforma psiquiátrica. A tendência de romper com o modelo institucional e substituí-lo por atendimento na comunidade e hospital-geral foi dominante na segunda metade do século XX em muitos dos 51 países participantes. As tendências foram largamente similares, mas com substanciais variações regionais. Os estados participantes diferiam sob muitos aspectos, começando com a população, desde 9 milhões na Suécia, até 140 milhões na Rússia. Os leitos psiquiátricos oscilam entre 17 na Itália e 165 na França, para cem mil habitantes. E o número de psiquiatras, entre 5,5 até 20 por cem mil habitantes. O número de hospitais psiquiátricos diminuiu. Aumentou o das Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais. Em certos países movimentos nacionais de reforma pressionaram para o fechamento de hospitais psiquiátricos. Muito freqüente foi o apoio insuficiente para os serviços de saúde e sociais. Para a integração de serviços, diversas propostas foram feitas; sempre acabaram sendo consideradas deficitárias. É geral a intenção de estabelecer objetivos para futuras ações e a constatação de que a reforma é um processo demorado (Becker, 2000).

As conclusões precedentes são tiradas na própria conferência. Aachamos necessário fazer algumas observações com respeito aos vários relatórios nacionais. Em primeiro lugar: é óbvio que no leste europeu que a questão da “reforma” somente foi colocada, nos termos com os quais estamos familiarizados, depois da queda dos regimes comunistas. É impressionante a diferença da situação entre as duas regiões da Alemanha, atualmente unificada. Só depois de 1989 começou ser aplicada a reforma, na ex-República Democrática Alemã. Antes disso, desde 1965, tinham sido abertos “alguns serviços comunitários”. Na República Federativa Alemã, a reforma teria sido iniciada uns 15-20 anos depois dos EUA e Inglaterra. As condições nos hospitais psiquiátricos até 1960, eram consideradas obsoletas. Havia 130 hospitais psiquiátricos com um número de leitos entre 1200 e 30000. As equipes terapêuticas eram insuficientes: havia um médico para 78 pacientes, 1 psicólogo clínico para 500 pacientes, 1 terapeuta ocupacional para 450 pacientes, 1 assistente social para 900 pacientes. Mais de 70% das internações eram compulsórias e a duração era de quase 1 ano.

Durante o regime nazista (1934-1944) naquele país tinham sido esterilizados quase 300.000 doentes mentais. E mortos quase 200.000.

Em 1971, na RFG, uma comissão parlamentar recomendou a reforma. Sem fechamento de hospitais psiquiátricos mas com re-estruturação.

As unidades psiquiátricas (UP) em hospitais gerais (HG), tinham aumentado de 21 (1971) para 165 (2001). Os hospitais psiquiátricos abrigam 200-400 pacientes, no lugar dos 1200-3000. Em 1998, só um hospital psiquiátrico foi fechado, sendo substituído por 6 UP em HG. Os números são eloqüentes.

Continua intenso o debate entre profissionais e políticos. O hospital geral é mais perto dos pacientes, tem serviços somáticos, reduz os riscos de certas instituições segregadas. Mas o hospital psiquiátrico inclui programas de tratamento especializado, mais adequado para cada tipo de paciente. Os médicos, os profissionais são mais qualificados nos hospitais psiquiátricos.

Em 2000, os hospitais psiquiátricos e as UP em HG tratam um número igual de pacientes. O total de delírios é de 1,6 para mil; era 0,73 em 1966! Com um número adicional de leitos para psicoterapias e psicossomáticos. A internação em UP no HG dura menos, 123 contra 34 dias (Bauer, 2000).

Ainda na Alemanha: até 1970 as famílias não eram reconhecidas como parte integral dos sintomas de cuidados. Pensava-se apenas que a psiquiatria na comunidade poderia ser realizada quando existirem, em número suficiente, instituições e meios para realizar prevenção, intervenção na crise, tratamento.

Colocou-se também a tarefa de reduzir as cargas impostas às famílias pela presença dos doentes no lar. Oficialmente, desde 1990 admitiu-se que 40-80% dos

doentes crônicos vivem com as famílias que arcam com a maior parte dos cuidados necessários. Desde 1975 tinham-se constituído as primeiras associações de apoio às famílias. Em 1982 realizaram a primeira conferência nacional. Os interesses das famílias e dos pacientes são tomados em consideração. O apoio obtido é, mesmo depois de 25 anos de reforma considerado insuficiente.

Existem diferenças regionais mas em geral se constata que as UP em HG, suas ligações com a comunidade, não atingem os níveis necessários. Falta a coordenação entre os vários elementos da psiquiatria comunitária. Sérias objeções são feitas contra a redução da permanência no hospital. O uso de remédios mais caros não teria sido provado necessário pela reposta terapêutica; mais uma fonte de “dilema orçamentário”. Alta prematura pode ter efeitos negativos. As instituições comunitárias parecem ser centradas não nos interesses do paciente, mas nos interesses das equipes provedoras de serviços (Brand, 2001).

Em geral, na Europa, se constata lutas entre o modelo médico e o social. Há um conflito entre descentralização e a qualidade dos profissionais. Os bons profissionais concentram-se com maior facilidade em grandes instituições. Na sociedade o “estigma” é problema chave para aceitação e reintegração dos doentes mentais. Embora 25% da população pode apresentar durante a vida alterações psíquicas o estigma pesa contra o doente. Seriam necessárias providências para combater isso na população geral.

Também seriam necessários substanciais passos nos conceitos de doença mental e física. Cuidados psicológicos prolongados e permanentes são indispensáveis, não somente para doentes mentais, mas também para doentes com distúrbios circulatórios, endocrinológicos etc (Rutz, 2001).

As organizações de famílias (16 mil) exerceram influencia forte na Holanda. Desde 1960 será seguida “a filosofia proposta nos EUA”. Leis foram votadas desde 1974. O próprio hospital aumentou os serviços para os pacientes depois da alta hospitalar, ou durante a fase de dia (HD). O que se chama *out-patient department* (desde 1986), passou de cem mil doentes em 1982 para duzentos e cinqüenta mil em 1995. 50.000 profissionais, de 30 especialidades diferentes atendem 750.000 pacientes por ano.

Não foi diminuído rapidamente o número de leitos. O processo é lento, cuidadoso mas continuado; não caracterizado por um declínio rápido de leitos hospitalares (Schene, 2001).

Na Suécia foram criados lares abrigados, serviços sociais, atividades diárias. A integração na sociedade é difícil; a aceitação pelos vizinhos insuficiente. Aparentemente aumentou a atenção dada as famílias, mas isto não se reflete nos níveis de cargas subjetivas e objetivas. Entre os serviços sociais e psiquiátricos as barreiras continuam existindo (Stefansson 2001).

No Leste Europeu constata-se “super-hospitalização em hospitais com mais de mil leitos, e falta de atendimento comunitário. Os estudos tendem ser escritos conforme certos interesses dos autores” (Tomow, 2001).

Tais são informações que colhemos na Conferência Internacional sobre a Reforma. Observamos que houve inicialmente uma unânime aceitação da idéia lançada nos EUA: reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos, com a tendência de fechamento dos mesmos. Já mostramos como esta idéia, aplicada freneticamente um certo tempo, passou a ser abandonada, denunciada como falsa ou mal-intencionada. Com tomada de providencias contrárias na Inglaterra por exemplo.

Na Europa, a análise feita em 2000, permite umas conclusões:

1. A reforma na Europa foi sempre aplicada nos países mais ricos. Os regimes comunistas nunca a adotaram. Nem na China, em Cuba, a redução do número de leitos nunca foi proclamada como objetivo.
2. Os resultados são considerados bons onde a redução do número de leitos não foi objetivo destacado, nem foi iniciada antes da criação de recursos adequados na comunidade.
3. Tais recursos, mesmo onde foram criados, não eliminaram dificuldades de vários tipos, em primeiro lugar da sua própria coordenação, sempre prejudicada pelas disputas entre as várias categorias de prestadores de cuidados. É explícita a conclusão: os interesses das categorias em disputa de benefícios e poder, vão contra os interesses dos assistidos.
4. A reforma, com redução de número de leito e abolição dos hospitais psiquiátricos na Europa, foi inspirada pelo modelo EUA. Nenhum dos relatórios apresentado na Conferência de Berlim 2000 refere-se ao “modelo italiano”, tão evocado no Brasil.

* * *

F. Há um relatório italiano entre os materiais citados (Burti, 2000). Lembrando o Chiarugi (1759-1820) e seu primeiro hospital para doenças mentais em Florença, passa por Basaglia que teria transformado completamente em alguns anos, começando em 1961, o hospital de Gorizia. Em 1977, na Itália, o Partido Radical queria um *referendum* sobre a reforma psiquiátrica. Para evitá-lo, uma comissão parlamentar formulou a lei 180 de 13.V.1978. A reforma italiana, segundo Burti, não foi a primeira, nem a única, mas foi a mais radical na abolição do hospital psiquiátrico. As organizações de famílias de doentes foram ativas em clamar a insatisfação com a lei 180, apesar de apoiar em parte sua aplicação. O fechamento total dos hospitais, previsto para 1996, foi adiado para 31/3/1998. Mas até hoje não foi concluído.

