

**Uma leitura
anotada
do projeto
brasileiro de
“Reforma
Psiquiátrica”**



O

objetivo deste trabalho é contribuir para a compreensão e para o aprimoramento da legislação de assistência em Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil, através de uma revisão dos documentos e princípios que embasaram os projetos de lei aprovados ou em fase final de tramitação no Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas estaduais. Isso se faz necessário pois, nos dez anos desde o início deste processo, acumularam-se desinformação, imprecisão factual, distorções e impropriedades técnicas de tal monta que, não sendo corrigidas, inviabilizarão uma reforma competente.

A lei vigente em 1999 tem 65 anos (Decreto 24.559, de 3/7/1934). Ela é anterior ao eletrochoque (ECT – 1938), à moderna Psiquiatria, às neurociências e aos tratamentos psiquiátricos atuais. Considerando-se as altas prevalências de transtornos mentais e seus significativos prejuízos para a vida da maioria da população, qualquer lei sobre esta matéria deve interessar a todos e merecer a mais ampla discussão e esclarecimento de seus propósitos e conseqüências.

O PROJETO DE 1989 E OS SUBSTITUTIVOS INICIAIS

Assinado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), o Projeto de Lei nº 3.657, submetido em 12/9/1989, foi aprovado pela Câmara dos Deputados, por acordo de lideranças, em 14/12/1990. Ele tem a seguinte ementa: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Caso esse projeto refletisse o que sua ementa de fato diz, ele poderia merecer aprovação, sem maior discussão. Infelizmente, o projeto não é fiel à ementa. Para avaliar as implicações e conseqüências do Projeto Delgado e dos seus derivados, é necessário, inicialmente, examinar seu enunciado e acompanhar sua tramitação.

O Projeto de Lei nº 3.657 tem a seguinte redação:

“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

- Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.
- Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planifica-

Agradecimentos: À sra. Neuza Maria de Oliveira, pela assessoria competente na pesquisa documental; ao professor Michele Tansella, pelas informações sobre o estado atual da reforma italiana; ao prof. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr. e aos drs. Ricardo Oliveira (Senado Federal) e Alfredo Schechtman (Ministério da Saúde), por informações sobre projetos de lei e assistência no país; ao professor Núbio Negrão e à dra. Maria de Lourdes Felix Gentil, por comentários e sugestões.

VALENTIM GENTIL é professor de Psiquiatria da FMUSP e presidente do Conselho Diretor do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

ção necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

Parágrafo 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Parágrafo 2º É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

Parágrafo 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

- Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

Parágrafo 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

Parágrafo 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e

quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

Parágrafo 3º A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

- Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-1934”.

Uma clara radicalização da “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República” (Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Nacional de Saúde Mental, julho/1985) que precedeu a VIII Conferência Nacional de Saúde (História das Conferências Nacionais de Saúde – Radis/ENSP/Fiocruz, 3/1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 6/1987), esse projeto foi bem recebido por setores preocupados com o evidente estado calamitoso da assistência no país. Ele sofreu também duras críticas (1).

Remetido ao Senado Federal em 15/2/1991 como “Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991”, foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 4/4/1991. Aí, inicialmente recebeu pareceres de dois relatores, os senadores José Paulo Bisol (PSB-RS, em 12/1991) e Lúcio Alcântara (PSDB-CE, em 11/1995), antes de ser submetido a votação.

Desde o Parecer Bisol (4/12/1991) foram apontados erros conceituais e de técnica legislativa no Projeto Delgado, como a “inconstitucionalidade por vício de iniciativa”, ao impor atribuições ao Poder Executivo Estadual, atribuir inconstitucionalmente o *status* de autoridade judiciária à defensoria pública e considerar todas as internações não-voluntárias como *compulsórias*.

Votado na CAS, em 23/11/1995, com parecer favorável do relator, senador Lúcio Alcântara, o Projeto Delgado foi rejei-

1 Entre elas um Manifesto do Departamento de Psiquiatria da FMUSP (“Manifestação sobre as Propostas de Reformulação da Política de Saúde Mental”), publicado na *Revista de Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 1993, pp. 33-42, e republicado pelo *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (3), 1993, pp. 169-76.

tado e substituído, por 18 votos a 4, pelo voto em separado do senador Lucídio Portella (PFL-PI). Ao contrário do Projeto Delgado, o Substitutivo Portella incluiu o hospital psiquiátrico entre os “estabelecimentos de saúde mental” (ambulatório, pronto-socorro, emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral, enfermaria psiquiátrica no hospital geral, hospital psiquiátrico, hospital-dia, hospital-noite, centro de convivência, pensão protegida, hospital judiciário de custódia e tratamento mental, e “[...] outros estabelecimentos que venham a ser regulamentados pelo Poder Público”). Além disso, o Substitutivo Portella definiu três tipos de hospitalização psiquiátrica – voluntária, involuntária e compulsória (2) –, estabeleceu como objetivo da assistência a reabilitação e a reinserção social, com obrigatoriedade de a hospitalização oferecer assistência integral ao doente e vedou “[...] a internação de doentes mentais em instituições com características asilares”.

Em tramitação que não nos ficou clara, o Substitutivo Portella recebeu 7 novas emendas de Plenário. Foi então (em fins de 1998) objeto de parecer do senador Sebastião Rocha (PDT-AP), no qual consta que o Substitutivo Portella contemplava “[...] o que poderia ser considerado o modelo de assistência ideal, já que prevê [...] complementaridade entre o atendimento em hospitais psiquiátricos [...] e as demais formas de atendimento”. Entretanto, esse parecer (12/1998) foi contrário a nova aprovação do Substitutivo Portella por considerar que ele “[...] perpetua, na prática, a situação atual de predominância da institucionalização como forma de assistência”.

De fato, ao incluir o hospital psiquiátrico entre os estabelecimentos de saúde mental, sem diferenciá-lo conceitualmente dos atuais manicômios e sem determinar normas para seu credenciamento e utilização, o Substitutivo Portella permitiria a manutenção do atual modelo hospitalocêntrico (3). Além disso ele contribuiu para a confusão conceitual entre asilo e hospital.

Em 15 de dezembro de 1998, o Plenário apresentou 10 emendas ao parecer do senador Rocha, que se reuniu com represen-

tes do que considerou “todos os atores interessados no assunto” (4) e emitiu um adendo ao parecer anterior, conciliando o que foi possível entre seus interesses divergentes. Esse texto foi aprovado pelo Plenário do Senado, em 20 de janeiro de 1999, e enviado à Câmara Federal como Substitutivo do Senado.

Neste momento, a Câmara pode optar, com pequenas modificações, entre o Substitutivo do Senado e o Projeto Delgado, remetendo então o projeto final à sanção presidencial.

O SUBSTITUTIVO DO SENADO

A redação final do Substitutivo do Senado é a seguinte:

“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

- Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
- Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares, ou responsáveis, serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
Parágrafo Único – São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:
a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; b) Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; c) Ser protegida contra qualquer forma

2 Uma tradução da Lei de Assistência Psiquiátrica da França, de 6/1990. Em toda a prática médica, poucas são as internações realmente voluntárias. O mais consentâneo com a realidade seria denominá-las “consentida, não-consentida e compulsória”.

3 V. Gentil Filho, “Hospital Psiquiátrico: Proposta de Definição”, in *Boletim Psiquiatria Hoje*, nº 1, Associação Brasileira de Psiquiatria, 1996, p. 5.

