

Editorial

Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor?

Nosso ultrapassado modelo assistencial tem de ser reformado. Os projetos de lei hoje no Legislativo são anacrônicos, incompatíveis com os conhecimentos atuais e também precisam ser reformulados. Leis como estas podem perdurar por décadas, como é o caso da vigente desde 1934, e não podem ser aprovadas por decurso de prazo. A história do projeto Delgado e das leis estaduais a ele associadas foram objeto de artigo publicado, em fins de 1999, na Revista USP.¹ Informações complementares e a necessidade de explicitar as razões pelas quais os psiquiatras não devem aceitar esses projetos, motivam este editorial.

Vou-me ater à questão assistencial, sem discutir os não menos complexos aspectos jurídicos e legais envolvendo a fiscalização das internações involuntárias e os demais direitos dos portadores de transtornos mentais e de suas famílias.

Não é por culpa dos psiquiatras, nem por desvios na nossa formação, que a assistência em saúde mental no Brasil é hospitalocêntrica, manicomial, ineficaz, cronificadora e desumana. Ela é assim justamente por estar defasada da moderna psiquiatria.

Desde 1993, o Departamento de Psiquiatria da FMUSP² tem alertado quanto às premissas antipsiquiátricas que inspiraram o Projeto Delgado e seus derivados. O mesmo tem sido feito por inúmeros psiquiatras, dentro e fora das universidades. O Projeto Delgado não proíbe o manicômio, misto de hospital-asilar e prisão, nem, sequer, o “hospital psiquiátrico tradicional”, de que falava a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, mas um equipamento médico, o *hospital*. Esta não é uma questão de semântica, mas um objetivo estratégico, reafirmado em recente encontro da luta antimanicomial: “Não é apenas discutir o fechamento do manicômio, mas, sim, o fechamento do hospital psiquiátrico, que agride, de fato, os direitos humanos”.³

O Substitutivo Rocha, tramitando na Câmara dos Deputados, foi aprovado no Senado após um acordo entre representantes do movimento da luta antimanicomial e da rede hospitalar conveniada. Ele mantém a proibição da modernização do parque hospitalar, ao mesmo tempo em que abre a possibilidade de uma reserva de mercado para os atuais detentores de contratos SUS, ao estabelecer que:

“... a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada...”

Esta poderia ser apenas uma saída honrosa para os 11 anos de parlamento, pois, francamente, o que menos existe no país é uma “estrutura assistencial adequada”. Entretanto, impedir a modernização dos hospitais é crucial para quem pretende

“desconstruir” a psiquiatria. Suas razões não são econômicas, nem técnicas e, muito menos, de direitos humanos. São exclusivamente ideológicas e políticas, inspiradas em Franco Basaglia, um modelo malsucedido na Itália, exceto em alguns poucos centros, rejeitado por todo o mundo desenvolvido, e exportado para a América Latina pelo Instituto Mário Negri, de Milão.

Benedetto Saraceno, hoje diretor da Divisão de Saúde Mental da OMS, em Genebra, descreve a estratégia dessa intervenção na política de saúde mental da América Latina, em artigo de 1994.⁴ Após patrocinar a conferência de Caracas (cuja “Declaração” não é, nem jamais poderia ter sido tomada como se fosse, um documento oficial da Organização Pan-americana da Saúde), seu laboratório, em Milão, passou a coordenar as iniciativas de um “consórcio informal” de serviços psiquiátricos europeus para acompanhar países como o Brasil. Segundo Saraceno, nosso país passou a ser “acompanhado” por serviços de Trieste (Rotelli), Ímola (Venturini) e Madrid (Desviat). Os níveis de intervenção desse consórcio são: a) serviços psiquiátricos; b) administrativo; c) docente; d) legislativo; e) político (p.54). Os detalhes desse envolvimento ainda não estão claros.

Dentro dessa estratégia geral, os postos diretivos da saúde mental brasileira foram sendo ocupados por integrantes do “movimento de trabalhadores em saúde mental” e do seu derivado, o “movimento da luta antimanicomial”.⁵ A aparência de representatividade foi tentada por meio de fóruns e conferências orquestradas, à margem da psiquiatria, assessoradas por aqueles serviços estrangeiros,⁶ e com “resoluções” previamente redigidas, como se percebe pela comparação dos anais da II Conferência Nacional de Saúde Mental com os textos dos projetos de lei anteriores a ela, submetidos aos legislativos estaduais.

Compilando-se os documentos e as publicações desses movimentos, verifica-se que sua estratégia não é melhorar a assistência *médica*. Por isso a questão vem sendo conduzida como se o problema da psiquiatria e da saúde mental fosse apenas os psicóticos crônicos que habitam os manicômios e as ruas das grandes cidades. A prevenção secundária não recebe a devida atenção. A aviltante remuneração da consulta psiquiátrica em R\$ 2,50 desestimula a implantação de ambulatórios conveniados que poderiam prevenir internações. A demanda por leitos hospitalares seria menor se houvesse clínicas de lítio na rede pública, mas boa psiquiatria não interessa aos antipsiquiatras.