Com respeito a reforma italiana, justamente por ser ela o modelo (embora às vezes negado) dos “anti-manicomialistas” brasileiros, nos manifestamos várias vezes

(Sonenreich, 1995). Dez anos depois da lei 180, autores italianos constatavam que não se podia afirmar que a mesma tinha sido implementada já que não foram criadas as condições mínimas requeridas. A Lei 180? Precisamos ter a coragem de admitir nossos erros, e a humildade de recomeçar (Papeschi, 1985). A Lei 180 forneceu a prova do que não se deve fazer em psiquiatria e que, antes de destruir o que existe, há que programar iniciativas válidas. A filosofia da 180 é a mesma que gerou a eutanásia: faz parte da mesma cultura da morte (Pederzini, 1986).

A viúva do inspirador da lei 180, Franca Ongaro Basaglia (1988) atribuía à falta de investimento, a persistência de “manicômios dos mais degradantes”.

Já se afirmava que não há um só modelo prescrito: seriam contudo necessárias comunidades para psicóticos graves (D’Onofrio, 1986). Para “elaborar a identidade do delirante”, a hospitalização seria necessária, escrevia Sarli (1986) citando Basaglia em apoio.

A reforma não teria sido “contra o asilo”, nem exaltaria a terapia comunitária, escrevia Saraceno (1990). Pretendia apenas corrigir certa ideologia psiquiátrica, abolir os muros, as portas fechadas, a violência, a pobreza da instituição total.

A maioria dos hospitais psiquiátricos italianos declararam formalmente seu fechamento, mas infelizmente tais procedimentos freqüentemente escondem a realidade. Os mesmos pacientes vivem sob os cuidados dos mesmos trabalhadores de saúde mental. A situação atual complicou o problema, por causa das restrições de recursos públicos no campo da saúde mental, que não permitem melhorar novas estratégias, disponibilidades e profissionais (Bassi-Parma, 1999).

Vinte anos após a reforma e três ondas de desinstitucionalização ainda temos um quarto dos pacientes de 1978, dez mil, nos antigos Hospitais Psiquiátricos. Alguns renovados, com quartos de famílias, pequenas comunidades. Outros mudaram apenas o rótulo e contém uma espécie de patologia crônica sobreposta devido ao fato de que os asilos estão ainda mais deteriorados (Frulan-Torino, 1999).

Em 1991, o Ministro de Saúde, F. Di Lorenzo, declarava que a lei 180, adotada para melhorar os doentes armazenados foi um remédio quase pior do que a doença. Favoreceu verdadeiras tragédias, atos de violência. As famílias foram muito mal-tratadas. Os pais de doentes procuravam assistência que não existia. Uma outra lei precisava ser votada, para corrigir a triste realidade.

Nos jornais apareceram artigos: Manicomi: Dopo la Chiusura, Il Buio (Avenire, 5.10.1996). Ainda havia dezenas de milhares de coitados nos “manicômios”, sem alternativa em vista. Um título era a pergunta: *L’eutanasia per i malati?* Outro: *Basaglia, una Legge Schizofrenica* (10.10.1996).

Por que tais informações nunca são tomadas em consideração pelos “lutadores anti-manicomialistas” no Brasil? Será por simpatia, ou confiança, pelo Basaglia, cuja presença, com certeza, encantou muitos?

* * *

G. Vários textos seus conquistaram nosso interesse, apesar das contradições repetidas com respeito aos mais importantes temas: o que chamava de doença mental, quais são os objetivos e rumos do tratamento, as relações entre saber profissional e prática... As respostas dadas por Basaglia eram às vezes opostas, de uma página para outra de seus escritos, suas entrevistas. Não encontramos nele originalidade intelectual, firmeza. Mas é sempre impressionante no seu tom a vontade de melhora de combater a miséria, tantas vezes impostas aos pacientes.

A única biografia de Basaglia da qual temos conhecimento (M. Colucci, P. Di Vittorio, 2001) não nos permite idealizá-lo, ver nele um modelo. Segundo os autores, Basaglia, deixou, depois de 13 anos, o Hospital Universitário de Parma, por que o chefe, Belloni, lhe disse que um outro candidato era considerado melhor para ocupar o cargo de professor. Na Cátedra de Higiene Mental, sentiu-se durante 8 anos “afastado”. A de Neuropsiquiatria Geriátrica me foi proposta com a “evidente vontade de marginalizar-me”, escrevia ele em *Conferenze brasiliane*, (1979). Foi para o manicômio de Gorizia, o que considerava o oposto da carreira universitária, e onde não conseguiu realizar nada “por falta de apoio das autoridades” (1961). Nesta altura, Basaglia admitia que a clinica universitária e manicômio são dois mundos separados. Entendemos: as instituições psiquiátricas podem ser melhores ou piores, portanto o veredicto não pode ser pronunciado contra o hospital “em si”; mas contra a qualidade deste.

Basaglia lia Jaspers, Minkowski, Binswanger, Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau Posity. Aderia, sem marcar alguma originalidade. Seus colegas na universidade de Parma, faziam a mesma coisa, de modo que nisso não foi o mais destacado. Visitou Maxwell Jones, diante do qual, evidentemente, não era um abridor de caminhos.

Naquele tempo, o mundo tomou conhecimento da introdução do primeiro antidepressivo tricíclico, pelo R. Kuhn (1953), que não trabalhava num hospital universitário.

Sair de Gorizia não foi bem visto, pelos companheiros de Basaglia. Jervis o acusava de carreirismo (G. Jervis, 1977. *Il buon rieducatore*. Milano, Feltrinelli). Enquanto dirigia aquele hospital, sofreu muitas acusações, incluindo da parte da justiça (no caso de um paciente, Savarin, que matou seus pais), e processos administrativos. Basaglia queixava-se de perseguição da parte dos governantes. A esquerda tinha tido sucessos

eleitorais e para mantê-los o abandonava. Os marxistas o consideravam subversivo, não o compreendiam.

Basaglia mudou para Trieste em 1971. Já tinha o apoio material da OMS, em 1973. Defendia teoricamente a “subjetividade humana”, o que dificilmente agradaria a seus companheiros políticos. Não tendo o apoio partidário, tinha o da OMS. Em 1977 foi eleito secretário Nacional da Psiquiatria Democrática. Seus conceitos sobre doença mental parecem inspirados pelos existencialistas. Afirmava que conforme a visão positivista da doença mental, o encontro com o doente é impossível. Mas preferiu “por em parênteses a doença mental”. Não apenas como uma afirmação de princípio: como programa de trabalho. Suspendeu a vontade de saber (a ciência), enquanto não for realizada a transformação institucional. Só depois se retornará a questão: o que é a loucura. Uma “auto-suspensão científica, para não atrasar a luta antimanicomial” (FO Basaglia e F Basaglia: *Delírio*. In Scritti, vol. 2, p. 441-444, 1979).

Basaglia adia para mais tarde a reflexão sobre a existência da doença. É sempre confuso, contraditório. “Doença mental” existe? Várias vezes ele afirma: Sim! Existe! Mas quando escreve: a função evidente da psiquiatria como instrumento de rotulação, e do manicômio como instrumento de destruição daquele que foi rotulado (Scritti, vol. 1, p. 312, 1966), é questão de rotulação, ou de doença? Não importa se é destruído um doente ou apenas “rotulado”. Não dá para entender se, para Basaglia, doença não existe. Quando escreve que o doente tem duas faces: uma com problemática psicopatológica, outro com o excluído, estigmatizado social, parece que uma face implica doença.

“Não quero dizer que doença mental não existe, mas que nós produzimos uma sintomatologia, o modo de exprimir-se a doença conforme o modo que pensamos de gestioná-la, por que a doença constrói-se e exprime-se sempre conforme as medidas adotadas para enfrentá-lo” (Ideologia e prática interna da saúde mental, p. 357).

Basaglia tinha lido debates sobre os conceitos médicos e filosóficos de doença mental. Mas como não queria pensar (por enquanto!) no assunto, o que ele diz é inconcludente, inexpressivo.

O problema de Basaglia é lutar contra o *Potere e violenza nell'ospedale psichiatrico* (Rio, 1979, Conferenza brasiliense, p. 105-120). Mas quem são os doentes internáveis, e que devem ser protegidos contra o poder e violência? A doença será definida somente depois de ter abolido o hospital. Introduzir psicoterapia no hospital de Gorizia seria reduzir a psiquiatria italiana ao estado de colônia, com o inevitável atraso de ideais e inovações existentes em outros países (Risso M. *Pressuposto de uma psicoterapia istituzionale*. In FB: *Che cos'è la psichiatria*. 1967. Boldino, Milano, 1997, p. 230).

A agressividade do paciente é sua força. A loucura, sem a qual não haveria força, não deve ser combatida. É a chave para abolir a instituição. A comunidade terapêutica clássica não estimula a agressividade, mas tenta canalizá-la, reduzi-la com técnicas sofisticadas, de manipulação, fundamentadas na tolerância, permissividade. As alternativas, comunidades terapêuticas, portas-abertas, praticadas na Inglaterra, não lhe agradam. Reduzem a agressividade do doente o que prova que a internação só serve para controlar o interado, prova a natureza política da instituição.