4 Ministério da Saúde, dep. P. Delgado, sen. L. Portella, Movimento da Luta Antimanicomial e Federação Brasileira de Hospitais.

de abuso e exploração; d) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; e) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; f) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; g) Receber o maior número possível de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; h) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; i) Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

- Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendida a instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.
- Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.
- Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Parágrafo 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;

Parágrafo 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistên-

cia social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Parágrafo 3º Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no parágrafo anterior e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

- Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.
- Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo Único – São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: a) Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

- Art. 8º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo Único – O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

- Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
- Art. 10º A internação psiquiátrica involuntária deverá no prazo de 72 horas ser

comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Parágrafo 1º O Ministério Público, ex-offício, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária. Parágrafo 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

- Art. 11º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.
- Art. 12º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.
- Art. 13º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
- Art. 14º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.
- Art. 15º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação”.

Um avanço em relação ao Projeto Delgado, por ser mais flexível e mais abran-

gente, este substitutivo teve que conciliar exigências da política governamental, do chamado “Movimento da Luta Antimanicomial” e da Federação Brasileira de Hospitais, para ser aprovado. Entretanto, diferentes segmentos da sociedade expressaram insatisfação com o Substitutivo do Senado.

Assim, pelo menos uma associação de usuários e familiares considerou que ele não seguiu recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) para defesa dos direitos dos pacientes, pois não estabelece a obrigatoriedade da revisão periódica dos casos de internação involuntária por um corpo de revisão independente (5).

Do ponto de vista assistencial, ele apresenta dois problemas fundamentais. Em primeiro lugar, à guisa de reestruturar o modelo centrado nos manicômios, o substitutivo mantém a proibição de construir hospitais públicos e a contratação ou financiamento de novos leitos psiquiátricos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, não será permitido substituir um velho manicômio por um hospital moderno e, dependendo do *lobby* dos detentores de convênios, os leitos atualmente contratados permanecerão como uma “reserva de mercado”, impedindo o ingresso de novos grupos e dificultando o aprimoramento do parque hospitalar (6). Em segundo lugar, ao acatar a proposta Portella de definir instituição asilar como aquela desprovida de “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”, o Substitutivo do Senado acabou proibindo o “asilo” ao invés de proibir o “hospital asilar” (7).

Vale lembrar que manicômio e asilo não são sinônimos de hospital e que muitos dos que hoje estão internados em hospitais psiquiátricos no mundo inteiro não são psicóticos nem podem ser chamados de doídos (8). Além disso, muitos dos que poderiam se beneficiar de um bom asilo não necessitam de hospital mas, sim, das demais funções tradicionais do asilo: refúgio e reabilitação. Isso foi discutido pelo líder da psiquiatria social britânica, John Wing, em seu magistral artigo “As Funções do Asilo” (9).

5 L. F. Barros, “Vamos Exigir do Congresso Nacional a Garantia de Nossos Direitos Humanos e Civis”, in *Boletim Informativo do Projeto Fênix*, ano 2 nº 1, Associação Nacional Pró Saúde Mental, jan./jun., 1999, p.1.

6 V. Gentil Filho, “A Lei Delgado e o Futuro da Assistência Psiquiátrica”, in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, (1), 1999, p. 5.

7 Idem, *ibidem*.

8 *Manicômio*. [De mani + -cômio.] S.m. Hospital de doídos. • *Doído*. Adj. 1. Louco, alienado, demente. 2. Que age como doído; [...]. • *Asilo*. [Do gr. *ásylos*, pelo lat. *asylu*.] S.m. 1. Casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, etc. 2. Lugar onde ficam isentos da execução das leis os que a ele se recolhem: Os revoltosos vencidos *escolheram para asilo a embaixada do México*. 3. Guarida, abrigo, proteção. • *Hospital*. [Do lat. *hospitale*, “hospedaria”.] S.m. 1. Estabelecimento onde se internam e tratam doentes; nosocômio. • *Hospício*. [Do lat. *Hospitiu*.] S.m. 1. Casa onde se hospedam e/ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição; asilo. 2. Asilo de loucos, com retribuição ou sem ela; manicômio. 3. Lugar onde se recolhem e tratam animais abandonados (Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, *Novo Dicionário Aurélio*).

9 J. K. Wing, “The Functions of Asylum”, in *Brit. J. Psychiatry*, 157, 1990, pp. 822-7.

A importância de dispor dos vários equipamentos de saúde mental em um sistema integrado de atendimento e reabilitação foi também muito enfatizada por Wing, para quem não se deve confundir uma estrutura com sua função. Quando as funções do asilo puderem ser exercidas por outros serviços, ele provavelmente poderá ser dispensado. Entretanto, o asilo não deve ser um manicomio nem um hospital, mas tem que ser mais do que um simples abrigo.

Existe, portanto, uma importante contradição interna no Substitutivo do Senado: como “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” e “ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”, sem dispor de equipamentos para tal?

A questão do hospital é mais complexa. Têm sido oferecidas duas justificativas principais para a proibição de novos hospitais psiquiátricos: uma, pretensamente técnica, mas, na verdade, exclusivamente ideológica e, outra, econômico-financeira. A ideológica é a que embasou a Lei Basaglia, da reforma psiquiátrica italiana (Lei nº 180, 13/5/1978) (10). A econômico-financeira é que esta seria a única forma de viabilizar a construção e o financiamento da rede assistencial extra-hospitalar. Frequentemente elas se imbricam. Dadas as consequências da aprovação do projeto, é importante examinar esses argumentos antes de discutir a questão do ponto de vista propriamente técnico.

O ARGUMENTO IDEOLÓGICO

No Parecer Alcântara, favorável ao Projeto Delgado, consta que “[...] o que se pretende é mais que uma mera redistribuição de recursos assistenciais; o que se pretende é uma verdadeira mudança cultural”. Que mudança seria essa?

Examinando os documentos mais citados nessa longa polêmica, percebe-se que, desde a década de 60, ninguém, com exceção de um ou outro empresário do setor, defende o modelo assistencial centrado nos hospitais manicomial/asilares. Todos os

governos, sem exceção, foram favoráveis à criação de alternativas à hospitalização.

Pode-se identificar duas principais vertentes para a reforma psiquiátrica brasileira: uma, radical, antipsiquiátrica, oriunda de um movimento de bases fortemente influenciado pela reforma psiquiátrica italiana, gerou o Projeto Delgado; a outra, desenvolvida ao longo de algumas décadas pela liderança política da psiquiatria brasileira e por técnicos do Ministério da Saúde, foi atropelada pelo Projeto Delgado.

Assim, em 1985, a antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) do Ministério da Saúde coordenou a elaboração de uma “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República”, refletindo as conclusões do VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social, que serviu de base para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM, Rio de Janeiro, 6/1987). Já antecipando a estratégia de mobilização que seria adotada depois, a I CNSM foi precedida de “pré-conferências estaduais” que elegeram 176 delegados e membros de “segmentos representativos da sociedade” (11).

Graças a isso, as conclusões da ICNSM foram muito mais radicais do que as propostas da Dinsam e foram mais políticas do que técnicas. Exemplos:

“A indústria farmacêutica será estatizada [...] O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada [...] Enquanto não se atingir a meta da estatização os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde [...] É da responsabilidade do Estado a questão da formação dos recursos humanos, que deverão ser adequados ao contexto de novas políticas [...]” (12).

Neste contexto, pela primeira vez se explicita a exigência basagliana de proibir hospitais:

“[...] A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará no-

10 *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 133, 16 de maio de 1978, pp. 3.491-4.

11 Relatório Final da I CNSM, 1988.

12 *Idem*, *ibidem*.

vos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica [...] Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais [...]. Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais [...]" (13).

Poucos meses mais tarde, no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, 1987), foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, reunindo profissionais da equipe multidisciplinar de saúde mental, em sua maioria não-psiquiatras, que se posicionaram pela "[...] mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica" (14) e constituíram-se em "[...] um movimento social, aglutinando todos aqueles que defendem uma radical transformação na assistência à Saúde Mental" (15).