O descompasso entre nossa política de saúde mental e os avanços da psiquiatria é evidente. Recentes portarias (MS 286,

14/8/2000 e 347, 21/9/2000) submetem a consulta pública à esdrúxula proposta de que pacientes com esquizofrenia crônica e gravemente incapacitados recebam 20-40 mg por dia de haloperidol ou 1 g de clorpromazina por 36 semanas, seguido de seis meses com 400-800 mg/dia de tioridazina, antes de poderem ser tratados com a clozapina, exceto se já apresentarem discinesia tardia. Só depois disso é que poderiam receber os novos antipsicóticos. Os portadores de outras psicoses, mesmo que tolerem mal os neurolépticos convencionais ou apresentem discinesia tardia não terão seus tratamentos reembolsados. Propostas antiéticas como essas não resistem sequer a análises de economia em saúde, dados os custos da iatrogenia induzida pelas altas doses de neurolépticos convencionais.

Para fechar leitos manicomial não se precisa de uma Lei Basaglia. No Brasil, foram fechados mais de 30 mil leitos psiquiátricos nos últimos 10 anos. Nem aqui, nem na Itália, sabe-se o que se fez com os recursos assim “economizados”. Conforme nos contam, não os críticos de Basaglia, mas seus próprios defensores do Serviço Nacional de Saúde da Itália, De Girolamo & Cozza,⁷ pouco se sabe sobre o destino dos pacientes desospitalizados, mas as famílias arcam com grande sobrecarga, pois assumem responsabilidades que antes eram do governo.

O Substitutivo do Senado erra também ao proibir um equipamento de assistência social, o asilo não-hospitalar. As funções de um asilo moderno, seja lá o nome que se queira dar a esse equipamento não-médico de abrigo e reabilitação, poderão ser exercidas de forma mais viável e abrangente em uma instituição maior do que em pequenos equipamentos de baixa eficiência. São milhares as pessoas com incapacidade crônica que precisam de atenção psicossocial e moradia, mas não de hospitalização.

É engano supor que as unidades psiquiátricas em hospitais gerais (UPHG) podem dar conta de toda a hospitalização em psiquiatria. Elas foram um avanço e têm importante papel no modelo assistencial, mas sabemos que o ambiente de um hospital

geral é estressante, limitado, caro e inadequado para pacientes que tenham de permanecer internados por mais tempo e não requeiram os recursos médicos de um hospital geral. Basta visitar algumas UPHG para verificar como podem se converter facilmente em micromanicômios.

Seria novo avanço poder contar com alguns hospitais psiquiátricos regionais, modernos, horizontais, em espaço aberto, humanitários e tecnicamente capacitados, localizados estrategicamente, como suporte a uma rede diversificada, não hospitalocêntrica. Existem alguns hospitais na rede conveniada que são obviamente melhores do que várias das nossas UPHG. Outros são caso de polícia ou de melhor fiscalização. A psiquiatria e os psiquiatras são também suas vítimas.

A argumentação econômica tem sido utilizada de forma demagógica e enganosa. A análise econômica não justifica a “desconstrução” da psiquiatria, mas sua efetiva aplicação. Uma boa assistência psiquiátrica integrada e abrangente não é barata e não será obtida apenas com recursos advindos do fechamento dos leitos manicomial. Deveríamos priorizar os investimentos de acordo com sua relação custo-benefício, como se faz em alguns países mais desenvolvidos, que investem em primeiro lugar em uma ampla rede ambulatorial psiquiátrica.

A psiquiatria basagliana não é moderna. O projeto Delgado é um retrocesso aos anos 60. O Substitutivo do Senado não conseguiu reverter isso. Ambos são inaceitáveis. O país tem direito a uma reforma melhor e mais eficiente do que a que seria permitida pelos dois projetos em tramitação no Congresso Nacional – uma reforma mais psiquiátrica da assistência em saúde mental.

Valentim Gentil

Conselho Diretor do Instituto de Psiquiatria
do Hospital das Clínicas da FMUSP

Referências

1. Gentil V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de ‘Reforma Psiquiátrica’. Revista USP 1999;43:6-23.
2. Manifestação sobre as propostas de reformulação da política de saúde mental. Rev Psiquiatria Clín 1993;20:33-42. Republicado pelo J Bras Psiquiatria 1993;42:169-76.
3. Conselho Federal de Psicologia. Fórum Nacional: como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, perspectivas e prioridades. Brasília; 2000. p. 61.
4. Saraceno B. Il progetto dell’Istituto Mario Negri: salute mentale in America Latina. Epidemiol Psichiatria Social 1994;3:49-58.
5. Amarante P, coord. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição. Fiocruz; 1998. p. 132.
6. Venturini E. Prefácio. In: Amarante P, coord. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz; 1995. p. 136.
7. De Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. Intern J Law Psychiatry 2000;23:197-214.