Posso falar da agressividade do doente, sem decidir o que entendo por doença? Adiar a decisão sobre a ciência da doença, para depois do sucesso da luta antimanicomial? O problema do médico é identificar se ela existe, e a política que decorre disso. Pinel, para liberar os doentes das correntes, precisou obter o aval dos governantes; o que não foi fácil. O “chefe” Couthon achava que louco é Pinel, por tirar as correntes. Se a história atribuída a Pinel, em 1794, na Salpêtrière for uma lenda, ela sugere como os médicos encaram sua profissão.

Os autores da bibliografia citada sugerem que Basaglia não fez muito para os pacientes, para a psiquiatria, mas fez muito para sua própria fama, sua carreira.

O professor de psiquiatria e chefe nacional de psiquiatria de Havana, Cuba, escrevia: A reforma italiana ... um movimento que ainda continua ativa, não é um dogma para transplantar em outras regiões... (G Barrientos Llano, 1990).

Vários autores brasileiros não manifestam tais reservas. É verdade que muitos proclamam que não estão copiando modelo algum, que só seguem os interesses nacionais. Mas podemos ler: Experiências de produção de subjetividade como as de Santos (Brasil) ou Trieste, Itália nas quais efetivamente se fechou o manicômio são patrimônio da humanidade e por isso os psicólogos e demais profissionais afins devem levantar um alerta (Jornal CR Psicologia de São Paulo, Ano 17, Nr 114, 1999, p. 8). Ou: o marco mundial de início da humanização do tratamento para pessoas portadoras de sofrimento psíquico é o ano de 1978, quando a Itália aprovou a primeira lei nesse sentido, (P. Delgado, no Jornal do Sindicato dos Médicos de São Paulo 84, mai-jun, 1999, p. 16).

* * *

H. Nem o assim chamado “modelo italiano”, nem as atividades de Basaglia podem ser consideradas fontes de inspiração para uma reforma psiquiátrica construtiva, de sucesso, para a população interessada. Entre as medidas propostas, não é o fechamento dos hospitais psiquiátricos que deve constituir a base das realizações. Não pode ser este o objetivo, a chave dos debates.

Dois argumentos são usualmente usados, para exigir o fechamento do hospital psiquiátrico:

1. ele não tem e nunca teve objetivos terapêuticos; e lugar de detenção, de isolamento dos “incômodos”.
2. A internação prolongada deteriorava a pessoa, provoca rebaixamento psíquico global.

As duas acusações são falsas. Muito tempo, no mundo inteiro as alterações mentais não eram separadas das físicas. Os médicos, como os “curandeiros” de outras categorias, tratavam males físicos e mentais, juntos. Os hospitais, desde que existem tinham objetivos terapêuticos usando evidentemente os recursos e conhecimento da época. Instituições foram criadas para os incapacitados, aqueles que não tinham condições próprias de sobrevivência. O hospital *St. Bartholomew*, em Londres, abrigava pobres e doentes, em 1123. Muito mais tarde, encontramos a mesma situação. No século 18 existiam em Londres dois hospitais. O primeiro a reservar 20 leitos para “lunáticos” foi o *St. Guy*. O hospital francês-protestante, em Londres abrigava 42 doentes mentais, especialmente idosos, que tinham sofrido privações, torturas, na França, por razões religiosas (1736). Pacientes com distúrbios mentais eram internados em vários hospitais, sendo que os das classes altas pagavam e traziam acompanhantes (1741). No *Edinburgh Royal Infirmary* existiam (em 1741) 12 quartos para doentes mentais; em 1795 já “tais pessoas” eram recusadas. Em 1887, em Glasgow, aparece a primeira unidade psiquiátrica no Hospital Geral. Todas as classes de doenças mentais deveriam ser tratadas em hospitais ou centros de recepção antes de serem mandadas para asilos, dizia o Dr. J Carswell (Mayon, 1989).

Na Suécia, em 1823, o parlamento decidiu fechar um grande número de pequenos asilos e um número de centros hospitalares estabelecidos, para poder, com médicos em horário completo, dar aos insanos o tratamento necessário para tornar possível a alta (Bynum, 1985).

A mais antiga instituição para doentes mentais, na Inglaterra, o Belam, já foi dito que não pretendia oferecer nem refúgio, nem cuidados, nem tratamento. Sobre o tratamento, posso ser positiva, escreve Alldridge, (1985), depois de pesquisar os arquivos. No meio do século 15, Bedlam era descrito como um lugar onde os insanos podiam ser tratados. No começo do século 17, o curador do hospital foi acusado por um Conselho de Inquérito, de não cumprir suas obrigações de aplicar tratamentos. No século 17, somente pacientes considerados curáveis eram aceitos. Se em 12 meses não tinham sido curados, eram tirados do hospital. Talvez as estatísticas eram demais complacentes com respeito ao número de curas, citando uma percentagem grande demais de bons resultados. Mas a idéia é clara: Bedlam se dedicava exclusivamente ao “tratamento” dos pacientes.

Na Antigüidade, as pessoas com distúrbios mentais eram tratadas em instituições religiosas que cultivavam Asclepios. Na Idade Média, os doentes mentais conviviam com

os que sofriam de outras doenças. Zaragoza (1425) internava os mentais em um departamento de um hospital geral. Em Valencia (1572) o hospital psiquiátrico perdeu a autonomia, passou a departamentos de hospital geral. Somente 3 dos 17 hospitais, nos meados do século XIX, eram exclusivos para doentes psiquiátricos. Esses dados, apresentados por MAA Brasil (1982) mostram mais uma vez que os doentes mentais não eram separados dos físicos, e que eram “tratadas”, as duas, categorias da mesma maneira.

Sem dúvida, o que constituía tratamento era marcado pelo conhecimento, os recursos do tempo. Com certeza, as várias instituições eram diferentes quanto a eficácia, ou ao próprio interesse para cura. Questão da qualidade da instituição. O que é válido para nossa época também.

A afirmação “o hospital não tinha objetivos terapêuticos” é falsa, usualmente tendenciosa.

“A internação crônica” é afirmação corrente. Às vezes, mera declaração; como se fosse questão de bom senso. Outras vezes é apoiada em citações de “autoridades”, ou mesmo em “pesquisas”.

Barton (1959) é citado como paradigma. Suas asserções foram contraditas por outros cujas pesquisas nos inspiram mais confiança. A publicação de Barton insere-se na linha de outros profissionais da anti-psiquiatria, como por exemplo Goffman com seus *Asylum* (1961), que descrevia em termos apocalípticos o fato de o paciente vestir trajes de hospital, tomar banho, ter que pedir fósforos para fumar, licença para telefonar (p. 24, 31). Tudo isso com a intenção de ser esmagado, humilhado. São porém coisas que em qualquer outra clínica hospitalar seriam apenas rotina higiênica.

Wing, autor que merece todo nosso respeito, é usado: em trabalho publicado em 1970, ele apontava efeitos deterioradores da internação prolongada. Mas pesquisas ulteriores lhe mostraram que a deterioração não é diferente daquela registrada na evolução de pacientes fora do hospital. Em 1990, Wing escreveu: com a melhora de certos hospitais, diminuiu o nível de desabilidade dos pacientes. As tendências gerais dos resultados podiam ser previstas em função do conhecimento das qualidades dos médicos dos respectivos hospitais. Muitas das funções do asilo podem ser substituídas por uma variedade de agências das comunidades, apesar da fragmentação dos recursos, que aliás poderia ser corrigida por uma boa administração. Mas a falta de recursos pode levar a desastres. As funções do asilo precisam ainda ser exercidas.

Culpar a internação pela deterioração de certos casos é ignorar as pesquisas que esclarecem certos fenômenos na evolução das doenças.

Doentes internados longo tempo, em hospitais que não os tratam, que os abandonam, apresentam-se profundamente alterados. Mas não podem ser considerados

“demenciados. Já que, iniciando tratamentos, seja em outros lugares, seja nos mesmos hospitais se estes melhoram, obtém-se melhores clínicas categóricas. O próprio conceito de “deterioração dos esquizofrênicos” deve ser revisto (Donnoli, 1991; Hyde, 1994). A percentagem de doentes cronicados é muito similar, entre os internados e aqueles que receberam assistência exclusivamente extra-hospitalar (Arranz, 1986). O estudo clínico, o grau de deteriorização, não é proporcional com a duração da internação. O processo depende da forma clínica do caso (Mathai, 1985; Corson, 1992). A deteriorização não pode ser atribuída simplesmente à internação longa; até nas instituições modernas, após a Lei 180, na Itália, podem instalar-se quadros de deficiência, diversificados por quantidade e qualidade daqueles do manicômio, mas não menos importantes (Bisacco, 1986).

A doença em si, afeta o modo de viver do paciente e afeta o desenvolvimento cerebral. Sabendo que, embora muito mais limitada, a neurogênese se produz durante toda a vida, precisamos estudar de que maneira, em que medida, certa patologia influencia, prejudica a neurogênese. As experiências humanas determinam a formação de conexões neuronais, o cérebro se forma com suas experiências (Vallenstein, 1998; Brainard, 1998; Changeux, 2002). O *stress* provoca perda celular no hipocampo. O alto nível hormonal no estresse pode agir sobre o hipocampo, inibir os fatores neurotróficos. A doença, como também os medicamentos que a combatem, pode influenciar a perda e recuperação neuronal (Duman, 1997). É possível afirmar, nestas condições que a hospitalização, em si, deteriora?