Não há como negar que, em parte, a questão ideológica se superpõe a uma luta corporativista pelo poder no âmbito da Saúde Mental. Conta-nos um dos principais líderes da psiquiatria brasileira que, em fins dos anos 80, a área de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) estavam sintetizando as conclusões de numerosos fóruns de discussão, com a participação de juristas, religiosos e profissionais de saúde mental e ultimavam uma proposta para mudança da legislação que atualizaria os procedimentos assistenciais e criaria condições para avanços futuros. Foi quando "surgiu inopinadamente o projeto Paulo Delgado, trazido pelos antimanicomiais". O fato estando consumado, a Assembléia de Delegados e a Diretoria da ABP optaram por apoiá-lo (16).

Por "uma radical transformação na assistência à Saúde Mental" entenda-se "desinstitucionalização", na acepção de Franco Basaglia, psiquiatra italiano cujas expe-

riências nos anos 60 e 70 levaram à Lei 180, que orientou a reforma psiquiátrica naquele país. Considerado um líder carismático, Basaglia ficou conhecido a partir de seu trabalho em Gorizia e depois em Trieste, transformando a assistência manicomial em comunitária, como faziam, na época, Maxwell Jones, na Escócia, e Sivadon, na França. Nessa época imediatamente anterior à retomada do modelo clínico-científico pela psiquiatria americana, ocorria também nos Estados Unidos uma malfadada tentativa de psiquiatria comunitária (17).

No fim do nosso regime militar e em sintonia com o momento político de então, Basaglia visitou o Brasil e angariou simpatizantes, mas não se propunha um transplante de seu modelo para o Brasil: "Certamente que não se trata de tomar a psiquiatria italiana como paradigma (seus articuladores mesmo repudiaram esta idéia)" (18). Entretanto, o movimento antimanicomial foi e continua a ser mais do que inspirado nele e em seus colaboradores, como Franco Rotelli, cuja produção científica se resume a três artigos indexados, um dos quais sobre o tema (19).

Vale lembrar que esses profissionais jamais tiveram qualquer expressão acadêmica ou científica, inclusive na Itália. Segundo Kathleen Jones, professora emérita de Política Social na Inglaterra "A contribuição de Basaglia foi basicamente ideológica, derivada do pensamento de Laing, Cooper, Marcuse, Sartre, Heidegger e outros [...] Ela foi também fortemente política – uma abordagem euromarxista baseada na crença de que os pacientes em um hospital psiquiátrico eram sujeitos à opressão capitalista, e que qualquer forma de trabalho em que participassem era uma exploração" (20).

Basaglia e seus seguidores propunham a negação da instituição psiquiátrica. Segundo Amarante (1990),

"desde o lançamento do Manifesto do Movimento da Psiquiatria Democrática, na Bolonha, em 8 de outubro de 1973, pôde-se detectar o objetivo fundamental deste movimento que era a desconstrução do

13 Idem, *ibidem*.

14 Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 12/1992.

15 F. N. B. Pereira Filho, "Movimento Nacional da Luta Antimanicomial/A Conquista da Cidadania para os Portadores de Sofrimento Mental", in *Revista Psiconews*, 1987, p.11.

16 L. S. M. Sá Jr., Comunicação Pessoal, 8/1999.

17 E. F. Torrey, "Jails and Prisons – America's New Mental Hospitals", in *American Journal of Public Health*, 85, 1995, pp. 1.611-3.

18 P. Amarante, "Desinstitucionalização", in *Revista Saúde em Debate*, nº 29, 1990, pp. 77-80.

19 Rotelli foi convidado especial do simpósio "A Transformação da Psiquiatria Italiana", realizado na USP, em 3/1990. Seu trabalho indexado é: O. De Leonardi, D. Mauri, F. Rotelli, "Deinstitutionalisation, Another Way: the Italian Mental Health Reform", in *Health Promot*, 1, 1986, pp. 151-65.

20 Jones vai além: "[...] Basaglia's frequently repeated belief that 'dangerousness' was merely a product of a system of incarceration turned out to be sadly wide of the mark" (K. Jones; G. Wilkinson & T. K. J. Craig, "The 1978 Italian Mental Health Law – A Personal Evaluation: A Review", in *Br. J. Psychiatry*, 159, 1991, pp. 556-61).

**Abaixo, Pinel e
as Loucas, de
R. T. Fleury**

aparato manicomial [...] mesmo as propostas mais ousadas de transformação do espaço manicomial não eram mais que contemporizações [...] A instituição a ser negada era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder [...] o paradigma clínico foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização [...] Descartadas as falsas compreensões da desinstitucionalização [...] poderemos apreender o elaborado processo de invenção de uma nova concepção sobre a loucura [...] Inspirados ora na Antipsiquiatria, ora em autores aparentemente tão distantes como Marx, Gramsci, Sartre, Hüsserl, Foucault, Castel e Goffman, dentre outros, Basaglia e os demais operadores construíram uma negação objetiva não da doença mental, mas do imperialismo da dimensão médico-clínica sobre o fenômeno loucura [...]” (21).

Essa ideologia passou a dominar as ações dos que assumiram a Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Corsam) na época do Projeto Delgado. Esse grupo, impaciente com a lenta tramitação no Senado após a fácil aprovação na Câmara, optou por atropelar a legislação federal através de projetos de lei estaduais e da ampliação da estratégia de mobilização social para seu apoio. Para eles, a discussão técnica estava encerrada (22).

Assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM; Brasília, 12/1992), organizada pela Corsam e pelo Movimento da Luta Antimanicomial, “[...] foi precedida por 24 conferências estaduais entre abril e novembro de 1992 [...] por sua vez precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional em todo o país”. Com isso elegeram-se 500 delegados em “composição paritária dos dois segmentos: usuários e

21 P. Amarante, “Desinstitucionalização”, op. cit.

22 A exemplo de sua inspiradora, esta foi uma estratégia tipicamente autoritária e longe de “democrática”. Craig comenta que “[...] *The Italian Law 180 emerged from a partnership between a relatively small number of specialist mental health professionals and a coalition of popular left-wing politicians [...]*” (K. Jones, G. Wilkinson & T. K. J. Craig, “The 1978 Italian Mental Health Law – A Personal Evaluation: a Review”, op. cit.).



sociedade civil, governo e prestadores de serviço”. Participaram também “320 observadores credenciados [...] escolhidos nos encontros estaduais”, “150 ouvintes e 100 convidados, incluindo 15 personalidades estrangeiras e representantes de organismos internacionais”. “Estima-se que, nas três etapas, 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas” (23).

Embora ela pudesse ter sido um evento no qual um milhão de pessoas representando os interesses da sociedade deliberassem sobre os rumos gerais de uma reforma da assistência, as “recomendações” fundamentais “emanadas” dessa conferência já constavam de cerca de 10 projetos de lei, praticamente idênticos entre si, submetidos quase simultaneamente, desde 1991, pelo Partido dos Trabalhadores, a Assembléias Legislativas estaduais.

De fato, a II CNSM apenas referendou o que havia sido deliberado anteriormente, acrescentando algumas propostas descabidas, como a proibição do eletrochoque e da psicocirurgia sem atentar para suas indicações e técnicas internacionalmente aceitas, que foram incluídas em emendas aos projetos estaduais.

A primeira dessas leis estaduais, do Rio Grande do Sul, submetida em 1991 e promulgada em agosto de 1992, tem ementa mais fiel ao seu conteúdo do que o Projeto Delgado, pois não fala em manicômios. Nem mesmo fala em “hospitais tradicionais” como a I CNSM. Ela “dispõe sobre a extinção progressiva dos *hospitais psiquiátricos* e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (grifo nosso). Porém, ela (e suas congêneres em alguns estados) comete o mesmo erro de não distinguir entre internação compulsória e involuntária, talvez porque a Lei 180 não o distinga. Entretanto, esta não o fez porque as internações determinadas pelo judiciário na Itália (“compulsórias”, na nossa terminologia) são regidas por outro diploma legal (24).

Mais alguns projetos estaduais já se tornaram leis (por exemplo, no Ceará – Lei 12.151, 29/7/1993; Pernambuco – Lei

11.064, 16/5/1994; Rio Grande do Norte, Lei 6.758, 4/1/1995; Minas Gerais – Lei 11.802, 18/1/1995; e Paraná – Lei 11.189, 9/11/1995). Outros, como o Projeto Gouveia, em São Paulo, continuam tramitando. Para identificar as origens de seus artigos ou emendas a eles oferecidas, basta cotejá-los com a Lei Basaglia ou com os relatórios da I e da II CNSM:

“[...] fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados [...]” (Lei 9.716, 7/8/92, Art.3º, Rio Grande do Sul).

“[...] ficam proibidas [...] a construção e a ampliação de hospitais psiquiátricos e similares, públicos ou privados [...] ficam desautorizados a funcionar no território estadual todos os hospitais psiquiátricos ou similares existentes após 5 anos da data de promulgação desta lei” (Projeto de Lei 366, SP, 19/5/92, Dep. R. Gouveia, A. Chicarino e E. Araújo).

“[...] as instalações não poderão ultrapassar 10% da capacidade instalada, até o limite de 30 leitos por unidade” (Lei 9.716, 7/8/92, Art.4º, Rio Grande do Sul).

“[...] as instalações não poderão ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital geral, até o limite de 30 leitos por unidade operacional” (Lei 11.802, 18/1/1995, Art. 8º, Minas Gerais) (25).

“[...] as instituições educacionais formadoras de Recursos Humanos e, especialmente, aquelas que habilitam os profissionais das equipes multidisciplinares de atendimento às pessoas portadoras de sofrimento mental reorientarão seus currículos quanto aos conteúdos teóricos e práticos, para adequá-los às necessidades da reforma psiquiátrica e aos princípios desta lei” (Emenda 14, SP, Dep. N. Monti).

“[...] um acompanhante de sua escolha até vinte e quatro horas por dia, devendo o estabelecimento estar equipado de acomodações, higiene e alimentação adequadas [...]” (Emenda 5, SP, Dep. G. Hanashiro).

É importante saber que a Lei 180 foi ainda mais exigente, pois proibiu não apenas “[...] a construção de novos hospitais

23 Extratos do Relatório Final da II CNSM, Brasília, 1994.

24 M. Tansella & I. Burti, “The Italian Psychiatric Reform”, in H. Freeman (ed.), *Century of Psychiatry*, London, Mosby Wolfe Medical Communications, 1999.

25 Em seu artigo 6º, a Lei Basaglia limita a 15 o número de leitos em Serviços Psiquiátricos em hospitais gerais. Segundo Tansella e Burti (“The Italian Psychiatric Reform”, op. cit.) este número foi fixado “[...] para evitar uma concentração excessiva de pacientes psiquiátricos, uma característica dos hospitais mentais que fora considerada prejudicial ao bem-estar dos pacientes.”

psiquiátricos [...]” mas também “[...] a utilização dos atualmente existentes como unidades psiquiátricas de hospitais gerais, a criação de divisões ou seções psiquiátricas nos hospitais gerais e a utilização das divisões ou seções de neurologia ou de neuropsiquiatria para este fim” (Art. 7º).

Outro exemplo da estratégia utilizada foi o envolvimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para dar respaldo à proposta. Em novembro de 1990, um ano após a apresentação do Projeto Delgado, foi realizada em Caracas, sob a égide da Organização Pan-americana da Saúde (Opas/OMS), a “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (Silos)”. Ela recebeu “apoio técnico e financeiro” do Instituto Mario Negri de Milão e o auspício de diversas associações, profissionais, serviços de saúde italianos e espanhóis alinhados com o modelo e organizações políticas. Contou, também, com a participação de parlamentares e “delegações técnicas” dos países da região, inclusive o Brasil. Ao seu final, foi emitida a Declaração de Caracas, que afirma

- “Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais;
- Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem: salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados; propender à manutenção do doente em seu meio comunitário;
- Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira a: assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais; promover uma organização de serviços comunitários que

garantam seu cumprimento;

- Que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo de serviço de saúde comunitária que recomenda a internação psiquiátrica – quando necessária – em hospitais gerais, de acordo com os princípios básicos que fundamentam esta Reestruturação;
- Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometem conjunta e solidariamente a advogar e desenvolver, nos distintos países, programas que promovam a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica e a defesa e vigilância dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e os compromissos internacionais respectivos.

Para o que conclamam

- Os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação, e os meios de comunicação a apoiar a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região”.

Embora este não seja um documento oficial da Opas/OMS, é importante notar que em nenhum momento ele propõe a proibição da construção ou financiamento de novos hospitais ou a “desconstrução” da Psiquiatria. E nem poderia, pois os documentos oficiais da ONU e da OMS não sustentam essas propostas.

O documento oficial da ONU, “Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” (Assembléia Geral, 17/12/1991), não trata desta questão. Quanto à OMS, em 1993 sua Divisão de Saúde Mental distribuiu recomendação nos seguintes termos:

“A vida em hospitais deve ser mantida como uma opção para clientes que necessitem cuidados intensivos de alta qualidade e que

se considere improvável que possam viver de forma mais independente [...] Os hospitais podem oferecer refúgio para clientes com alta que necessitem reinternação em períodos de crise; no passado a alternativa foi cárcere em instituições penais, uma conseqüência claramente indesejável” (26).

Talvez o conflito ideológico seja ainda mais amplo. Segundo o atual diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, Benedetto Saraceno (colaborador de Franco Basaglia em Trieste e originário do Instituto Mario Negri), hoje vivemos um conflito entre a Medicina e a Saúde Pública, esta sendo “mais ampla, coletiva e holística [...] e incluindo as relações entre saúde e doença, sua ecologia, as instituições, os usuários e a organização dos serviços e recursos destinados a promover a saúde e a prevenir, reabilitar ou curar as doenças” (27).

A Saúde Pública, porém, não determina a extinção de hospitais ou a “desconstrução” de especialidades médicas. Aliás, seria curioso se isso viesse a ser pleiteado em alguma outra especialidade, na qual um grupo resolvesse promover uma “reforma” como a da antipsiquiatria. Não é difícil encontrar paralelos, por exemplo, para uma “reforma cardiológica” (28).

Vale enfatizar que a Conferência de Caracas foi essencialmente política, patrocinada por um instituto italiano, com a participação de centros engajados em sua “reforma” (Trieste, Livorno, Parma, e Reggio Emilia). Ela não contou com a participação da academia, nem mesmo da Itália: a única universidade representada como tal foi a de Umea, Suécia. Isso é típico do que ocorreu no Brasil: não houve participação formal da universidade, que não foi consultada e permanece alheia e sem representação sequer na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, a providência que seria mais importante para viabilizar uma reforma desse tipo – a fixação de um percentual orçamentário comprometido por lei (Cap.4 da II CNSM, 1994; Tansella e Burti, 1999) ou, pelo menos, a obrigatoriedade de manter os gastos

atuais por um período de alguns anos para viabilizar a transformação do modelo após o fechamento dos manicômios (Parecer Alcântara) – não consta dos projetos aprovados. Sem isso, nada poderá ser feito.