Durante a doença, os neurônios conduzem a tempestade elétrica dos sintomas, o que constitui um prejuízo para o próprio peso dos eventos clínicos. As drogas combatem a hiperatividade neural (Stahl, 1997). Considera-se provado que a psicose prolongada e as recaídas, podem ser em si, biologicamente tóxicas. Na luz destes conhecimentos, seria errado recomendar internação somente em “última hipótese”; o atraso de tratamento seria fator agravante (Drake, 2000; Green, 2000).

Pesquisas diretas e indiretas sobre o caráter cronicador do hospital psiquiátrico, infirmam aqueles que argumentam contra a existência do hospital.

Podemos lembrar também as pesquisas que constataam a influencia nefasta sofrida pelo paciente no lar; especialmente nos casos de famílias com alta expressão emocional (Leff, 1985; Vaughn, 1984).

No relatório apresentado diante da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos deputados (Brasília, 19.X.2000), o Presidente e Secretário geral da ABP afirmaram que, embora a imensa maioria dos “hospitais psiquiátricos” brasileiros nem poderiam ser chamados de hospitais e mereçam ser fechados, podemos afirmar que a hospitalização ou a manutenção desnecessária do paciente internado não são os únicos

agentes que tornam crônicas as manifestações psicopatológicas. Na realidade, a cronicidade está mais relacionada à ausência de assistência ou a assistência inadequada, do que necessariamente ao local onde ela acontece (Jorge, França 2001).

Substanciais “reflexões” conduzem Zusman (2000) a falar da “ubiquidade” da cronificação. O abandono do doente mental pode dar-se em hospitais, na comunidade, nas várias fórmulas de atendimento... Os modelos se alternam, o abandono continua. E ao abandono que deve ser associada a cronificação, muito mais do que a hospitalização.

* * *

Com a “cronificação” e a “falta de objetivos terapêuticos”, uma terceira acusação condena freqüentemente o hospital psiquiátrico; seria fonte de enriquecimento sem limites. Acusação francamente esquisita. Em primeiro lugar, porque vender serviços médicos pode enriquecer sem limites, em qualquer tipo de instituição: ambulatório, consultório, hospital-dia. Em segundo, porque estudos sérios demonstraram que os serviços públicos fechados foram assumidos por particulares. De modo que fechar hospitais, significou favorecer os lucros sem limites de empresas particulares. Mais um chavão usado sem discriminação.

* * *

J. Desde que o projeto usualmente chamado Delgado foi proposto (1989), muitas vezes tivemos possibilidades de conhecer tomadas de posição a favor ou contra ele. Em 1994, o Conselho Federal de Medicina (resolução 1408/94) concordava que “o modelo assistencial na psiquiatria vigente no país é predominantemente hospitalar e cronificador”, que nos meios científicos é reconhecido o risco inerente das internações psiquiátricas. Muitos, porém, discordavam do órgão governamental citado acima. Em parecer publicado em 1995, Morgado e Lima, do ENSP FIOCRUZ, afirmavam que o hospital psiquiátrico é importante e útil. Trata o doente, e se não consegue a cura, alivia. Não pode ser considerado responsável pela cronificação; nem é mesmo por “basaglianos”, como Mollica (1983). O projeto Delgado previa controle externo sobre os médicos (seja “assessoria”) para atos privativos do médico. Não tomava em consideração os pontos de vista das famílias dos doentes mentais. Nem os interesses dos pacientes, conforme a visão de muitos psiquiatras. O projeto 3675 estaria em descompasso de 30 anos com a pesquisa científica.

No jornal da APM (Nov. 1991), Bezerra GC expressava suas objeções, salientando que a lei só, não mudará a realidade.

Macieira CP (UERJ, em 1993, no Editorial de Informações Psiquiátricas, 12(3)), denunciava tendências aventureiras obscuras nas idéias e ações liquidacionistas que pretendem acabar com os hospitais psiquiátricos.

O Estado de São Paulo (7.4.1991) falava de “polêmica entre psiquiatras”, apresentando um grupo de 70 médicos contrários à extinção dos manicômios.

Saide OL (RJ) manifestava-se ofendido pelo projeto Delgado, que falava de “seqüestro ilegal” dos internados (*Informações Psiquiátricas*, Editorial 10(2):35, 1991. E em 1997, como Coordenador de Saúde Mental do Estado, relatava que desativou o Hospital Estadual de Vargem Alegre, que tinha se tornado um mero depósito de 480 crônicos. Obteve nas unidades da rede contratada um acolhimento condigno com as pessoas assistidas. O asilo foi trocado por algo mais dinâmico, mais aberto mais perto da comunidade mas sempre mantendo os pés na realidade (*Informações Psiquiátricas*. Editorial 1997; 16:86-87).

Geraldes PC, Conselheiro do CREMERJ, acha que o projeto Portella proposto para substituir o projeto Delgado não extingue desvairadamente o hospital psiquiátrico, não trata o médico como seqüestrador, malfeitor, torturador (*Saúde Mental. Debate*. 1, 1996, IB Psiqu Neurol Ci).

Participante no encontro de *Parentes e Amigos dos Doentes Mentais* na Bahia, NMF Nascimento falava do projeto Delgado como uma “expectativa cruciante” com propostas totalmente inviáveis (*Inform Psiquiátricas*, 12(2):79-80, 1993)

A Sociedade de Psiquiatria do RS, que segundo seu presidente LC Mabilde, reúne a maioria dos psiquiatras do Estado, foi colhida de surpresa pela notícia de que o governo pretendia desativar o Hospital São Pedro. Considerava (22.VIII.1992) necessária a implantação de medidas para reestruturação dos setores de assistência, ensino e pesquisa, e não aceitava que se possam desperdiçar, em um País e Estado tão carentes, recursos materiais tão ricos, desde que bem aproveitadas (*J Soc Psiqu RS*, Agosto-Dezembro, 1992, n. 9).

Sardenberg S, na Rev ABP-APAL (18(1):, 1996) opinava contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a favor de medidas de bom funcionamento, consentimento para internação, proteção jurídica dos doentes.

Silva RS (Jornal Conselho Federal de Medicina, outubro, 1996) defendia o “espaço” do hospital psiquiátrico integrado na rede; contra interesses pessoais ou de grupos mesquinhos.

Santos S (Goiás) dizia em janeiro de 1998 “não aos radicalismos, fechamentos de hospitais, negação das terapias medicamentosas, luta antimanicomial” *Expressão psiquiatr AP Goiás* 1(3):5.

Correia JRA (Recife) acha que para resolver o impasse asilar não precisamos negar a instituição, mas buscar mudá-la. O questionamento radical assumido pela “luta antimanicomial” foi assimilado pela psiquiatria oficial, tornando-se fator de

mudança, obrigando-a a uma modernização forçada. Em *Neurobiologia*, Recife 58(4):125-136, 1995.

No *J Mineiro de Psiquiatria*, BH, maio de 1998, e discutida a mudança da Lei Carlão, promulgada em 1995. H. Campolina acha necessária a mudança porque a dita lei, ainda não regulamentada, teria as seguintes características: a) é redundante, defendendo princípios já existentes no código de Ética Médica e/ou Código Penal; b) burocratiza a relação médico-paciente, introduzindo entre os dois a figura do Estado; c) não distingue entre bons e maus hospitais; d) proíbe investir em hospitais; e) proíbe psicocirurgias; f) dificulta enormemente outros tratamentos biológicos, como o ECT; g) torna o psiquiatra suspeito e deve ser vigiado pelo estado e outros profissionais.

Evidentemente, a lei promulgada independentemente do projeto proposto em nível federal, garante seu lugar no estado MG, o que sugere no mesmo tempo que a reforma pode instalar-se mesmo sem a lei federal.

Em São Paulo, o Prof. V. Gentil, posicionou-se constantemente contra a idéia de abolir a existência dos hospitais psiquiátricos, elaborou propostas para uma “Reforma mais psiquiátrica”, procurou definir as diferenças conceituais entre manicômio, asilo, hospital, realizou melhorias na Clínica Psiquiátrica da USP, formulou o objetivo de estabelecer uma rede ampla de atendimento. Considera o substitutivo aprovado, como um avanço sobre o projeto de 1989; mais flexível, mais abrangente garantindo direitos do cidadão doente mental. Seria problemático pela proibição de construção de hospitais públicos e contratação ou financiamento de novos leitos pelo SUS. Também porque proíbe a existência de asilos não-hospitalares. O artigo 4 do substitutivo deveria ser modificado, permitindo novos hospitais lá onde não existem estruturas assistenciais adequadas, ou quando representam um avanço no modelo de assistência hospitalar.

O JAPM (1997, 476) pergunta: “O senhor considera o fechamento dos hospitais psiquiátricos a solução mais indicada para a melhoria do tratamento de doentes mentais no Brasil?” O Prof. Wagner Gattaz, Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, responde: Sei que a situação dos hospitais psiquiátricos no Brasil é insuficiente, o que não significa que eles devem ser fechados, e sim melhorados. A experiência de se acabar com hospitais psiquiátricos já foi feita em países como Itália, Inglaterra, Estados Unidos e causou sérios danos aos pacientes, como apontaram estudos epidemiológicos recentes. Nos EUA, 5% dos sem-teto são doentes mentais egressos de hospitais psiquiátricos. Na Inglaterra, ocorreu a “Síndrome da Porta Giratória”; devido a agitação psico-motora, os doentes passaram a ser recolhidos pela polícia às delegacias, depois foram para as prisões e voltaram para as ruas sem receber os cuidados psiquiátricos necessários. Na Itália, por falta de alternativa os pacientes egressos de instituições psiquiátricas passaram a ser tratados em manicômios judiciários,

o que aumentou a criminalização entre estas pessoas. Não há motivo para que acreditemos que o nosso país venha a ter resultados superiores a estes!

Entrevistado pela Folha de São Paulo, em 18.9.1991, o Prof. Marcos Pacheco Toledo Ferraz dizia: A luta pela extinção do manicômio é atraente como marketing. Precisamos empreender a modernização na área de saúde mental. Tem que se oferecer opções modernas. Assim, os manicômios serão fechados automaticamente. O projeto que recebeu apoio da ABP não propõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas sim que eles sejam substituídos por unidades prestadoras de serviços mais modernos. São unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais, o Hospital Dia que permite ao paciente voltar a noite para casa e as comunidades terapêuticas.

Lopes CB (2001) acha que o fechamento puro e simples de todos os hospitais psiquiátricos seria um retrocesso gigantesco. A desospitalização que ocupa espaço na mídia esconde o lançamento de contingentes de pacientes literalmente nas ruas e sem tratamento (p. 40).

O Prof. LSM Sá Jr, no Jornal do Conselho Federal de Medicina (119-120, julho-agosto, 2000) manifestava-se surpreso com a apresentação no Congresso Nacional pela ABP, pela Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério de Saúde, do projeto de reforma proposto pelo Deputado Delgado. Um projeto que, além de negar a existência da doença mental é antimédico e especificamente antipsiquiátrico, e chamava toda hospitalização psiquiátrica de manicomial e impunha restrições cada vez maiores, inadmissíveis, a autonomia dos médicos. A reforma preconizada deveria humanizar o atendimento psiquiátrico e apresentar soluções para os graves problemas criados na assistência privada e previdenciária, que tornam inviáveis as formas tradicionais de atendimento.

O editorial da *Rev Bras Psiquiatria* (2002; 24(7):34) defendia o oferecimento de serviços comunitários para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Mas estes não eliminam a necessidade de serviços hospitalares especializados para uma percentagem menor de jovens com transtornos mais graves e mais resistentes ao tratamento. Os serviços comunitários e hospitalares devem coexistir, complementar-se.

Longe de nós a intenção de fazer um levantamento das posturas brasileiras diante da reforma psiquiátrica ou do fechamento dos hospitais psiquiátricos. Citamos apenas algumas opiniões contrárias a abolição dos hospitais psiquiátricos. Também continuam existir vozes de insatisfeitos com a lei aprovada, justamente porque ela não decreta imediato fechamento dos hospitais psiquiátricos taxados de cronificadores, desprovidos de objetivos terapêuticos, meros instrumentos de exploração financeira da doença. Os hospitais psiquiátricos, dizem alguns, não podem ser melhorados (não

existe hospital psiquiátrico bom! Proclama uma furiosa anti-manicomialista) devem ser abolidos.

Comissões de Direitos Humanos compostas por políticos inspecionaram manicômios. No Manicômio Judiciário de Pernambuco constataram condições desumanas, falta de água, superlotação, ausência de remédios, pacientes nus deitados no chão, cobertos de fezes. Pelo contrário, na clínica das Amendoeiras, Jacarepaguá, Rio, os inspetores ficaram bem impressionados. Seria um hospital “superespecial”, quase único, com “neuropatas”. Precisava de mais terapeutas ocupacionais, mas o ministério exige contratação de mais psiquiatras, que não são prioritários. (*Manicômio*, 21.6.2000). Podemos então admitir que existem hospitais psiquiátricos melhores do que os outros? Que podem eles até ser melhorados?

Continuamos ouvindo vozes irritadas, lendo panfletos que condenam o hospital psiquiátrico, proclamam seu fim exigem sua extinção. Tem até psiquiatras na “luta antimanicomial”. Não acreditamos que seja um engano afirmar que estes são quase sempre pessoas que exercem papéis dirigentes nos órgãos governamentais, administrativos.

Psiquiatria Hoje (2:7-8, 1994) publicava: Conselho Nacional de saúde encampa o parecer do CFM sobre a Lei Delgado: Entre os argumentos favoráveis consta: uma grande conquista foi reconhecer aos doentes mentais o direito ao tratamento. Eles não seriam mais encaminhados a instituições que não lhes dê nenhuma assistência sanitária. Mas outras prerrogativas que se costuma reconhecer como naturais quanto aos portadores de doenças em geral, eram sistematicamente negadas aos doentes mentais. Internações sem o consentimento dos pacientes, buscando calar as denúncias sociais. “Os profissionais da Psiquiatria em geral compartilhavam esta maneira de ver as coisas e desempenharam importante papel na tarefa de manter os pacientes sob esta forma de controle social. É claro que houve as exceções, por exemplo Pinel”. O Projeto Delgado vem contando com o apoio das mais expressivas entidades científicas (ABP, CFPsicologia, CFMedicina, CBEstudos de Saúde, ABPós-Graduação). De modo que o representante das entidades de representação dos médicos o encaminhava para aprovação, ao Conselho Nacional de Saúde.

Quem apoiava um texto como o precedente eram autoridades governamentais dirigentes de associações eleitos ou nomeados. Não chamaríamos estas entidades como científicas.

Consideramos esta recomendação baseada em pronunciamento anti-psiquiátricos, contra os quais sempre nos manifestamos (Temas 78; 1974). Podem ser citados muitos casos de psiquiatras e instituições psiquiátricas com desempenho inadmissível. Mas foram sempre presentes as denúncias, os protestos, as tentativas de corrigir os

erros e abusos, de realizar uma verdadeira psiquiatria, assim como os verdadeiros psiquiatras concebem.

O Ministério do trabalho e Previdência Social, Secretaria de Assistência Médica, publicava o *Orientação de serviço no SAM 3043* de 19.7.73. Mandava: tratamento, sempre que possível na comunidade, ênfase dada a técnicas extra-hospitalares, rede de serviços, hospital-dia, atendimento em hospital geral. Evidentemente: controle centralizado das internações. Tratamento na comunidade e limitação da hospitalização claramente formuladas, e isto pelos governantes de 1973. Em São Paulo, a Coordenadoria de Saúde Mental determinou a alta de milhares de pacientes do Hospital do Juqueri. Muitos passaram a ser internados em hospitais particulares; não sabemos o que aconteceu com o resto. Foi uma desospitalização determinada pelas autoridades antes da criação de recursos terapêuticos alternativos.

* * *

L. No Fórum Nacional organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 31.5.2000, lemos entre as primeiras palavras, que a reversão do modelo hospital-cêntrico baseado na exclusão social, passou a ser assumido enquanto política nacional pelo próprio Ministério de Saúde (p. 11). Depois de abolir quase 20.000 leitos na última década, “não conseguimos mais descer do patamar de 60.000 leitos no Brasil” (p. 15). A intervenção e protagonismo do Ministério de Saúde na primeira metade da década de 90, são atribuídas “a brilhantismo da condução ministerial naquele momento — o discursivo e capacidade política de Domingo Alves, — e as condições institucionais daquele mesmo momento (p. 20). Os “atrasos” são atribuídos ao Sindicato dos Empresários, mas também “aos avanços dos setores mais conservadores da psiquiatria acadêmica em harmônica aliança com a indústria farmacêutica (p. 21).

Os inimigos do Fórum: os donos de hospitais, o pensamento acadêmico biologicista, reducionista que levantou novamente a cabeça... várias entidades de representação corporativas, da categoria médica que em nenhum lugar do mundo foi favorável à reforma psiquiátrica (p. 24).

É óbvia a oposição entre acadêmicos e autoridades dirigentes. Se a categoria médica, em nenhum lugar do mundo foi favorável à reforma, seria significativo, se fosse verdade. As anátemas anti-hospitalares começaram com Kuhn, professor de psiquiatria nos EUA, Laing-médico, mais tarde Basaglia-médico. E tiveram seguidores entre médicos. Mas quem lançou as palavras citadas acima, quer evidentemente excluir da categoria dos “bons”, os psiquiatras, mostrando o caráter não-político, mas antipsiquiátrico dos promotores da reforma antimanicomialista.

Um dos oradores, no Fórum citado, afirma que o caminho passa pela humanização dos hospitais públicos, e a humanização forçada deve ser forçada pelas fiscalizações e intervenções nos hospitais privados (p. 25). Para outra representante da luta antimanicomial a via é vigiar, fiscalizar todos os dias, o dia inteiro (p. 31). Evidentemente, não são médicos que proclamam isso: são pessoas que exercem o poder que pertencem a Coordenadoria.

O coordenador de Saúde Mental do Ministério quer fortalecer os núcleos técnicos do ministério, com notórios defensores da “reforma”.

O movimento da reforma psiquiátrica não é historicamente, um movimento sanitário (p. 38).