O ARGUMENTO ECONÔMICO

Como a questão ideológica não se sustenta e talvez por considerar que mudanças culturais não sensibilizam os poderes, o Parecer Alcântara postulou que a extinção dos manicômios viabilizaria financeiramente “[...] o desenvolvimento de outro modelo descentralizado, com formas alternativas, mais eficazes, mais humanas [...] e *mais baratas*” (grifo nosso).

Continua o parecer: “O Projeto propõe-se a ser um instrumento de reforma sanitária e, principalmente, de *limitação do número de leitos em hospitais psiquiátricos no nível atual*, impedindo seu crescimento e o consumo de vultosos recursos públicos e privados, que melhor seriam aplicados no desenvolvimento da rede de alternativas assistenciais e comunitárias preconizadas” (grifo nosso). A contradição é evidente: mantido o número de leitos, de onde sairiam os recursos para a rede alternativa?

Para resolver esse impasse, o Parecer Rocha afirma que a manutenção do hospital psiquiátrico entre os equipamentos de saúde mental afasta o Substitutivo Portella da “realidade da saúde no Brasil”, pois para manter a estrutura ideal seria necessário “[...] um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental [...] porque os recursos do SUS, que mantêm tanto os hospitais públicos quanto a maioria dos leitos em hospitais privados, continuarão a ser totalmente gastos com esses leitos, e não mais poderão ser canalizados para as outras formas de assistência, *mais baratas* e certamente revolucionárias em seu objetivo de socializar o paciente psiquiátrico” (grifo nosso).

Isso são meias-verdades. Sem o mando dessa lei, o Ministério da Saúde fechou quase 10.000 leitos psiquiátricos entre 1983 e 1987 (ver abaixo). Só que o fez antes que

26 “Transition from Hospital to Community: a Literature Review on Housing”, Geneva, OMS, 1993.

27 B. Saraceno, “Psiquiatria e Saúde Mental”, in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (8), 1995, pp. 389-93.

28 V. Gentil Filho, “A Reforma Psiquiátrica e o Futuro da Cardiologia”, in *Revista do Incor*, 1, 1995, pp. 3-4.

a rede alternativa estivesse instalada e capacitada a atender a nova demanda daí decorrente. Fechar manicômios antes de implementar uma rede assistencial comunitária é receita certa para o desastre.

Em fevereiro de 1994, uma Força Tarefa de Saúde Mental do governo inglês recomendou que o fechamento dos hospitais psiquiátricos de Londres fosse interrompido, “até que as autoridades de saúde estejam certas de que ‘serviços alternativos efetivos’ estejam disponíveis”. Eles salientaram os riscos para os pacientes e para o público resultantes das altas precoces e o custo decorrente de ter que encaminhar esses pacientes para atendimento psiquiátrico conveniado fora de Londres (1 milhão de libras esterlinas por ano) (29).

Da mesma forma, Torrey cita dados do Departamento de Justiça, no qual o número de doentes mentais graves nas prisões e cadeias americanas, em 1993 (quase 163 mil pessoas), era o dobro do total de pacientes internados em hospitais psiquiátricos públicos. Cerca de 30% dos detidos nas cadeias americanas, em 1992, lá estavam sem ter sido imputados, aguardando avaliação ou transferência para hospitais psiquiátricos. Devido às suas doenças, esses indivíduos passam por toda a sorte de infortúnios, até por dificuldades em entender as regras da prisão. Torrey conclui que a “*Deinstitutionalisation of seriously mentally ill individuals has been the largest failed social experiment in twentieth century America [...] because we did not ensure that they receive the medications and aftercare that they need [...] to live in the community*” (30).

Outro recente editorial (31) confirma essa realidade:

“Evidence is now emerging that indicates that the closure of psychiatric hospitals coupled with under-resourced community care is causing a similar problem in Britain [...] there are in excess of 4500 men with psychotic disorders in prison at the present time [...] only the tip of psychiatric morbidity [...] However, many mentally ill prisoners receive no treatment or aftercare

when they are released, because their treatment needs are not recognised”.

E não se diga que esses países fracassaram por não adotar o modelo basagliano. Apesar de não existirem dados sobre toda a Itália, algumas avaliações regionais com metodologia adequada foram publicadas por Tansella e Williams (32). Em síntese, em regiões onde os recursos alocados foram suficientes a reforma foi bem-sucedida; nas demais – a maioria – a experiência não foi boa. Palermo identificou as seguintes “[...] consequências da Lei Basaglia entre 1978 e 1983: 57,6% mais internações em manicômios judiciários, 43,5% mais mortes devidas a transtornos mentais e 19% mais suicídios por transtornos mentais” (33).

Também não é verdade que a assistência extra-hospitalar é mais barata. Poderia ser, se considerássemos os efeitos de uma boa rede de ambulatórios psiquiátricos. Oferecer tratamento ambulatorial eficaz para transtornos ansiosos e depressivos é simples e seu retorno é altamente compensador. Se pelo menos os principais centros regionais do país pudessem prescrever lítio (34) e antipsicóticos modernos, haveria uma redução não apenas da mortalidade, mas também da morbidade (mais saúde com menos efeitos colaterais), do risco de agudização (adesão ao tratamento e maior eficácia preventiva) e da demanda por leitos hospitalares e serviços de reabilitação.

Além de poder melhorar a qualidade de vida de milhões de pacientes, o investimento em uma boa rede ambulatorial psiquiátrica traria retorno econômico garantido. Porém, quase não existem ambulatórios conveniados (35) e a preocupação dos “antimanicomiais” na Corsam era “desmedicizar” o modelo.

Entretanto, o argumento econômico tem sido utilizado apenas para justificar a proibição dos hospitais e sua substituição por equipamentos alternativos de hospitalização (unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, etc.). Só se raciocina com os custos diretos, ou seja, a atual remuneração do SUS pelos leitos manicomial

29 *The Times*, 28/9/1994.

30 E. F. Torrey, “Jails and Prisons – America’s New Mental Hospitals”, in *American Journal of Public Health*, 85, 1995, pp. 1.611-3.

31 L. Birmingham, “Between Prison and the Community”, in *British Journal of Psychiatry*, 174, 1999, pp. 378-9.

32 *Psychological Medicine*, 17, 1987, pp. 283-9; *Social Psychiatry*, 22, 1987, pp. 37-48; *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 1987, pp. 237-40.

33 G. B. Palermo, *J. Royal Soc. Med.*, 84, 1991, pp. 99-102.

34 Uma das lâstimas da nossa rede pública é não oferecer tratamento de manutenção com lítio às dezenas de milhares de pessoas portadoras de transtorno bipolar maníaco-depressivo, cujas reinternações poderiam ser bastante reduzidas por esse tratamento.

35 Não poderia ser diferente: o SUS remunera em R\$ 2,00 a consulta.

versus os serviços alternativos. É um dever do bom senso reconhecer que esses serviços não podem custar menos do que a hospitalização. Segundo Tansella, “*Political and administrative commitment is necessary, since effective community care is not, and will never be, a cheap solution*”. O mesmo foi dito por um dos líderes da psiquiatria comunitária americana:

“[...] in the US [...] there were 3 main motivating forces for deinstitutionalisation [...]: [community care is] cheaper [...] better [...] [and promotes] civil rights [...] [but] [...] good community care [...] costs at least as much as in-patient care [...] poor care can be found in both hospital and community settings [...] Nothing is more difficult for many long-term mentally ill persons to attain and sustain than independence [...] Professionals need to be realistic [...] even if patients are not” (36).

Por outro lado, os recursos despendidos com doenças mentais são vultosos, mas não excessivos se comparados com os custos diretos e indiretos delas decorrentes. Para avaliar se os gastos do SUS são compatíveis com os custos das doenças mentais, é preciso cotejá-los com dados epidemiológicos e de economia de saúde.