Uma psiquiatra do Serviço de Saúde Mental de Santo André afirma: “Há NAPS que são enfermarias psiquiátricas disfarçadas. Há CAPS que continuam funcionando na lógica do manicômio. Qual é a lógica do manicômio? É a lógica da psiquiatria. Há profissionais que não pensam dessa maneira, que não tem essa visão da não lógica manicomial, por que se formaram dentro da academia que é outro manicômio” (p. 89).

No Rio Grande do Sul, nos hospitais psiquiátricos, “embora ainda não tenhamos conseguido fechá-los”, fazemos acompanhamento e avaliação periódica. Temos que pensar, urgentemente, em mecanismos de avaliação permanente dos serviços substitutivos e de avaliação aos serviços privados que existem (p. 105). Mais uma voz de pessoa que está em situação de controlar, avaliar, mas ainda não conseguiu fechar todos os hospitais.

A reforma, principalmente o fechamento dos hospitais, não é a escolha dos acadêmicos, dos clínicos, mas é dos dirigentes governamentais ou de associações profissionais adversas a medicina. Uma das perguntas é: como explicar que, apesar de estarem faz decênios, em cargos governamentais, não realizaram suas propostas, e ainda menos criaram condições para interditar o hospital psiquiátrico?

Certos estados e municípios legislaram a reforma; não foi necessária, lá a aprovação da lei federal.

Certas instituições organizaram suas atividades no sentido de realizar os objetivos médicos e humanistas proclamados também pelos projetos de reforma. Sem esperar uma nova legislação. A legislação anterior, se não favorecia, não impedia que formas progressistas de atendimento dos doentes mentais sejam praticadas.

* * *

M. Experiência clínica e informações sobre as atividades psiquiátricas no mundo inteiro, desde que essa profissão foi criada, nos tornaram conscientes da

precariedade, das dificuldades que os doentes e aqueles que deles cuidam, tem que enfrentar. Tomamos conhecimentos das acusações contra a “psiquiatria” que inventaria doenças para o benefício daqueles que vendem serviços. Contra a psiquiatria que, como instrumento da burguesia, só serviria para garantir a tranqüilidade das classes dominantes. Às vezes, tais acusações formuladas com habilidade, elegância, podiam seduzir, pelo menos alertar aqueles que não queiram exercer tais papéis.

Os exageros, a má-fé de tais atribuições eram evidentes. Mas não podíamos negar que fatos, situações terríveis existem, de modo que tínhamos que, na linha da psiquiatria que merece este nome, que sempre atribuiu-se a tarefa de tratar com recursos da medicina, as doenças mentais, continuar criando condições práticas e teóricas conforme os objetivos.

No Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, o atendimento psiquiátrico era inicialmente (1964) exclusivamente ambulatorio. Foi completado com leitos de hospital-dia, mais tarde enfermaria de dia e noite, hospitais de convenio. Pelo número de pacientes, a predominância e do Ambulatorio. Onde funciona também o HD, a terapia ocupacional, os grupos psicoterápicos, de reabilitação. Os recursos (equipe terapêutica, espaço físico, medicamentos, instrumental) foram sempre difícil de obter; mas nunca foram negligenciados. Passamos por momentos de maior carência, de recuo. Insistimos e conseguimos restabelecer o equilíbrio. O grau de compreensão encontrado na administração desta instituição (dependendo do Governo Estadual) não foi sempre o mesmo. Mas a legislação, assim colmo ela era, ao longo destes quase 40 anos, nunca nos impediu percorrer o caminho que tínhamos escolhido. Os objetivos eram inicialmente quase aqueles proclamados pelos partidários da reforma radical, assim como era formulada no Projeto Delgado. Tínhamos até a ilusão de eliminar totalmente as internações, graças aos progressos dos recursos terapêuticos das formas alternativas de assistência. Tivemos que constatar que a internação não pode ser abolida, nem pela presença de leitos psiquiátricos no Hospital-Geral, nem por assistência domiciliar. Nem podemos desistir em nossa Unidade Psiquiátrica no Hospital-Geral, de convênios com outros Hospitais Psiquiátricos.

Não tivemos que esperar a lei da Reforma, para organizar um serviço que respeite os direitos dos usuários, que se esforce para responder às suas necessidades, que analise constantemente suas deficiências e procure corrigi-las.

Outras instituições, cidades, estados seguiram o mesmo rumo: reformar, sem esperar leis especiais.

Não podemos acreditar na boa-fé daqueles que negam a possibilidade de existência de bons hospitais. Se o fazem, é para insistir no slogan: primeiro objetivo é

o fechamento dos hospitais psiquiátricos existentes e a proibição da abertura de novos. Esta era a idéia proclamada pelo Basaglia. Antes dele, tinham sido tentadas medidas semelhantes, nos países mais ricos do mundo. Depois de décadas, admitiram que tal política ia contra os interesses dos pacientes e suas famílias. No Brasil, ainda tem quem não toma conhecimento disto, embora sejam em geral pessoas que ocupam cargos de poder e teriam recursos para conhecer a situação.

* * *

As classificações são mantidas em pauta pelos órgãos internacionais que exercem o poder no campo da saúde; aqueles que controlam oficialmente a produção e publicação científica, o exercício da profissão. Protestos e críticas são, contudo, constantes.

É necessária, desejável a necessidade de fazer escolhas, nas nossas atividades, baseados em provas. É porém um abuso, usado também para controlar os outros, proclamar-se possuidor dos únicos, dos verdadeiros critérios que definem o que constitui provas.

“Recomendações” oficiais são impostas e não respeitá-las pode significar expulsão.

Uma “reforma” do atendimento psiquiátrico cujo principal objetivo é fechar hospitais, pode ser instrumento de controle da parte de interessados, que não querem saber dos fracassos de experiências similares.

Tais posições existem. Mas não conseguiram desanimar totalmente os psiquiatras que assumem um compromisso autêntico com a profissão.

Referências bibliográficas

- Abragam A. (1986). Théorie ou expérience: un débat archaïque. *In* Hamburger J (ed) *La philosophie des sciences aujourd'hui*. Paris Bordas. pp. 21-38
- Abrahamson D (1993). Institutionalization and the long-term course of schizophrenia. *Brit J Psychiatry* 102:533-538
- Akiskal HS (1994). Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychol Scandinavica* 84(Suppl. 383):19-23
- Allridge P (1985). Bedlam: fact or fantasy? *In*: Bynur WF, Porter R, Shepherd M. *The Anatomy of madness*. London. Tavistock Publ. (17-33)
- Altschule MD (1976). Historical perspective: Evolution of the concept of schizophrenia. *In*: Wolf S, Bishop B (eds.) *The Biology of Schizophrenic process*. New York. Plenum, vol. 19
- Ananth J, Kenan J (1999). Tardive dyskinesia associated with Olanzapine monotherapy (Letter). *J Clin Psychiatry*, 60:870
- Andreasen NC (1994). Changing Concepts of Schizophrenia and A Historical Fallacy. *Am J Psychiatry* 151:1405-1407
- Andreasen NC (1995). The validation of psychiatric diagnosis: new models and approaches. Editorial. *Am J Psychiatry*, 152:161-162
- Andreasen NC (1997). Linking mind and brain study of mental illness. *Science* 275:1586-1592
- Arranz T, Ganoza C (1986). Factores de cronificación en el hospital psiquiátrico. *Informaciones Psiq* (Barcelona). 105:199-221
- Atallah HN (1997). Evidências em metanálise. *Editorial. Diagn et Traitement*. 2(3):7-8
- Banzato CEM (2002). Assigning things to their proper class. *Rev Latinoamer. Psicopatol Fundam*. 5(1):11-19
- Barrientos Llano G (1999). *Rev Del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. Min de Salud Publica. Mayo-agosto 1999, vol. XL, n. 2, 113-124
- Barton R (1959). *Institutional neurosis*. Bristol. J Wright
- Basaglia FO (1988) *Assistenza psiquiatrica: proposta de integrazione della legge 833*. *Prospettive Sociali e Sanitari* 15:1-4
- Bassi M (1999). The desinstitutionalization process in Italy. *XI World Cong of Psychiatry*. Hamburg p. 214

- Bastos O (2000). Experiência clínica e evidência — integração ou exclusão. *Neurobiologia* 63(1-2), 3-6
- Bauer M, Kunze H, Von Cranach M *et al* (2001). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 104(410):27-34.
- Beasley CM, Dellva MA, Tamura RN *et al* (1999). Randomized double-blind comparison of the incidence of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during long-term treatment with olanzapine and haloperidol. *Brit J Psychiatry*, 174:23-30
- Becker I, Vazquez-Barquero JL. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 104(410):8-14.
- Bella VL, Picoli F (2002). Olanzapine induced tardive dyskinesia. *Brit j Psychiatry*, 182:81-82
- Bental RP, Kindermann P, Karrey S (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs. *Brit J Psychiatry*, 182:81-82
- Bernard Thomson K, Leichner P (1997). L'avenir des hopitaux psychiatriques. *Santé Mentale au Québec.* 22:53-70
- Berrios GA (1993). European Views on personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1):14-30
- Berrios GA (1999). Anxiety disorders: A conceptual history. *J Affective Disorders*, 56:83-94
- Berrios GA, Porter R (eds). (1995). *A history of Clinical Psychiatry*. New York. NY University Press
- Bisacco G, Villari V, Cristina E (1986). *Di premesse e meccanismi di una esperienza comunitaria*. Torino. *Dipart. di Salute Mentale Ospedale Mauriziano SIMAP USL. Congr Bologna 1986*
- Borenstein O (2001). Evidence based psychiatry. *Psychiatric News. APA* May, 4, 2001:3
- Bourgeois ML (2000). Medicine apodictique et médecine empirique: la place de l'EBM em psychiatrie. *L'Encephale*, 26:1-2
- Brainard MS, Knudsen EI (1998). Experience Affects. *Brain Amer J Psychiatry*, 155:1000
- Brand U (2001). Mental health care in Germany: careers' perspectives. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 104(410):35-40
- Brasil MAA (1982). A unidade psiquiátrica em Hospital Geral. *Dissertação de mestrado. Curso PG Inst. Bioq UFRJ*