Em 1983, dos 446 mil leitos hospitalares do país, 85 mil eram psiquiátricos, sendo 75% destes em hospitais conveniados (37). Em agosto de 1997, o SUS contava com 76 mil leitos psiquiátricos, 77% dos quais na rede privada, 21% na rede pública e o restante em hospitais universitários (38). Nesse ano de 1997, o SUS gastou cerca de 400 milhões de reais, ou 5,4% dos 7,5 bilhões de reais de seu desembolso total, com os Transtornos Mentais (39). As hospitalizações consumiram 95% desses recursos (40). Para comparação, esse valor é igual à metade do orçamento anual da USP.

Portanto, quase todo o gasto foi para o atendimento hospitalar aos casos mais graves ou com menor suporte sociofamiliar, que correspondem a cerca de 10% da população com mais de 15 anos. Entretanto, desde os trabalhos de M. Shepherd na década de 60,

sabe-se que os casos mais graves representam apenas uma fração da demanda.

Na verdade, estudos de prevalência indicam que perto de 30% da população adulta sofre pelo menos um transtorno mental classificável pela Organização Mundial da Saúde (CID-10) em algum período de sua vida (41). Recente estudo domiciliar na área de abrangência do Instituto de Psiquiatria e da Faculdade de Saúde Pública da USP (42) encontrou prevalências de transtornos mentais praticamente idênticas às do “National Comorbidity Survey”, o mais sofisticado estudo com amostragem probabilística dos Estados Unidos (43).

O custo médico-social e econômico-financeiro desses transtornos nos Estados Unidos, incluindo as conseqüências do abuso de substâncias psicoativas, foi estimado em 250 bilhões de dólares anuais em 1988 (44). As depressões, naquele país, têm um custo anual de cerca de 44 bilhões de dólares, nisso incluídos o custo direto do tratamento e as perdas decorrentes de faltas e acidentes no trabalho, doenças intercorrentes, aposentadoria e morte precoce (45).

Não sabemos qual o custo dos transtornos mentais no Brasil. Recentemente, o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Escola de Saúde Pública de Harvard publicaram o importante trabalho *The Global Burden of Disease and Injury (GBD –1996)*. Ele estimou as conseqüências econômicas de 150 doenças e outros males em 1990 e calculou sua projeção para 2020. Dentre as dez principais causas de incapacitação no mundo, em 1990, cinco eram transtornos psiquiátricos: depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar maníaco-depressivo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Eles responderam por 8,1% da sobrecarga econômica devida às doenças em geral, bem mais que o câncer e as doenças cardíacas. Nos países em desenvolvimento, esse custo chegou a 12% para a faixa etária entre 15 e 44 anos.

Mantidas as condições previstas e considerando-se, conjuntamente, morte e incapacitação, os quadros psiquiátricos e neurológicos – notadamente as depressões e os acidentes vasculares cerebrais –, deve-

36 H. R. Lamb, “Lesson Learned from Deinstitutionalisation in the US”, in *Br. J. Psychiatry*, 162, 1993, pp. 587-92.

37 Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, in “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República (julho/1985)”, Dinsam, Ministério da Saúde.

38 DataSUS, Ministério da Saúde, in Parecer do Senador Sebastião Rocha, 1998.

39 Como o PIB em 1997 foi de cerca de 800 bilhões de reais, pode-se estimar que o SUS empregou menos de 1% do PIB em saúde. Cuba investe 7% (J. A. Pinotti, *Correio Brasiliense*, 18/9/98). A Austrália investe 8,5% (4,7% disso em saúde mental). A isto deve-se acrescentar o que a população gasta com seguros-saúde e assistência privada, lembrando que no Brasil os seguros ainda não cobrem saúde mental.

40 DataSUS/MS – Coordenação de Saúde Mental.

41 Nossos senadores mencionam cifras entre 1% e 10% da população em seus pareceres.

42 Prevalências de vida toda – Qualquer transtorno (%): 45,9; Dependência de Tabaco: 25; Qualquer transtorno, exceto Tabaco: 33,1; Depressão Maior: 16,8; Ansiedade: 12,5; Fobias: 8,4; Somatizações: 6; Dependência do Alcool: 5,5; Distímia: 4,3; Conversões (Histeria): 2,6; Psicoses Não-afetivas (Esquizofrenia): 1,9; Bulimia: 1,5; Dependência de Drogas: 1,1; Transtorno Bipolar (Maníaco-depressivo): 1 (L. Andrade e cols., “Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in The City of São Paulo, Brazil”, submetido a publicação em 7/1999).

43 R. C. Kessler et al., “Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States – Results From the National Comorbidity Survey”, in *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, pp. 8-9.

44 American Psychiatric Association, “Mental Illness Awareness Guide”, 1996.

45 Greenberg et al., “Depression: a Neglected Major Illness”, in *J. Clin. Psychiatry*, 1993.

rão responder por 15% de toda a sobrecarga econômica decorrente de doenças, acidentes, guerras e violência no mundo em 2020. Além disso, com o aumento da sobrevida nos países em desenvolvimento, a expectativa é de que os afetados pela esquizofrenia passarão dos 24 milhões de pessoas no ano 2000 (46).

Considerando que, mesmo nos países ricos, os recursos alocados à saúde são limitados, a recomendação do *GBD* é que os responsáveis pelas políticas de saúde alterem suas prioridades em função dessas informações. Isso não é contemplado em nossa “reforma” pois seu “modelo” não dá conta, por exemplo, da assistência ambulatorial às depressões.

Hoje sabemos quais são os tratamentos com eficácia comprovada (47). Levando em conta que dois terços da população com transtornos mentais nos países desenvolvidos não recebem tratamento (idem para um terço dos 9,2% da população geral com psicoses e outros transtornos graves e incapacitantes) e aceitando a ponderação de diferentes autores de que nenhum país pode oferecer assistência adequada a toda a demanda e que, por isso, os serviços especializados terão que ser distribuídos de acordo com critérios de custo/efetividade (48), o professor australiano Gavin Andrews (49) propõe que, além do atendimento aos casos mais graves, seja priorizada a assistência àqueles outros para os quais dispomos de tratamento realmente eficaz. Pelos seus cálculos, o razoável (em seu país) seria destinar 37% dos recursos para os transtornos do humor, 29% para a esquizofrenia, 14% para os transtornos ansiosos, 12% para álcool e drogas e 8% para os demais transtornos mentais.

Nesse contexto, o argumento econômico não é favorável à “desconstrução” da Psiquiatria. Ao contrário, ele sugere aumento dos investimentos no setor.

O ARGUMENTO TÉCNICO

Independentemente do progresso da Psiquiatria, como especialidade médica, e

das demais profissões de saúde mental, a situação da assistência no Brasil era, e é, inaceitável. O parecer do senador Sebastião Rocha atribui esse estado de coisas ao “[...] tripé omissão dos familiares, interesse dos donos de hospitais psiquiátricos e convivência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro” (p. 17).

Ele enumera evidências de que a rede privada não pode ser reconhecida como hospitalar, por não dispor dos recursos técnicos de um hospital. A bem da verdade, há que se concordar que as exceções não são muitas, mas elas existem. Este argumento, porém, só fala a favor de uma efetiva política de modernização e recrenciamento desses equipamentos; jamais justificaria proibir a construção de novos hospitais. Aliás, o mesmo se aplica, há décadas, à rede ambulatorial, cuja qualidade técnica é incompatível com os problemas da população.

Já existiram propostas mais razoáveis do que a de extinguir os hospitais, como a tentativa de redefinir o modelo de atuação dos hospitais estaduais em São Paulo, com a “[...] organização de espaços assistenciais diversificados: Hospital Dia, Oficina Terapêutica, Lares Abrigados, Enfermarias de Curta e Média Permanência [...] cada hospital elaborando um projeto próprio com a especificidade de sua clientela e análise de sua inserção regional e local” (50).

Hospitais são equipamentos necessários para o bom exercício da medicina e hospitais psiquiátricos modernos poderão oferecer vantagens em relação a outros equipamentos. Em vez de renunciar a eles, seria mais adequado reenunciar o seu conceito e definição, resgatando sua natureza de instituição médica de alta complexidade e estabelecer suas características essenciais. Chegamos a sugerir que o Ministério da Saúde adotasse métodos de credenciamento semelhantes aos que a Educação faz na pós-graduação (51).

Revoltante, porém, é o deslocamento para as famílias da responsabilidade dos que se omitem quando deveriam gerenciar, destinar recursos, fiscalizar e, quando necessário, julgar e punir. Afinal, o Poder

46 *Nature Medicine*, 1, 1995, pp. 630-1.

47 Além dos medicamentos e do ECT, algumas formas de psicoterapia têm eficácia comprovada. Por outro lado, os programas de prevenção de alcoolismo e dependência de drogas têm efetividade duvidosa. Da mesma forma, muitos programas de reabilitação psicossocial devem ser testados quanto à sua relação custo-efetividade. Segundo a American Psychiatric Association (“Mental Illness Awareness Guide”, 1996) as taxas atuais de sucesso terapêutico são de 80% nos transtornos de pânico e bipolar (maníaco-depressivo), 65% nas depressões unipolares, e 60% na esquizofrenia e no transtorno obsessivo-compulsivo. De acordo com essa fonte, a partir de sua introdução nos EUA em 1970, o uso do lítio resultou em economia de 40 bilhões de dólares em tratamento e incapacitação, enquanto o tratamento eficaz do pânico reduziu significativamente os gastos em exames desnecessários (32 milhões de dólares anuais apenas em eletrocardiogramas para as suas manifestações cardiovasculares).

48 De acordo com uma publicação da OMS [C. J. L. Murray & A. d. Lopez, “Global Comparative Assessments in the Health Sector”, Genebra, OMS, 1994], os tratamentos atuais têm probabilidade de reduzir a incapacitação decorrente dos transtornos do humor em 47%, dos ansiosos em 28%, da esquizofrenia em 44% e são inefetivos nos usuários de substâncias (álcool e drogas).

49 <http://www.unsw.edu.au/clients/crufad/burden>

50 “Atenção à Saúde Mental do Estado de São Paulo, Quadriênio 95-98”, Secretaria da Saúde, 3/1995.

51 V. Gentil Filho, “Hospital Psiquiátrico: Proposta de Definição”, op. cit.

Público não é apenas financiador. As causas do atual estado de coisas são múltiplas e complexas, espelham as limitações da sociedade e do momento histórico, e suas conseqüências não podem recair apenas sobre os que já têm que suportar a dor de ter parentes doentes (52).

Esse erro, baseado em antigos e superados conceitos sobre a gênese sociofamiliar das psicoses, levou a antiga Corsam a propor, em meados desta década, um programa de desospitalização, o Pade. A proposta era distribuir à família (R\$ 150,00/mês) um pouco menos da metade do que o SUS pagava pela internação asilar, e outro tanto ao município para a criação de equipamentos assistenciais alternativos. Em contrapartida, estes receberiam de volta seus doentes mentais internados há vários anos. Dessa forma, argumentava-se, seria possível esvaziar os caros manicômios e promover ressocialização e reinserção familiar (e ainda restaria um pouco para sensibilizar o governo...) (53).

Como vimos, a experiência internacional demonstra que a desospitalização tem que ser subsequente à instalação de uma rede alternativa adequadamente dimensionada. Poucos, porém, foram os locais onde isso ocorreu. Um deles foi uma parte do município de Verona (54). Entretanto, esta não é a regra. Segundo Craig, "*Most of the growth in district services is confined to regions where services were already most advanced before legislation [...]*" e acrescenta não ver nisso algo único para a Itália: "*In Britain, the USA, and Australia [...] the same mix of successful local services (often set up as pilot schemes and part of a research programme) and the same failure of these on a large enough scale*" (55).

Esta imprevidência é agravada por afetar não apenas os que hoje estão nos manicômios e que poderão lá ser mantidos (embora em más condições, como se fez na Itália (56), por ser proibido investir neles), mas atingirá também os novos crônicos, que continuam a surgir e que serão os futuros *homeless* (57).

Sem dúvida, a questão do asilo é menos médica do que social. O problema dos sem-

teto não existe apenas nas grandes metrópoles. Recente estudo em Juiz de Fora – MG (terra do deputado Paulo Delgado), entrevistando 83 adultos moradores de rua há pelo menos um ano, encontrou alcoolismo em 82%, abuso de drogas em 31%, transtornos do humor em 32,5%, e psicoses esquizofreniformes em 9,6%. Apenas uma pessoa não preencheu critérios para transtornos mentais pela Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-10). Combinações de transtornos mentais foram detectadas em 78% dessa amostra (58).

Uma coisa é deixar nas ruas os "escribas" e as "loucas de Chaillot", outra é negar assistência a milhares de pessoas com grande sofrimento ou incapacitação por transtornos mentais graves, que perambulam pelo país como se fizessem parte da paisagem. Isto não é democracia, nem liberdade: é negligência, falta de solidariedade e omissão de socorro. O tratamento da reagudização e a estabilização desses cidadãos podem ser feitos pela área médica da rede assistencial. Impedir a utilização de asilos por igualá-los aos atuais manicômios é confundir, como se disse, estrutura com função.

Embora as unidades psiquiátricas nos hospitais gerais tenham um papel relevante e possam exercer parte das funções dos atuais manicômios, a internação nessas enfermarias nem sempre é melhor do que em uma unidade psiquiátrica fora do hospital geral. Além disso, as equipes profissionais estão se especializando e trabalham melhor em unidades ainda mais especializadas para patologias afins, por exemplo, para psicoses, transtornos do humor, álcool e drogas, adolescência, geriátrica, etc. (59), tanto nos hospitais gerais quanto em um moderno hospital psiquiátrico. Poucos hospitais gerais poderão dispor de equipes tão altamente especializadas. Um conjunto de unidades psiquiátricas especializadas em um local com boa área verde seria ainda melhor. Se, um dia, o SUS puder oferecer esse padrão de internação, com recursos humanos e remuneração condizentes, será excelente. Só que poderá ser proibido por lei federal (60).

52 Como disse Lamb, "[the] burden of deinstitutionalisation should not be allowed to fall on families, as it sometimes has [...]" (H. R. Lamb, "Lessons Learned from Deinstitutionalisation in the US", in *Br. J. Psychiatry*, 162, 1993, pp. 587-92).

53 "Os Custos da Doença Mental – Dinheiro para a Família", in *Esquizofrenia em Debate*, 1995; V. Gentil, "Reforma Psiquiátrica", in *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(4), 1998, p. 148.

54 O South Verona Outcome Study é um projeto de avaliação das conseqüências do novo sistema assistencial italiano sobre a psicopatologia, o desempenho social, a satisfação com os serviços, os custos e outros índices. Nessa região, predominantemente urbana, afluenta e de classe média, com 75.000 habitantes, no sul de Verona, ao norte da Itália, toda a rede extra-hospitalar (incluindo 3 apartamentos e 1 pensão protegida) foi implementada logo após a Lei 180, há 20 anos. Lá, todos os pacientes, inclusive os casos mais graves, são atendidos sem recorrer a um hospital psiquiátrico. Segundo seus responsáveis, isso prova que o modelo funciona (Tansella & Burti, "The Italian Psychiatric Reform", 1999).