- Brasil MAA (2001). Pela reafirmação da identidade médica do psiquiatra. *Psiqu Hoje* 6:10-12
- Brasil MAA (2002). Mensagem do presidente da ABP e do Congresso. *Psiqu Hoje* 3
- Brockington I. (1991) Factors involved in delusion formation. *Brit J Psychiatry* 159 (Suppl. 14):42-5.
- Burns T, Priebe S (1999) Mental health care failure in England. Myth and reality. Editorial. *Br J Psychiatry*. 174:191-192.
- Buston K, Parry-Jones W, Livingston M, Bogan A, Wood S. (1998) Qualitative research. *Brit J Psychiatry*. 172:197-9
- Changeux JP (2002). *L'homme de vérité*. Paris. Odile Jacob
- Chastel CL, Cénac A (1998). *Histoire de la médecine*. Paris. Ellipses
- Chen YF (2002). Chinese classification of Mental Disorders (CMMD-3): Towards integration in international classification. *Psychopathology* 35:171-173
- Cloninger CR (1999). A new conceptual paradigm for genetics and psychobiology for the science of mental health. *Aust NZJ Psychiatry*, 33:174-186
- Colluci M, Di Vittorio P (2001) *Franco Basaglia*. Bruno Montadori
- Cox JL. (2002) Commentary towards a more integrated international system of psychiatric classification. *Psychopathology*. 35(2-3):195-6.
- Curson DA, Pantelis C, Ward J, Barnes TR (1992). Institutionalism and schizophrenia 30 years on. Clinical poverty and the social environment in three British mental hospitals in 1960 compared with a fourth in 1990. *Br J Psychiatry*. 160:230-41
- Dantas F, Lopes AC (2002) Medicina embasada na competência. Conselho Federal de Medicina – Bras. 132:8-9
- Denzin NK, Lincoln VS (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks Calif, Sage Publications
- Di Lorenzo F (1991). Entrevista à REFASAS Hospitalares. Madrid 189(24) :27-29
- Donnoli VF (1991). Revisión del concepto de deterioro de la personalidad en las esquizofrenias. *Acta psiquiat Amer Latina* 37(1):32-45
- D'Onofrio MR, Gasca G, Pavese F, Zuccolin M, Munizza C. (1986). *Doppo Sforzo organizzativo all'invento terapeutico*. Dipartam Salute ment. Nuova Astanteria Martini. Torino

- Dorwart RA, Schlesinger M (1988). Privatization of psychiatric services. *Am J Psychiatry*. 145(5):543-53
- Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW (2000) Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 177:511-5
- Dratcu L (2000). Godzilla contra-ataca: breve crônica sobre a ressurreição do tratamento psiquiátrico hospitalar na Grã-Bretanha. *Temas* 58:1-16
- Dratcu L (2002) Acute hospital care: the beauty and the beast of psychiatry. Editorial. *Psychiatric Bulletin*, 26:81-82
- Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ (1997). A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 54(7):597-606.
- Dunayevich E, Stratkowski SM (1999). Olanzapine-induced tardive dystonia (Letter) *Am J Psychiatry*, 56:1662
- Einstein A, Infeld C (1938). *The evolution of physics*. New York. Simon and Schuster. p. 31
- Eisenberg L (1986). Health care: for patients or for profits? *Am J Psychiatry*. 143(8):1015-9.
- Eisenberg L (1988). The Social Construction of mental illness (Editorial) *Psychological Medicine* 18:1-9
- Ellis P, Mellsop G (1990). The Development of DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry*, 42:92
- Elpers J (1987). Are we legislating for reinstitutionalization? *Amer J Ment Health* 6:80-87
- Feyerabend P (1977). *Contra o método*. Rio, Fr. Alves
- Feynman RP (2000). *Deve ser brincadeira, Sr. Feinman*. Brasília: Ed. Universidade (orig. 1985)
- Frances A, Egger HL (1999). Whither psychiatric diagnosis. *Aust NZJ Psychiatry*, 33:161-165
- Frances AJ (1994) Foreword. In Sadler JS, Wiggins OP, Schwartz MA. *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. J Hopkins University Press, Baltimore
- Freeman H (2001). *A century of Psychiatry*. London. Mosby
- Furlan PM (1999). The closure of mental hospitals in Italy (Torino). *XI World Cong of Psychiatry*. Hamburg p. 215

- Gelder MG (1989). Panic disorder: fact or fiction (Editorial). *Psychological Medicine* 19:277-283
- Gentil Filho V (199). A Lei Delgado e o futuro de assistência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatria* 21(1):5
- Gilbody SM, Song F (2000). Editorial: Publication bias and the integrity of psychiatric research. *Psychological Medicine* 30:253-258
- Ginsburg BE, Werick TM, Escobar JI (1996). Molecular genetics of psychopathologies: A search for simple answers to complex problems. *Behav Genet*, 26:325-338
- Ginsburg C (2001). *Olhos de madeira*. S. Paulo, Cia das Letras
- Goffman E (1961). *Asylums*. Pelican Books
- Goodwin F, Jamison KR (1990). *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press. New York
- Graham P (2000) Treatment interventions and findings from research. *Brit J Psychiatry* 176:414-419
- Green AI, Patel JK, Goisman RM, Allison DB, Blackburn G (2000). Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *Gen Hosp Psychiatry*. 22(4):224-35
- Group for the advancement of psychiatry (1983). A reappraisal GAP report n. 113. Mental Health Materials Center. New York
- Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ *et al* (2000). User's Guide to the Medical Literature. *JAMA*: 1290-1296
- Harari E (2001). Whose evidence? Lessons from the philosophy of science and the epistemology of medicine. *Aust NZJ Psychiatry*, 35:724-730
- Hegarty JD, Baldessarini RJ *et al* (1994). One hundred years of Schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*. 151:1409-1416
- Heisenberg WH (1962). *La nature dans la physique*. Paris. Gallimard
- Hipocrates (1889) Sur le rire et folie. Paris. Yves Hersant
- Hipocrates (1998). Aforismos de Hipocrates. Comentários C. Brunini. S. Paulo. Typus
- Hobbs C, Tennart C, Rosen A *et al* (2000). Desinstitutionalization from long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and N Z J of Psychiatry* 34:476-483
- Howells JG (1991). *The concept of Schizophrenia. Historical perspectives*. Washington. Am Psychiatric Press

- Hudson JI, Pope HG (1990). Affective Spectrum Disorder. *Am J Psychiatry*. 147:552-564
- Hyde TM, Nawroz S, Goldberg TE, Bigelow LB, Strong D, Ostrem JL, Weinberger DR, Kleinman JE (1994). Is there cognitive decline in schizophrenia? A cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 164(4):494-500.
- Jaffe ME, Simpson GM (1999). Reduction of tardive dyskinesia with olanzapine (Letter). *Am J Psychiatry*, 156:2016
- Jampala VCh, Sierles FS, Taylor MA (1989). Diagnosis of Affective Disorders and Schizophrenia in the US. *J Clin Psychiatry* 50:212-216
- Jaquard A. (1983). Inventer l'homme. *In: La vérité. Le genre humain. Paris. Complexe.* pp. 11-17
- Joly R (1964) *Hippocrate. Médecine gréque.* Paris Gallimard.
- Jorge MR, França JMF (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reformada Assistência Psiquiátrica no Brasil. Editorial. *Rev Bras Psiquiatr* 23(1):3-6
- Kahn DA, Docherty JP, Carpenter D, Frances AJ (1997). Consensus methods in practice guideline development. *Psychopharmacology Bull* 33(4):631-639
- Kendell R, Jablensky A (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry*, 160:4-12
- Kirk SA, Kutchins H (1992). *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry.* New York. Aldine de Grayter.
- Lawrence RE (1991). The impact of community care on the course of schizophrenia. In *The Closure of Mental Hospitals* (Eds Hall, Brockinton) London, Gaskell
- Lazure D (1996). La décennie 70 : Les enjeux et les acquis du sante mentale: In: 20 ans de Santé Mentale au Québec. Cartier souvenir. P. 20-24
- Le Lorier J, Gregoire G, Benhaddad A, Lapierre J, Derdenian Fr (1977). Discrepancies between meta-analysis and subsequent large randomized controlled trials. *The New England J of Med* 337:536-542
- Leff J (2001). Can we manage without the mental hospital? *Australian and N Z J of Psychiatry* 35:421-427
- Leff J, Knipers L, Berkovitz R, Sturgeon D (1985). A controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. *Brit J Psychiatry* 146:594-600