55 K. Jones, G. Wilkinson & T. K. J. Craig, "The 1978 Italian Mental Health Law – A Personal Evaluation: a Review", op. cit.

56 Jones comenta: "[...] In many areas, people are still admitted to the deteriorating mental hospitals, because there is no other provision for them [...]" (K. Jones & G. Wilkinson & T. K. J. Craig, "The 1978 Italian Mental Health Law – A Personal Evaluation: a Review", op. cit.).

57 "Perhaps the most important lesson to be drawn from the US experience is that the most difficult problem is not the fate of those patients discharged into the community after many years as in-patients, but the largely unforeseen problem of the treatment of the new generation that has grown up since deinstitutionalisation [...] it is largely from this generation that the homeless mentally ill are drawn" (H. R. Lamb, "Lessons Learned from Deinstitutionalisation in the US", op. cit.).

58 U. Heckert e cols., "Lifetime Prevalence of Mental Disorders Among Homeless People in a Southeast City in Brazil", in *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 1999, pp. 150-5.

UMA PROPOSTA ALTERNATIVA

É preciso entender que a Psiquiatria, como uma especialidade médica, não pode ser “democrática”, nem pode ser “reformada”. Ela só pode ser desenvolvida. O que tem que ser reformado é o modelo assistencial, e o que pode ser democrático e participativo, respeitando as diferenças, competências, atribuições e responsabilidades é o processo dessa reforma. Não foi esse, como vimos, o caminho escolhido pelos próceres da “Psiquiatria Democrática” italiana ou pelos seus seguidores no Brasil.

Longe de abrir mão da moderna Psiquiatria, para promover um efetivo aprimoramento do modelo assistencial em Saúde Mental, será necessário investir em uma rede diversificada, abrangente e integrada em seus vários níveis, que não se restrinja apenas ao atendimento dos casos mais graves e à reabilitação, mas que inclua ambulatórios, hospitais especializados de retaguarda e asilos não-hospitais.

Certamente esses equipamentos devem ser construídos ou credenciados de acordo com critérios de qualidade, de forma compatível com suas funções e demanda, e sistematicamente fiscalizados, como em qualquer outra área da Saúde. Em particular, os ambulatórios devem ser multiplicados e capacitados para o atendimento aos transtornos mentais mais freqüentes, com tratamentos efetivos e de boa relação custo/risco/benefício.

Para viabilizar essa transformação, os procedimentos devem ser remunerados de acordo com sua qualidade e complexidade. Isso atrairá investimentos privados modernizadores e levará naturalmente à substituição progressiva dos manicômios, sem impedir o acesso da população ao atendimento médico de que necessita.

Partindo dessas premissas e com o objetivo de promover uma competente reforma e permanente atualização do modelo assistencial, respeitando as recomendações da ONU, a lei derivada do Substitutivo do Senado requer as seguintes modificações:

“Dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos *psiquiátricos* (61) e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental

- Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno *psiquiátrico* [...]
- Art. 2º [...] Parágrafo Único – São direitos das pessoas portadoras de transtorno *psiquiátrico*:
- Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos *psiquiátricos*;
- Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de Saúde Mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais *psiquiátricos* públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais *psiquiátricos* somente será permitida *quando representar efetivo aperfeiçoamento do modelo assistencial e aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.*
- Art. 5º [...] Parágrafo 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos *psiquiátricos*
Parágrafo 3º *A admissão de portadores de transtornos psiquiátricos a instituições asilares, ou seja, aquelas de natureza social e de reabilitação não enquadráveis como hospitais, será regida por legislação específica para a área social* (62).
- Art. 10º [...] Parágrafo 1º O Ministério Público, ex-offício, *periodicamente, por amostragem sistemática, verificará a adequação da prática das internações involuntárias e atendendo denúncia, ou por solicitação do paciente, seu familiar ou representante legal, designará equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente*

59 Este é um conceito novo, que só foi implementado em alguns centros avançados como o Western Psychiatric Institute and Clinic, da Universidade de Pittsburgh (EUA), há cerca de 15 anos, com grande sucesso. Ele inspirou o Plano Diretor e o projeto de modernização do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.

60 V. Gentil Filho, “A Lei Delgado e o Futuro da Assistência Psiquiátrica”, op. cit.

61 Psiquiátrico é mais específico e integrativo, pois a lei trata de pessoas com problemas médicos, biopsicossociais.

62 A Justiça poderá determinar o recolhimento compulsório de um indivíduo demenciado a um asilo, ao invés de um hospital, se ele não necessitar de cuidados médicos hospitalares.

fará parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

- Art. 14º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei e o aperfeiçoamento permanente do modelo assistencial em Saúde Mental.
- Art. 15º Os governos destinarão obrigatoriamente pelo menos 5% de seus recursos orçamentários de saúde para a assistência em Saúde Mental”.

CONCLUSÃO

Não há como apoiar o modelo vigente, reconhecidamente ineficaz e insuficiente. Por outro lado, respeitar a cidadania implica em permitir acesso aos melhores cuidados e à melhor prevenção disponíveis em um dado momento histórico.

Ao proibir a substituição dos *manicômios* por instituições médicas de alta complexidade, os *hospitais*, a lei manterá o *status quo*, condenando os pacientes ao atendimento precário de deteriorados manicômios. Sem asilo, os cidadãos com quadros deficitários, que não tenham mais por que estar internados em manicômios, ou que estejam igualmente isolados socialmente e se cronificando nas ruas, continuarão assim, até que se perceba a inviabilidade de estender a todos um lar decente, mesmo que não atinja o padrão idealizado da OMS (63). Se nem os países mais ricos conseguem instalar e manter a parte propriamente médica da rede

extramanicomial, que dirá a habitação!

Como se pode pretender transformar a assistência em saúde mental no Brasil sem levar em conta os progressos da Psiquiatria e a ampla experiência internacional? Por que manter o referencial teórico que norteou movimentos dos anos 60 e permitir que uma ideologia anacrônica determine o futuro da Saúde Mental no Brasil? Nem mesmo a Itália “desconstruiu” sua Psiquiatria.

É preciso superar tanto as limitações do pensamento radical, quanto as pretensões ilegítimas de prestadores de serviços. Há que se identificar, também, quanto das propostas representa as necessidades dos usuários e quanto são apenas reivindicações e anseios de setores profissionais.

Embora não pareça, essa lei afetará a todos, pois, conforme os estudos epidemiológicos, a soma do número de portadores de transtornos mentais com o de seus familiares de primeiro grau corresponde à maioria absoluta da população. Os recursos para a Saúde Mental no Brasil são tão desproporcionais com os problemas que enfrentamos, que a economia decorrente de fechar os manicômios seria irrelevante. Os custos médico-sociais e econômicos de proibir modernos hospitais e oferecer asilo é que poderão ser exorbitantes.

Esta questão é grave demais para que a universidade se omita ou não seja ouvida. De minha parte, mantenho a opinião de que é melhor extinguir os manicômios, garantir o direito de asilo e proteção aos necessitados, ampliar a rede extra-hospitalar, notadamente os ambulatorios psiquiátricos, e incentivar, também, investimentos em alguns bons hospitais psiquiátricos, públicos e privados (64).

63 “[...] Clients should be housed in locations that are not impoverished; are close to support services; are convenient for shopping, recreational and medical facilities; and are well served by public transport” (“Transition from Hospital to Community”, Division of Mental Health, WHO, 1993).

64 V. Gentil, “As Encruzilhadas da Saúde Mental no Brasil”, in *Revista Médicos*, 4, 1998, pp. 100-2.