- Lesage AD, Morissette R, Fortier L, *et al* (2000). Downsizing psychiatric hospitals: needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. *Can J Psychiatry* 45:526-531
- Lewis S (1994). ICD-10: A neuropsychiatrist's nightmare. *Editorial. Brit J Psychiatry*, 164:157-158
- Linde PR (2002). *The spirit of madness: An American Psychiatrist in Africa*. New York. McGraw Hill
- Lindquist G, Malmgren H (1993) Organic Mental Disorders as Hypothetical Pathogenic Processes. *Acta Psychiatrica Scand* 88(Suppl.) 373:5-17
- Littrell KH, Johnson CC, Litrell S *et al* (1998). Marked reduction of tardive dyskinesia with olanzapine. *Arch Gen Psychiatry* 55:279-280
- Lopez Ibor JJ, Frances A, Jones C (1994). Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and CID-10 and issues in differential diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89(Suppl.) 383:12-18
- Maj M, Pirozzi M, Magiano L, Bartoli B (1998). Long-term outcome of lithium prophylaxis in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 155:30-35
- Malmgren H (1993). Psychiatric classification and empiricist theories of meaning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88(suppl. 337):48-64
- Mathai PJ, Gopinath PS (1986). Deficits of chronic schizophrenia in relation to long-term hospitalization. *Br J Psychiatry*. 148:509-516.
- Mayou R. (1989) The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry*, 155:764-76.
- Mezzich JE (2002). The WPA International Guidelines for diagnostic assessment. *World Psychiatry* 1(1):36-39
- Miguel EC, Barbara JC, Shavitt RG *et al* (1995). Compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *Psiquiatria Biológica*. 3(2):9-15
- Ministério da Saúde Br (2002). III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final
- Mises R, Quemada N, Botbol M *et al* (2002). French classification for child and adolescent mental disorders. *Psychopathology*, 35(2-3):176-180
- Mollica RF (1983). From Asylum to community. *New Engl J Med* 308:367-373
- Moncrieff J (1998). Forty-years of lithium treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 55:92

- Morgado AF, Lima LA (1999). Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? *J Bras Psiq* 44(11)
- Newton L, Rosen A, Tennant C *et al* (2000). Desinstitutionalization for long-term mental illness: an ethnographic study. *Australian and N Z J of Psychiatry* 34:484-490
- Nicolescu B (1985). *Nous, la particule et le monde*. Paris. Le Mail
- Okasha A, Bishry Z, Khalie AHT *at al* (1994). Panic Disorder. An Overlapping or Independent Entity? *Brit J Psychiatry* 164:818-825
- Otero-Ojeda AA (2002). Third Cuban glossary of Psychiatry. *Psychopathology*, 35(2-3):181-184
- Paolielo G (2001). Minas discute tema do Congresso de Psiquiatria. 3IX-3XI, Recife. *Psiquiatria Hoje* 3,5
- Papeschi R (Lucca) 1985). The Denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's Writing. *Brit J Psychiatry* 146:246-254
- Paris J (2000). Canadian psychiatry across 5 decades. From clinical inference to evidence-based practice. *Canadian J Psychiatry*, 45:34-39
- Pederzini A (Milano) (1986). Programar a psiquiatria. *Hospitalidade* (Portugal) 50(197):15-20
- Pingeaud J (1987). *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine*. Paris. Les Belles Letres.
- Quirk A, Lelliott P (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Soc Sci Med*. 53(12):1565-74
- Ramachandran VS, Blakeslee S (2002). *Fantasmas no cérebro*. R. Janeiro. Record
- Reinhartz D, Lesage AD, Phil M (2000). Organizational analysis of desinstitutionalization in a psychiatric hospital. *Australian and N Z J of Psychiatry* 34:539-543
- Ronan C (1998). *Histoire mondiale des sciences*. Paris. Seuil.
- Rosen G (1968). *Madness in Society*. New York Harper and Row.
- Rutz W. (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 104(410):15-20.
- Sachs HS (1997). New challenges for proven values. *Am J Psychiatry*, 154:1350-1353
- Sacket DL, Ricardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (1997). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill-Livingstone

- Saraceno B (1990). Desinstitutionalisation. *Psychiatrie Française* (Rev des Syndicats de Psychiatrie Française) 3(90):13-17
- Sarli V (1986). Per un trattamento dello psicotico grave nel servizio psichiatrico. *Fogli di Informazione*. 119:3-11
- Schene AH, Faber AM. (2001). Mental health care reform in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 104(410):74-81.
- Schrödinger E (1954). *Nature and the Greeks*. Cambridge University Press
- Sévigny R (1996). Les années 70: debut on fin d'une époque? In: 20 ans de Santé Mentale au Québec. Cartier souvenir. p. 15-19
- Solomon A (2002). *O demônio da depressão*. Rio. Objetiva.
- Sonenreich C, Estevão G, Friedrich S, Silva Filho, LMA (1994). Reflexões sobre o método experimental e a elaboração do psiquiatra. *Temas*, 48:223-230
- Sonenreich C, Estevão G, Friedrich S, Silva Filho, LMA (1995). Limites do método experimental. *Temas*, 49:31-42
- Sonenreich C, Estevão G, Silva LAM (1999). *Psiquiatria: propostas, notas, comentários*. São Paulo: Lemos
- Sonenreich C, Friedrich S (1990). Diagnóstico por listagem de sintomas não é nossa escolha. *Temas*, 38:41-44
- Sonenreich C, Friedrich S (1991). Nosografia clínica versus nosografia experimental. *Temas*, 42:357-366
- Sonenreich C, Friedrich S, Ribeiro PL (1992). Um conceito em debate: esquizofrenia. *Temas* 22(44)171-228
- Sonenreich C, Kerr-Correa F. (1985). *As escolhas do psiquiatra*. São Paulo: Manole
- Sonenreich C, Silva Filho LMA (1995). Desospitalização. *J Bras Psiq* 44(4):159-167
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978). Research Diagnostic Criteria for a Selected Group of Functional Disorders. *Biometrics Research*. NY State Psychiatric Institute
- Spitzer RL, First MB, Williams JB, Kendler K, Pincus AP, Tucker G (1992). Now is the time to retire the term Organic Mental Disorders. *Am J Psychiatry* 149:240-244
- Spitzer RL, Klein DF (eds). (1978). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York. Raven Press

- Stahl SM (1997). Mental illness may be damaging to your brain. *J Clin Psychiatry*. 58(7):289-290
- Stefansson CG, Hansson L (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*; 104(410):82-8.
- Sterlin C (1996) Accessibilité on adéquation? In: 20 ans de Santé Mentale au Québec. Cartier souvenir. p. 25-28
- Strassman R (2001). *DMT: The spirit molecule. A doctor's revolutionary research into the biology of near-death and mystical experiences*. Rochester Park Street Press
- Streiner DL (2002). The 2 Es of research: efficacy and effectiveness. *Can J Psychiatry* 47:552-556
- Talbott JA (1985). Community Care for the chronically mentally ill. *Psychiatr Clin North Amer* 8:437-446
- Taxil J. (1976) *Traité de l'épilepsie. Lyon 1602*. apud *Folie et déraison a la renaissance*. Coloque Internt. Ed. Univ. Bruxelles
- Tempier R, Vaurod J (2002). Readaptation en milieu francophone. *Can J Psychiatry* 47:621-627
- Thom R (1985). La méthode expérimentale: un mythe des épistémologues (et des savants)? *Le Débat* 34:11-20
- Thornicroft G, Tansella M (2002). Balancing community-base and hospital-based mental health care. *World Psychiatry Assoc*, 1(2):84-90
- Tomow T (2001). Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 104(410):21-6.
- Torrey EF (1980). *Schizophrenia and civilization*. Northvale NJ. Jason Aronson
- Tyrer PJ, Sevenright N, Ferguson S *et al* (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety depression and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 85:201-206
- Vaillant G (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, patterns and paths to recovery*. Harvard. University Press
- Vallenstein ES (1998). *Blaming the Brain. The truth about drugs and mental health*. New York. The Free Press
- Vallesius Fr. (1587) De iis quae scripta sunt physice in libris sacris. . apud *Folie et déraison a la renaissance*. Gloque Internat. Ed. Univ. Bruxelles

Vaughn CE, Snyder KS, Jones S, Freeman WB, Falloon IR (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Arch Gen Psychiatry*. 41(12):1169-77

Wing JK (1990). *The Functions of Asylum Brit J Psychiatry* 157:822-827

Wing JK, Brown GW (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. London. Cambridge University press

Zilboorg G (1941). *Historia de la Psicología Medica*. Buenos Aires. Hachette

Zimmerman M (1990). Is DSM-IV needed at all? *Arch Gen Psychiatry* 47:974-976

Zimmerman M, Black DN, Coryell W (1989). Diagnostic Criteria for Melancholia. The Comparative Validity of DSM-III and DSM-III-R. *Arch Gen Psychiatry* 46:361-368

Zimmerman M, Spitzer RL (1989). Melancholia: From DSM-III to DSM-III-R. *Am J Psychiatry* 146:20-28

Zusman JA (2002). Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas. *Psiquiatria Hoje* 2:8-17